

新生儿气腹

附属儿童医院外科 章希圣 陈美章

气腹一般与消化道穿孔有关，但新生儿无消化道穿孔亦可发生气腹。本院从1982年1月到1984年10月共收治新生儿气腹17例，现分析报道如下。

临床资料

发病年龄：生后1~19天，其中1~6天14例，占82%。性别：男性16例，女性1例。体重：2500g以下9例，2500~3000g 7例，3600g 1例。足月产13例，早产儿4例。症状：腹胀17例，呕吐16例，咳嗽、气促11例。体征：发绀9例，呼吸音粗糙5例，无1例有肌卫，肠鸣音减弱11例。腹腔穿刺5例，穿刺液为脓液或大量气体。腹部X线检查13例，均显示气腹或液气面。17例均行手术探查。术中所见：胃穿孔5例，均在胃前壁近胃底部；肠穿孔9例，其中回肠末端穿孔3例，升结肠穿孔1例，直肠穿孔2例，广泛小肠穿孔1例；未找到穿孔点但腹腔有大量脓液2例。另3例伴有呼吸道感染，术中未发现穿孔。治疗：胃穿孔均作穿孔修补术；肠穿孔作穿孔修补和/或肠造瘘术；2例未找到穿孔的，作腹腔引流术。死亡：7例，占41%，其中3例是早产儿。

讨论

一、病因 Hoernchen等将新生儿气腹分为外科性气腹和内科性气腹。前者常见于胃、肠穿孔，多有远端肠梗阻（如肠闭锁、先天性巨结肠、先天性闭肛），而内科性气腹常继发于肺部疾病。

胃穿孔大多发生在胃前壁近胃底部，因

新生儿胃大弯部，尤以贲门和胃底部胃壁较薄。引起胃穿孔的原因有：①由于粗暴插入硬质胃管损伤胃壁；②有人认为与新生儿在某一时期胃酸增高引起溃疡有关；③因远端有梗阻，如闭锁、束带、胎粪性肠粘连、先天性巨结肠等，使胃静水压力增高而产生破裂⁽¹⁾；④胃壁肌层先天性缺损，此为较常见的原因，本组有5例皆因此而发生胃穿孔。

肠穿孔原因很多，但不外乎肠梗阻、炎症和外伤。部位多见于回盲部、升结肠及直肠与乙状结肠交界处。本组9例肠穿孔中，2例因乙状结肠闭锁，分别在回肠末端和升结肠近端发生穿孔；有2例因坏死性小肠炎及多发性溃疡性小肠结肠炎，在回肠有多处穿孔；2例因插肛表和钡灌肠引起直肠前壁穿孔，直肠与乙状结肠交界处是向前成角，器械从肛门插入易在此处引起直肠前壁穿孔。因此插肛表不可太深，插肛管时不可使用暴力，进肛门4~6cm时要适当向后，避免引起结肠损伤。

内科性气腹是指无胃肠道穿孔的气腹，是因呼吸道感染、阻塞引起的。本组有3例，术前均有呼吸道感染史，1例胸片显示肺炎，腹部X线检查均显示膈下有大量游离气体。由于认识不足，均作剖腹探查，都未找到穿孔点。

二、早期诊断 新生儿气腹死亡率很高，本组1984年前7例中死亡6例（86%），1984年提高早期诊断，加强术后护理，10例中死亡1例。

新生儿气腹常见的有三大症状：呕吐（16/17）；突发性呼吸急促（11/17）；

腹胀(17/17)。呕吐及气促常是气腹初期症状,但由于引起呕吐、气促的病因很多,如喂养不当、败血症、肺炎、肠炎等,常被作为内科疾病而未引起重视。新生儿反应能力低,腹肌薄弱,气腹发生时常无典型的腹膜炎症状,肝浊音界消失对诊断的意义不大,而肠鸣音减弱或消失及腹腔穿刺阳性有诊断价值。气腹的确诊靠腹部立位X线片,可见膈下有大量游离气体,少量气腹时在侧卧位片可见游离气体形成倒置的三角形,基底平行于前腹壁。腹腔穿刺可抽到大量气体,如有胃肠道穿孔时可抽到脓血性液体。

因此,对新生儿有原因不明的呕吐、气促、腹胀,要及早接胸腹联合立位X线片,可早期确诊,也可发现其他外科疾病,如肠旋转不良、肠闭锁、胎粪性肠梗阻等。对X线显示正常但腹胀继续加剧的,24小时后需再摄片,本组有2例24小时后再摄片时显示明显气腹。

三、鉴别内科性与外科性气腹 内科气腹与外科性气腹的鉴别直接关系到治疗和预后,因前者不需要手术,气腹能自行吸收,预后也较好。鉴别主要取决于一般情况、肠鸣音、腹腔穿刺液及X线片征象。内科性气腹时患儿面色红润,肠鸣音存在,腹腔穿刺只有气体,X线片除游离气体外,还见胃泡充气完整、肺纹理增粗。而外科性气腹具有腹膜炎症状,腹腔穿刺有混浊液体,胃穿孔

时见不到充气完整的胃泡。

四、治疗 内科性气腹一般不需要手术,行保守治疗,亦可于剑突下用细针穿刺抽出气体。也有人报道应用人工呼吸机的新生儿,一旦发现气胸,即行胸腔引流术,防止气腹发生²¹。

外科性气腹需剖腹探查。胃穿孔要切除穿孔周围坏死组织,作穿孔修补术。对肠穿孔,根据穿孔大小及腹腔污染情况,分别作肠修补术、肠切除术或肠造瘘术。术中找不到穿孔点,可在腹腔内倒入等渗盐水,挤压肠管观察有无气泡溢出,对盆底有脓苔而找不到穿孔的,要注意腹膜反折部深处的直肠前壁,本组有2例直肠穿孔在此处找到。但也有少数病例穿孔点小,自愈而找不到。对腹胀迅速加剧、呼吸急促、一般情况差的患儿,要立即作腹腔穿刺,抽吸腹内气体,降低腹内压力,作为急救措施。因气腹迅速加剧,腹内压增大可引起下腔静脉回流受阻,全身青紫如心脏病引起的缺氧及休克样状态,如不及时减压,可迅速死亡。

参 考 文 献

1. Samuel B. J Pediatric Surgery 1982; 17(4): 390.
2. P K Donahoe, J Pediatrics 1972; 81(4): 797.

(上接第40页)

13. Akalin HE. J Infect Dis 1963; 174(6): 1911.
14. 马林书,等. 浙江医科大学学报 1983; 12(1): 16.
15. Conn HO. et al. Medicine 1971; 50(3): 161.
16. Boyer TD. et al. Arch Intern Med 1975; 135(7): 1103.
17. Vcdu R. et al. Gastroenterology 1969; 78(5): 2324.
18. Leading Articles. Brit Med J 1981; 282(6275): 1499.

19. Stanley MM. et al. Gastroenterology 1974; 66(1): A-128/782.
20. Bar-Meir S. et al. Dig Dis Sci 1979; 24(2): 136.
21. Chen CH. et al. Gastroenterology 1982; 82(5) Part 2: 1234.
22. Guyto BJ. et al. Am J Gastroenterology 1953; 78(4): 231.
23. 黄德源,等. 中华内科杂志 1982; 19(3): 192.
24. Clumeck N. et al. Scand J Infect Dis 1982; 14(1): 57.
25. Gerding DN. et al. Ann Intern Med 1977; 86(6): 708.