DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.03.013

对抢救急性出血性坏死性肠炎合并重症休克的一点体会

第二附属医院小儿急性坏死性肠炎抢救小组

急性出血性坏死性肠炎为重庆地区小儿常见病之一。我院从1975年8月—1978年7月底共收治116例，经综合治疗治愈102例，死亡14例。14例中死于重症休克者11例，占78.6%。其原因除就诊过晚外，多属于诊断明确，由于没有典型肠梗阻，肠穿孔及腹膜炎等手术指征，虽经多方抢救，休克终不回逆。是否中转手术，是我们应该严肃回答的问题。

我们从调查研究着手，研究死亡病历。凡经儿科治疗后出现下述症状之一者：皮肤紫色网纹不退甚至加重上行；腹胀或/和腹水增长迅速；大量血水便甚至肛门失禁；反复呕吐大量咖啡样液体均示予后不佳。现将尸解检查之三例简介如下：

A561，杨×，女，4岁。腹痛二天，解血水便一天并发重症休克入院。体温39℃，脉搏200次/分，呼吸42次/分，血压零，全身皮肤有紫色网纹，肺无罗音。腹胀，可见肠型，无肌卫及腊肠样包块，肝浊音界存在，肠鸣音消失。血小板8万/立方毫升，凝血酶原时间38秒（对照12秒）。入院后立即开放二根静脉快速补液，纠酸，吸氧，强心，胃肠减压，并先后给654—2，多巴胺、苄胺唑啉加去甲基肾上腺素，肝素加6-氨基巳酸，抗菌素，地塞米松，亚冬眠，分二次输全血150毫升等综合治疗。一度血压上升，但脉压小，尿少，皮肤紫色网纹不退。经抢救19小时，共输液1500毫升即110ml/kg体重，钠11mgEq/L/kg，无效死亡。

尸解诊断：急性出血性坏死性小肠炎（空肠为主呈跳跃式）并轻度纤维素样血管炎，肠蛔虫。（其它脏器略）。

A621，李×，女，4岁+。发病4天并休克入院。体温38.7℃，脉搏148次/分，呼吸40次/分，血压70/60毫米汞柱。无紫色网纹。心肺无特殊。腹胀，无肠型及包块，全腹广泛压痛无肌卫，肝浊音界缩小，肠鸣音弱。在综合抢救过程中解腥臭血水便4次，量大，继而肛门失禁。患儿烦燥不安，腹胀迅速加剧，皮肤出现迅速上行的紫色网纹。入院4小时每公斤体重输液含低分子右旋醣酐56毫升，钠4.2毫克当量，地塞米松2毫克，毒K 7微克，肺无罗音但血压下降至零，抢救无效死亡。

尸解诊断：急性出血性坏死性小肠炎（病变主要在空肠），胃肠道蛔虫，肠系膜淋巴窦内网状内皮细胞轻度增生。

A617，程×，男，3岁。发病一天伴中毒性休克、中毒性脑病入院。体温40℃，脉搏180次/分，呼吸56次/分，血压64/30毫米汞柱。经抢救6天无效死亡。

尸解诊断：急性出血性坏死性肠炎（病变在30厘米回肠），肠蛔虫。

所述三例生前均无肠梗阻，肠穿孔及腹膜炎，而是由于坏死病灶主要在粘膜下层和粘膜层，而肌层和浆膜层无严重病变所致。临床上显示休克不回逆，这主要与病变肠管大量释放毒素有关，不切除病变肠管抢救难以奏效①②，从解剖材料看来，病变虽有节段性，并非侵犯所有肠段。据朝阳地区报告病变多数（72/132）局限在回肠，30/132局

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

限在空肠①，有切除之可能者约77%。

78年我院外科对11例本病患者行手术治疗。现将外科与儿科协作抢救的三例简要介绍如下：三例分别住儿科综合治疗5到20小时，皮肤均有紫色网纹，休克继续加重后中转手术。术前无明显腹膜炎征。手术时发现肠壁气囊肿⑤，及病肠壁充血，僵硬肥厚，浆膜下有条片状出血坏死，并累及肠系膜及其淋巴结。手术切除病变肠管，肠腔减压，排除积气、积液。术后休克迅速回逆，6至12小时皮肤紫色网纹完全消失，三例均治愈出院。

从抢救小组成立以来，通过对少数病人的抢救，我们有以下一点粗浅体会：

(一)并发重症休克的病例，治疗无效时应及时考虑外科手术，因造成休克、弥散性血管内凝血的病灶若不予除去，内科治疗难以奏效⑧。本病并重症休克未行手术，死亡率高达78.6%⑦。而与外科协作开展手术以后死亡率明显下降。本组11例行手术治疗，均治愈出院。

(二)手术时机：我们初步认为，中转过早则外科考虑肠管病变轻微无切除之必要，另一方面伴重症休克者也不是每例非手术不能存活。中转过晚每因患儿衰竭已无法耐受手术。初步考虑经儿科抢救4至8小时后无效者中转为宜。在这一段时间内扩容，纠酸，强心，氧气治疗，肾上腺皮质激素和抗菌素等可以显示作用，同时外科作手术准备，无效甚至加重者应考虑手术治疗为妥。

(三)手术切除范围：要注意清除病肠避免复发。我院外科曾有一例因术中仅切除病变明显之肠管65厘米而在远端20厘米处有2一3厘米肠管较轻病灶未予切除，术后出现多次血便。当然也要考虑切除后以不影响小肠吸收为度。小肠切除范围一般以50%以内为安全度⑧。

(四)这种抢救手术应由熟悉病情的担任，手术目的明确，步骤统一，配合默契外，麻醉以专人进行，以保证手术安全进行甚为重要。

以上仅是我们初步实践中的粗浅体会，对本病并发重症休克时，何时中转手术以及手术切除范围如何掌握得度等问题仍有待今后进一步探讨。

参 考 文 献

1. 余亚雄等：急性坏死性小肠炎的外科治疗 武汉医学杂志小儿外科附刊(3):131 1964

2. 张金哲等：小儿急性出血性坏死性小肠炎临床分型与病理的关系，中华儿科杂志13(5):392 1964.

3. 朝阳地区"急性出血性坏死性肠炎"科研组李俊奇等：急性出血性坏死性肠炎147例分析，1978年6月（未发表）

4. 谷兴琳等：急性出血性坏死性小肠炎128例报告，武汉新医药7(1):84 1977

5. Johnson FE: Intra-abdominal crepitus; Newphysical sign of neterocolitis, New York State Journal of medicine, 78(5): 742, 1978

6. Patal CC: Hematologic abnormalities in acute necrotizing interocolitis, DCNA 24(3):579, 1977

7. 二院儿科李为明等：急性坏死性肠炎休克抢救的体会，三医大科技增刊《儿科专辑》第200页，1978.

8. 王兴国等：小儿广泛小肠切除的若干问题，武汉医学杂志小儿外科付刊(2)82, 1964.

(黄皎琳、李为明执笔)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net