

胎粪性腹膜炎(附三例报告)

山东省立医院妇产科 湯春生
邹县人民医院妇产科 周訓端

由于先天性发育缺陷或后天某种外来原因使胎儿粪便进入腹腔发生化学性腹膜炎者,临床上并非常见,一旦发生,胎儿或新生儿大都死亡。近来我們遇到三例,經临床与尸体解剖确诊无疑,茲报告如下。

病案介紹

例1:王××之女,住院号(省立医院)107194,其母系第五胎第五产,因7+月妊娠合并慢性羊水过多症于1963年4月12日入院。初經腹穿刺放出羊水1600毫升,并行安胎措施。于入院第六日上午,大便后突然破膜,当即流出羊水約1000+毫升,胎心一度变慢(120次/分),經給氧气,靜脉注射50%葡萄糖40毫升、維生素丙300毫克,10%氯化鈣10毫升,稍有好轉。破膜后20+小时,以右枕前位自然娩出,当时全身青紫,呈高度水肿,腹部膨胀,呼吸短促,心跳弱且不規律。經搶救10分鐘无效而死亡。胎儿体重2300克,羊水总量約4000毫升。尸解时,切开腹壁后发现腹腔内有大量胎粪,前腹膜与腸管粘連,并有大片鈣化区,腸壁已不能辨認,十二指腸及横結腸处牢固粘連,剝离时破潰,其他脏器等未見異常。病理诊断为胎粪性腹膜炎。

例2:王××之子,住院号(省立医院)107149,其母系第五胎第五产,于1963年5月8日5时18分足月順产。患儿出生时无窒息,发育一般,外觀无畸形,体重2600克。出生后24小时无大便,呕吐少量黄綠色粘液,并逐漸加重,检查一般情况弱,体温36°C,脉搏104次/分,呼吸24次/分,面色蒼白,无哭声,口鼻内有少量黄色液体流出,唇无紫紺,胸、腹壁均有靜脉怒張,腹部呈球形膨胀,未見腸型,未听到腸鳴音,疑为先天性腸道畸形。腹部平片显示腸曲广泛胀气、扩张,且有散在气液面。诊断为腸梗阻。于生后第三日,因病情繼續恶化,在局麻下剖腹探查,打开腹腔,見有气体逸出,并流出带有胎粪臭味之液体30毫升。探查时,发现結腸自脾区以下明显变細,直径只有0.5厘米,无蠕動,小腸尤以右上腹部粘連較重,腸攀与肝、胆粘在一起,整个腹腔均有胎粪样液体,小腸壁大部分呈紫褐色坏死状。在分离粘連时,发现有1厘米×0.5厘米大小穿孔(不能判断为何段小腸),繼續外流胎粪。遂行小腸大部切除术(自距空腸起点18厘

米开始至距迴盲部4厘米处),將近近两个腸端置于腹壁外,手术經過順利。术后6小时,患儿突然面色蒼白、四肢发涼、神志不清、口唇发紺,經急救无效而死亡。在术中所作腹腔流出液培养,无細菌生长。

例3:徐××之女,住院号(邹县医院)1438,系第三胎順产足月儿。出生时无窒息,哭声响亮,外觀无畸形,但发现腹部較一般新生儿稍胀。10小时后开始呕吐,为白色粘液状,量少,当时未給任何飲食。生后20小时,发现腹胀稍有加重,解胎便3次,量少。此后,腹胀逐漸加剧,至生后30小时非常明显,并呕吐綠色似胆汁样粘性液体数次,每次1—2毫升,腹部可見靜脉怒張和腸型,听之蠕動音弱,当时体温正常,白細胞12,300,中性66%,淋巴33%,单核1%。經儿科及外科会診,初步诊断为腸梗阻(原因?)。X綫透視,見全腹高度胀气,摄片3张,显示整个小腸胀气严重,未見胃泡,在髂嵴上緣可見液平面,未查見鈣化灶。诊断为先天性腹膜炎、腸梗阻。动員手术,其家属坚决不同意,因此給予胃腸减压、补液和抗细菌素等保守治疗。至生后第五天,病情曾一度好轉,腹胀減輕,并有黄綠色大便排出。此时其母喂奶三次,当天晚上患儿腹胀加重,哭鬧不安,繼之呼吸困难,面部及四肢发紺,体温升至38°C,又呕吐数次,腹部呈高度膨胀,皮肤发亮,可見腸型,病情逐漸恶化,于生后第六天死亡。当日作尸体解剖,打开腹腔时,見有多量气体及带有臭味的黄色液体排出,整个腸管高度胀气,腸管之間以及与胃、胰等脏器发生明显粘連,剝离后見有广泛性黄綠色纖維性附着,于升結腸近端內側面可見直径0.1厘米大小的穿孔,并在小腸內发现多个憩室。

討 論

胎粪是由胎儿吞咽羊水及腸道本身分泌液构成。据目前了解,胎粪內除含有腸管上皮、粘液、胆汁、脂肪及胎毛外,还有鉀、鎂、鉄、銅和硫等。一般認為,在胎生三个月后开始在小腸中聚集,第四个月到达迴盲部。由此看来,此病之发生不会早于四个月妊娠,在分娩前,胎粪一般是無菌的,多数作者認為胎粪性腹膜炎为異物性及化学性刺激所引起,但胎儿在出生后5小时,胎粪內即可有細菌存在,因之除

化学作用外，亦可能合并細菌感染。

此病在宮內或胎兒出生後數小時、數日內發生。造成胃腸壁穿孔，胎糞外溢之原因可能有：一、腸套疊、腸扭轉等梗阻情況致使胎糞在腸道運行中受阻。二、先天性腸道發育缺陷，如憩室、狹窄、閉鎖、腸粘膜炎層發育不全等。三、先天性胰腺纖維化，造成胰蛋白酶和胰脂肪酶分泌缺乏或不足，致使胎糞濃縮，發生梗阻。四、外來損傷，如某些產科手術操作不當等。五、母體的血行感染、羊水感染等。有些病例在腸壁上找不出穿孔部位，或因自然癒合，或因穿孔很小不易找到，文獻上已有腸壁穿孔在出生前即已癒合的報告。

本病診斷並不十分困難。生產時羊水過多，且出生時或分娩後數小時、數十小時內發現有腹脹、嘔吐，沒有或很少大便等腸梗阻表現時，應想到本病之可能。X綫透視有一定診斷價值，Boikan指出，胎糞進入腹腔後，在24小時即可鈣化。White認為，X綫檢查時，發現腹膜內有鈣化者占75%。李正等認為，X綫透

視發現腹腔內鈣化影對確定診斷有其重要意義，並指出，只要檢查方法合適，鈣化影的出現率極高。Neunause意見，腹部X綫上查見不規則的鈣化點為本病的特徵，同時見腹腔內存在游離氣體及液體平面之形成。

胎糞性腹膜炎，如能早期發現，並非完全絕望，但過去臨床往往發現較晚，大都難免死亡。目前許多作者主張確診後宜及早手術。手術的方式、範圍，應根據具體情況確定，一般認為，單純胃腸穿孔者，可行穿孔縫合術，對有先天性腸閉鎖、狹窄或腸壁壞死者，宜作部分腸管切除。對因胎糞性腸梗阻所致本病者，童爾昌（1958）提出，術後經瘻管用生理鹽水沖洗腸道，並注入5%胰酶溶液，如在術中未發現穿孔存在，且炎症局限，形成膿腫者，可施行引流術。此外，術後預防和控制感染，以及糾正患兒的水電紊亂，亦屬重要。早期診斷對預後有直接關係，因此產科醫生應對新生兒密切觀察，以免延誤對本病的診治。

（參考文獻從略）

簡易X光機管頭外壳冷却装置

淄博市淄川醫院放射科

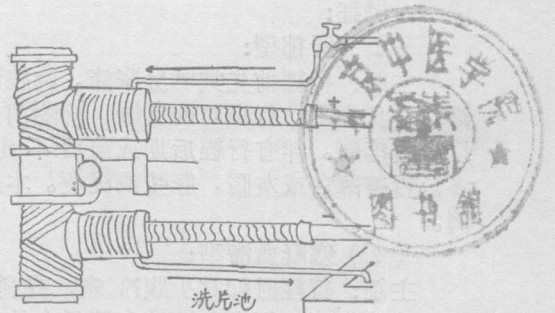
我院所用的國產上海KE200型X光機，沒有冷卻裝置。機器操作注意事項規定，X光管頭外壳溫度不得超過50°C，故常因X光管頭外壳過熱而影響工作，特別是夏季影響更大。為了解決這一矛盾，充分發揮機器效能，延長X光管壽命，我們製做了簡易X光管頭外壳冷卻裝置，通過多次試驗，收到滿意效果。現作一介紹。

用一完整塑料管（有一定彈性者，無破漏和折損，直徑0.6厘米，長15—30米），在X光管頭外壳及高壓插座外皮，用螺旋形或扇形方式纏繞如圖。其兩端順高壓電纜綫行走，一端連接自來水管；一端通往沖片池利用。

透視前開水門，使水順塑料管持續流出，即可達到升溫慢、降溫快的目的。其溫度升高和下降的快慢，與水的流速、流量及水溫的高低有直接關係。一般效果，比無此裝置時，用時升溫時間慢1—1.5倍，用後降溫時間快1—1.5倍。

此裝置的優點：經濟簡便，不受條件限

制，全部材料費用不到4元；對機器性能和操作無影響，冷卻效果滿意；能夠更大地發揮機器效能，保證工作任務的完成，延長X光管的壽命。



建議：有條件者可試用金屬管代替塑料管；如果可能，在X光管頭壳內螺旋纏成金屬曲管與高級絕緣油直接接觸，冷卻效果可能更好。