维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)01-0091-02

新生儿胃肠道穿孔33例临床分析

蒲从伦，谈必龙，李晓庆，周德凯
（重庆医科大学儿童医院普外科 重庆 400014）

【摘 要】目的：提高新生儿胃肠道穿孔的诊断、治疗水平，降低病死率。方法：回顾分析1991年至1999年新生儿胃肠道穿孔33例的诊断、治疗，其中男22例、女11例。坏死性小肠结肠炎穿孔13例，胃穿孔9例。先天性巨结肠伴结肠炎结肠穿孔2例、1例盲肠穿孔。美克耳憩室炎穿孔2例、另嵌顿复位后穿孔1例、肠闭锁穿孔2例。不明原因穿孔3例。结果：痊愈18例，占54.5%(18/33)、死亡10例、占30%(10/33)、5例放弃。结论：早期诊断、围手术期处理、手术治疗是降低病死率的关键。

【关键词】新生儿；胃肠道；穿孔
【中国图书分类法分类号】R726.566 【文献标识码】A 【收稿日期】2001-08-29

Clinical analysis of thirty-three cases of neonatal gastrointestinal perforation

PU Conglun, et al
(Department of General Surgery, College of Pediatrics, Chongqing Medical University)

【Abstract】*Objective*: To improve the diagnosis and treatment level and to decrease the mortality of neonatal gastrointestinal perforation. *Methods*: To analyse thirty-three cases of neonatal gastrointestinal perforation from 1991to 1999. Twenty-two boys and eleven girls are retrospected. Among them,thirteen are perforation of NEC, nine are gastric perforation , two are congenital megacolon accompanying colonic perforation of colitis, one is cecum perforation.Two are Meckels diverticulitis perforation and two due to perforation of intestinal atresia respectively. Perforation of incarcerated hernia after reposition is found in one case. Three are unknown for the cause of perforation. *Results*: The cure rate is 54.5%,mortality rate is 33.3%(10/33), and five out of thirty-three were given up for treatment. *Conclusion*: The key to decrease the mortality is early diagnosis, perioperation treatment and operation.

【Key words】Neonatal; Gastrointestinal; Perforation

新生儿胃肠道穿孔常由于坏死性小肠结肠炎、胃肠道畸形和先天性肌层发育不良等原因所致，死亡率甚高。近年来由于术前、术后管理的改进，呼吸循环管理和营养管理的加强，死亡率已渐降至25%~36%[1]。总结我院1991年1月～1999年6月，共收治新生儿胃肠道穿孔33例，现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

我院1991年1月～1999年6月，共收治新生儿胃肠道穿孔33例。其中男22例、女11例、年龄5天以内15例、6～10天2例、11天～1月16例。早产9例，低体重儿6例，产后窒息4例，剖腹产3例，过期产2例，难产1例。病程2h～15天、平均3.6天。

1.2 临床表现

患儿入院时明显腹胀，腹壁紫红、发亮、水肿，腹壁静脉充盈，呕吐。腹部立位平片：33例膈下有游离气体。术前诊断为肠穿孔21例，另12例因发烧、呕吐、口唇周围发绀，口吐白沫、便血、皮肤苍白等症状，诊为肺炎、败血症、坏死性小肠结炎、贫血待查等疾病。住院治疗后出现腹胀、经X线检查发现膈下有游离气体或肠梗阻，B超检查腹腔内中到大量积液。33例中合并硬肿症4例。血培养阳性2例、腹腔渗液培养大肠杆菌5例，肠链球菌2例，葡萄球菌2例。

1.3 穿孔部位

胃9例，空肠3例、回肠15例，盲肠1例，结肠2例，未发现明显穿孔部位3例。

1.4 穿孔原因

坏死性小肠结肠炎引起空肠、回肠穿孔13例，胃穿孔9例中，6例为先天性胃壁肌层发育不良所致胃穿孔，3例为溃疡穿孔。先天性巨结肠结肠炎所致结肠穿孔2例，盲肠穿孔1例。美克耳憩室炎穿孔2例，嵌顿复位后肠穿孔1例，肠闭锁穿孔2例。不明原因穿孔3例。

1.5 手术方式

小肠穿孔行病变段肠管切除后端端吻合术18例，再次穿孔行肠造瘘2例，1例吻合口瘘，1例吻合口以外肠穿孔。回

作者介绍：蒲从伦（1965- ）、男，主治医师。
主要研究方向：小儿肛肠疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

盲部及结肠穿孔，单纯缝合修补3例，修补后近端肠造瘘2例。胃穿孔9例中，胃壁切除修补术6例，单纯修补3例，同时行胃造瘘3例。未发现明显穿孔部位行引流3例。

1.6 结果

痊愈18例，死亡10例，5例放弃治疗。

2 讨论

新生儿胃肠道发育尚不成熟，其屏障机制不完善，同时机体免疫功能低下，在窒息、坏死性小肠结肠炎等情况下，尤早产儿、低体重儿易发生胃肠道穿孔[2]。常因继发中毒性休克、败血症、腹膜炎、多器官功能衰竭而成为致死的主要原因。早期诊断、手术治疗是降低病死率的关键。

2.1 诊断

新生儿胃肠道穿孔早期症状：嗜睡、紫绀、呼吸窘迫、苍白无力、胆汁性呕吐、腹胀、便血、腹泻等。在肺炎、败血症、坏死性小肠结炎、硬肿症等疾病的治疗过程中，突然出现有脱水，腹胀加重、出现腹膜炎体征以及呼吸窘迫等症状，应怀疑有胃肠道穿孔的可能。立即行腹部X线检查，可发现膈下有游离气体，CT检查有助于早期诊断[3]。

2.2 穿孔原因

新生儿坏死性小肠结肠炎，多见于早产儿，胃肠道缺血性坏死是该病的主要病理基础。本组坏死性小肠结肠炎引起肠穿孔13例，占39.4%。与文献报道[4]接近。其中早产儿6例，低体重儿4例，产时窒息 3例。在缺氧、窒息、胃壁肌层发育不良等情况下，胃局部产生缺血，导致大片胃壁坏死，造成穿孔。9例胃穿孔中，均有缺氧史，其中 6例胃壁菲薄，胃壁肌层发育不良。坏死直径多在2～3cm以上，多发生在胃底和胃大弯处。早产、窒息、应激反应、失血性休克、气胸等可引起胃血管改变，使胃肠道粘膜对高胃酸度更为敏感，造成胃溃疡、穿孔[5]。因此，早产儿、低体重儿在肺炎、败血症、坏死性小肠结肠炎等疾病的治疗过程中，应警惕胃肠道穿孔。新生儿巨结肠伴结肠炎可引起结肠、盲肠、阑尾穿孔，本组 2例系结肠穿孔，1例系盲肠穿孔。2例结肠穿孔有胎粪排出延迟，术中见乙状结肠明显扩张，3例术后病理诊断为先天性巨结肠。本组嵌疝复位后肠穿孔 1例，新生儿疝嵌顿时间临床上难以准确判断、不宜行手法复位。一旦嵌顿后应手术探查，避免肠坏死、肠穿孔的可能。腹部膈下有游离气体，通常说明是腹腔脏器的穿孔。本组不明原因穿孔 3例，术中未发现明显穿孔部位。当腹部膈下有游离气体时，不能明确产生的原因，应行剖腹探查[6]。

2.3 治疗

2.3.1 围手术期处理 强调术前处理，围手术期处理重点在于术前纠正电解质失衡、酸中毒，改善循环、注意保暖。常规予以置胃管、置暖箱和氧疗法，以20～40ml/kg/h速度静脉输入5%葡萄糖加乳酸钠林格氏液，同时输新鲜血浆10～20ml/kg，1～2次。术前补液量75～100ml/kg，3～4h完成。新生儿以腹式呼吸为主，腹胀、膈肌上升而影响呼吸，应立即行上腹部穿刺减压。严重缺氧的患儿,可头盔给氧，氧流量在5～6L/min，浓度55%～60%。

2.3.2 手术治疗 手术力求简单，结肠穿孔或病变严重、范围广泛时考虑近端肠袢造瘘。术后需要时保留气管插管，以呼吸机辅助呼吸,并对循环、尿量，酸碱代谢和体温作加强监护治疗。术后继续注意保暖，持续胃肠减压，肠内、外营养支持。选用抗生素，联合用药。新生儿腹膜炎同样存在厌氧菌的感染，故常规加用灭滴灵抗感染。

2.4 预后

与早期治疗有关，影响预后的因素有出生时体重轻、胎龄小、营养不良儿、并发坏死性小肠结肠炎，严重的代谢性酸中毒、术前的静脉输液量、发病至手术的时间等。腹腔、切口的感染，伤口裂开是晚期致死的原因[7]，应注意防止发生。

参考文献

[1] 杜嗣廉，郑明新. 小儿胃肠病学[M]. 第一版，北京：人民卫生出版社出版，1996;225.

[2] Resh B, Mayr J, uttnig-Haim M, et al. Spontaneous gastrointestinal perforation in very-low-birth-weight infants--a rare complication in a neonatal intensive care unit[J]. Pediatr Surg Int ,1998;13(2-3):165-167.

[3] Catalano O. Computed tomography in the study of gastrointestinal perforation[J]. Radiol Med (Torino), 1996;91(3): 247-252.

[4] G rosfeld JL, Molinari F, Chaet M, et al. Spontaneous gastrointestinal and perforation in infants and children: experience with 179 cases over ten yeaers [J]. Surgery, 1996; 120(4):650-655.

[5] Deustsch AD, Mancini AC, D' Andrea R, et al. Perforated gastric ulcer: an increasing neonatal ICU disease? Report of 4 cases[J]. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo, 1998;53(1):29-33.

[6] Williams NM, Watkin DF. Spontaneous pneumoperitoneum and other nonsurgical causes of intraperitoneal free gas[J]. Postgrad Med J, 1997;73(863):531-537.

[7]王代全，陈博渊，韩湘珍. 新生儿胃肠道穿孔[J]. 中华小儿外科，1989;9:123.