

## • 讲座 •

## 小儿急腹症

张金哲

急腹症一般是指以腹痛为主要临床表现的一种外科情况,常以局部性器质性病变为主。以腹部急性症状就诊的主诉包括下列 5 类:①腹痛,②呕吐,③急性腹胀,④胃肠道大出血,⑤腹部钝性创伤。本文讲述以腹痛为主诉的急腹症。急腹症的主诉为突然发生的腹痛,随病情的发展常出现呕吐、中毒性腹胀、及排便排气异常(如血便、便秘)。

急腹症的病理既以腹内器质性病变为基础,腹部压痛、紧张、肿物、肠型等阳性体征则成为诊断的必要条件。这些体征都需患者的配合,因此不同年龄的小儿腹痛在诊断与治疗上均各有不同的特点。如:①小儿不合作则需特殊的客观检查方法;②不同年龄小儿病种不同;③不同年龄小儿手术特点各异。新生儿很难发现腹痛,只以呕吐为主要症状而就诊;学龄期以上儿童腹痛基本上与成人相同。所以下面重点以 3 岁左右小儿为例,介绍一般规律,以作为借鉴,举一反三。

一、小儿急腹症的诊断 分类归纳客观表现,分析内在器官病理

如何鉴别小儿腹痛?急腹症的腹痛一般典型症状为:精神不佳、烦躁、哭闹、诉腹痛,身体倦曲少动(注意与腿痛相区别)。如何鉴别真正器质性腹痛在于观察是否有腹部怕压、怕震。就诊时注意搬动孩子或孩子自己上床、起坐等活动的灵敏性与力量及反应表情。同时仔细追问母亲发现孩子腹痛及上述各项表现的详细时间。按一般经验,持续 6 h 以上应考虑外科急腹症。不足 6 h 应继续观察。出现肯定的阳性腹部体征方可诊断为急腹症,进一步落实到具体病种才能肯定诊断。

1、如何分析小儿急腹症?急腹症包括具体病种很多,必须根据病种具体分析。小儿常见急腹症就诊时不外 3 种类型表现。即在上述急腹症典型症状的基础上,另加不同的代表性体征而把临床病种归纳分为 3 类,以便进一步做临床分析。

(1)腹部局部范围有压痛及肌紧张,代表“局部

炎症”类病种:按照压痛的位置可作出诊断。如最常见的阑尾炎在右下腹有局限性压痛。此外如常见的胆道蛔虫、胆囊炎、出血性肠炎、美克尔憩室炎、胰腺炎、肠系膜淋巴结炎等均有各自的压痛位置及其他特异性体征,可以明确诊断。泌尿系结石、卵巢扭转也属于此类。

(2)腹绞痛、腹胀、肠型、肿物为主征,代表“肠梗阻”类病种。可再分为两组进行诊断:①以肿物为主征:代表肠腔内梗阻。如肠套叠与蛔虫团或异物团堵塞。②以肠型为主征:代表肠腔外梗阻。如粘连、索条的肠扭转。后者的肠型可表现为有压痛的隐约的囊性肿物(绞窄之肠袢)。嵌闭疝(腹股沟疝)也属此类。

(3)腹胀、全腹有压痛、肌紧张、听诊肠鸣音消失,代表“腹膜炎”类病种。可再分为 4 种情况进行分析,腹腔穿刺有助于进一步分析。①全腹压痛,以某部压痛突出:代表病灶性或蔓延性腹膜炎。如阑尾炎引起的腹膜炎,全腹压痛,以右下腹压痛突出。局部腹腔穿刺有脓。②以腹水为主,无突出的压痛区:代表原发性或血源性腹膜炎。穿刺涂片多有球菌。如:原有肝或肾病的腹水继发感染,原发性胆汁性腹膜炎,女婴阴道感染的蔓延。③X 线或肝区扣诊有气腹征:代表穿孔性腹膜炎。如伤寒穿孔或消化性溃疡穿孔。腹腔穿刺有气及胃肠内容物。④腹胀扣诊有张力性肠型:代表肠坏死性腹膜炎。多为绞窄性肠梗阻引起,腹腔穿刺有血水或浑浊腹水

2、决定治疗或手术的诊断要求 按照上述分析方法推断相应的病种,必须落实到具体器官,并且明确就诊时的局部病理发展阶段。一般分 3 步进行。

(1)从腹痛分析至具体病种诊断(从临床到病理的分析),如从腹痛分析到阑尾炎。

(2)进一步从临床表现做到分型、分期诊断(作到病理预诊),如阑尾炎还要诊断出化脓型局部腹膜炎期,因为不同病理决定不同的手术或不手术。

(3)以病理预诊应该出现的症状(教科书)核对对本病人的表现(从病理到临床的核对),任何不符合处必须有所解释,不能解释或勉强解释处,均须另找

凭证或修订诊断。

3、婴幼儿腹部诊断技术 急腹症的诊断要求有明确的腹部体征,包括压痛、紧张、肿物、肠型。这些都需病人回答准确。大孩子腹部体检要争取合作,引导正确回答。同时客观注意患儿腹肌运动能力,如上诊台、爬上、跳下、走路、下蹲、用力等活动的灵活情况。3岁上下,特别是就诊时哭闹不安的患儿,则常需以客观检查方法反复观察为主。首要是肯定压痛点与局部腹肌紧张程度,介绍下列方法可供参考:

(1)步对比检查 同时检查可疑的痛处与不痛处,观察不同反应。①母亲在患儿头部安慰患儿,同时握住患儿两手。医生顺序按压患儿腹部左、右、上、下,比较压痛反应的哭闹表情。②放开患儿左手,任其抵抗。医生的两手同时压左右两点对比,反复观察找出压痛点(患儿一般表现为先尽力推开压痛点处的医生的手)。③医生一手压住压痛点不动,另一手顺序按压其他部位。对照患儿自由的左手抵抗情况,以便更明确压痛点疼痛程度及范围。

在第2步两手同时压左右两点对比时,可以同时观察肌肉紧张程度。随患儿哭闹呼吸,无腹肌紧张侧检查的手渐渐压下,而有腹肌紧张侧检查的手则不能压下。对紧张压痛的检查必须反复多次(10次)才能确认是否阳性。

(2)3次核对检查 器质病变的压痛紧张必须恒定,要求“3固定”,即固定的性质(疼痛的程度、紧张的程度等每次检查均一致),固定的位置与固定的范围。为了证明“3固定”的体征,必须有3个间隔时间的检查对照。3次检查结果必须一致。在门诊常常时间有限,一般要求:①就诊时检查1次;②化验血、尿后重复检查1次;如需做B超或X线检查,也可复查1次;③办住院手续后或开方取药后再复查核对1次。

(3)3层6区检查 正规腹部扪(触)诊应该作到3层6区全面检查。内容如下:

3层为:①浅层抚摩观察皮肤疼痛过敏(如阑尾蛔虫、蛲虫)及急性肠梗阻的肠型(注意扪到的肠型宽度与张力);②中层按压以测紧张、压痛;③深层探索肿物及深压痛。

6区为腹部的左、右、上、下、中、及直肠指检耻骨上双合诊(学龄前患儿直肠内手指可与耻骨上手指对接检查)。

急腹症患儿腹痛,在门诊时间很难作到完整而满意的3层6区检查。“入院诊断”确有待肯定

时,可使患儿安睡后再重复检查(可给10%水合氯醛糖浆0.5 ml/kg,相当于50 mg/kg,或6个月内婴儿每月1 ml、6个月以上每2月加1 ml,1岁以上常规10 ml),这是最后手段,当然也可待住院后必要时再做。

#### 4、辅助检查

(1)腹腔穿刺 3岁以下急腹症就诊时多已表现为腹膜炎。用肌肉注射针在右下腹穿刺抽吸:有脓为腹膜炎;有混浊腹水或血水为肠梗阻、出血性肠炎、或出血性胰腺炎;有胆汁为胆汁性腹膜炎。穿刺液可做镜检及涂片,并检查淀粉酶、胆红素、酸碱度。抽不出积液时,可推入生理盐水50~100 ml再抽出做镜检,观察脓球、白细胞、涂片找细菌。注意下列3点。①穿出液检查结果可疑时,应穿刺2处以对照。如在右下腹穿刺有胆汁,不能排除穿刺入肠腔,因此在左下腹或中腹再穿刺对照。②可疑刺入肠腔时(有气、胆汁、或混有粪渣)须尽量抽吸至肠腔内无张力时再拔针。腹腔内血水比肠腔内血水较清。无论肠腔、腹腔血水均代表肠绞窄或组织坏死,均需立刻手术探查。③叩诊胀气严重者应避免穿刺。

(2)X线 腹部胀气时可以摄平片,腹叩诊无气者平片不易显出病变,腹有压疼、肌紧张者应避免钡灌肠或必要时只能作低压限量注钡入乙状结肠造影。①立位平片或腹透 观察有无张力性液面、气腹、腹水。如果肠胀气严重不能分辨结肠胀瘪,必要时同时直肠注钡。如见小肠充气胀大,结肠空瘪,可诊断为机械性肠梗阻。②卧位平片 可看到腹膜脂肪线(腹膜炎),肠间隙增宽,肠粘膜的形态(肠炎),绞窄性肠梗阻的闭袢,肠间阴影及其它肿物影。休克病人侧卧(右侧向上)拍摄前后位片,可以代替立位片观察液面及气腹。③钡灌肠 只用于观察肠套叠或结肠是否空瘪,以鉴别机械性肠梗阻或肠麻痹。钡餐只作为不完全肠梗阻需连续观察的辅助方法(决定非手术治疗后使用)。钡餐6h后定时复查,可以观察粘连情况(腹壁,肠间),梗阻点(高度、位置)及钡影前进与肠蠕动情况。方法是经胃肠减压管注入50%钡剂200 ml,闭管2h以后放开,继续减压治疗,每6h复查1次。

(3)B超 小儿腹检困难,予10%水合氯醛0.5 ml/kg睡眠后,现代B超有代替扪腹检查的趋势。可以诊断不同阶段的阑尾炎、胆道疾病、蛔虫、结石、囊肿、胰腺炎、肾结石、急性肾积水、肿瘤、卵巢扭转、实性囊性肿瘤扭转、腹内脓肿、血肿等。生理盐水灌肠下诊断肠套叠及肠梗阻等,对患儿无放射性损害。

手提式 B 超机可以在急诊室内随时操作, 值得提倡。目前使用不多, 只是轻便 B 超机的性能与轻便程度的矛盾问题有待进一步解决。

(4) 腹腔镜 这是在手术室内麻醉下最后的术前诊断。可以肯定诊断并且能同时进行治疗。凡腹痛需开腹探查者, 都可以先作腹腔镜(目前因费用问题受到限制), 探查不满意时仍可改为开腹。腹腔镜现已能作阑尾切除、胆囊切除、脓肿引流等很多急腹症手术, 以及某些临时发现的病变。胃十二指肠镜及纤维结肠镜可以观察腹腔内情况, 与腹腔镜配合内外观察, 包括活检及造影, 可以起到开腹看不到、作不到的补充作用。

(5) 其他辅助诊断方法 包括血常规、CT、MRI、红外线摄影、同位素扫描, 及某些酶与生化检查等, 对了解患儿耐受手术能力及腹部器官个别诊断有益, 对常见急腹症无直接的诊断价值。

5、住院观察 总有一些腹痛患儿诊断不明确, 回家又不便随时处理而需住院观察。如发病不足 6 h, 怀疑急腹症而诊断不明确者, 如果不能排除肠坏死、肠穿孔者, 观察不宜超过 12 h。观察项目包括体征、X 线及穿刺物的变化。必须注意观察时同时进行积极的治疗。首先要控制剧痛、哭闹。可适当选择杜冷丁、安定、鲁米那等制剂。此外包括:

(1) 定时测量 T、P、R, 观察腹痛情况、肌紧张及腹部压痛, 肠型肿物的变化, 肛门排气排便;

(2) 禁食禁水, 必要时行胃肠减压;

(3) 静脉输液, 维持水电解质平衡;

(4) 使用抗生素, 预防感染(做手术准备)及预防菌群失调。

6、腹腔镜或开腹探查 12 h 以上诊断不明确, 但不能排除肠绞窄坏死及自由穿孔者宜及时手术探查。女孩、肥胖、腹部体征较轻者宜腹腔镜探查, 下列情况特别是需快速抢救者仍应开腹探查:

(1) 休克有腹部体征者, 如抢救休克无效, 应边抢救边开腹探查。情况危重不宜作腹腔镜。

(2) 穿刺物为胆汁、粪便, 或血性穿刺液较粘稠且多凝块者;

(3) 气腹诊断不明确, 中毒及腹部体征明显者;

(4) 腹胀, X 线检查见结肠瘪缩、小肠高张力者;

(5) 腹有巨大肿物同时肌紧张及压痛显著者。

目前腹腔镜技术发展很快。相信不久将能快速清除腹腔积液及凝块杂物, 能快速压迫止血, 能在平压下扩大操作空间, 腹腔镜必能取代开腹探查。

二、小儿急腹症基本治疗原则 术前要深思熟

虑, 手术要速战速决。

1、手术指征 与家长共同分析手术利弊, 然后慎重签字决定, 可参考“手术 9 分评价法”。

手术 9 分评价法

评分	3 分	2 分	1 分	0 分
手术必要	抢救生命 (如肠穿孔) 一期痊愈	增加安全 (如阑尾炎) 延期痊愈	可能有利 (如肠粘连) 保命有残	无必要
预期效果	(如伤口缝合) 一般恢复	(如脓肿引流) 留合并症	(如长期造瘘) 病危抢救	无实效
可能危害	(如拆线出院)	(如饮食困难)	(如生命不稳)	必死亡

注: 不足 6 分要慎重商议; 0 分一项否定(包括弧内为举例)。

(1) 一级急症 腹征明确, 休克抢救 2 h 以上仍不能稳定, 应在继续抢救休克的同时立即开腹快速手术。

(2) 二级急症 肠坏死或穿孔但无休克, 应充分做术前准备, 争取时间早行手术(尽量在 2 h 之内)。

(3) 例如阑尾炎、非坏死性肠梗阻等, 如果手术条件勉强, 宁可等待改善, 甚至转院。但也应在 6 ~ 12 h 内完成。无论如何, 凡已决定手术, 则越早做越好。

(4) 非急症手术 属于可以争取非手术治疗者, 如非绞窄性肠梗阻, 胆道蛔虫等。随时观察全身中毒症状的发生与局部压痛紧张的出现, 以及时立即手术。需密切观察, 但也不能超过 3 d 确定是否手术。

2、手术方案 生命安全第一, 手术简单有效。尽可能一期完成, 功能到位。

(1) 一期手术 如阑尾切除, 肠切除吻合等, 一次完成根治手术。要求条件为全身情况好, 局部情况好, 术后护理无困难。

(2) 中缓手术 全身情况不良, (如休克、肠坏死) 应暂行肠外置, 迅速关腹抢救休克。待休克恢复稳定后再行切除吻合。如果肠坏死界限不清或局部血循环不良也应暂行外置, 待 24 ~ 48 h 后循环情况稳定, 坏死与正常分界清楚再行切除吻合。

(3) 二期手术 估计肠外置后, 短期内(2 ~ 3 d) 全身或局部恢复仍无把握关腹。则宁可先保留造瘘, 计划等待 1 个月后再行二期吻合。

3、手术切口 一般小儿腹部手术以横切口为宜。近年来对腹部疤痕有新的要求, 有可能时尽量选用隐藏性切口如下腹横纹切口, 环脐切口, 肋缘切口。对三级急症均可采用。对疤痕的要求也促使一些急腹症手术经腹腔镜完成。

但一二级急症有时以直切口为宜。因为直切口肌肉分离出血少,止血简单,进腹快,切口延长扩大也快。特别是抢救性开腹,肠外置后快速关腹,3、4针贯穿缝合腹直肌即可结束手术。短期再拆开行二期手术也方便。

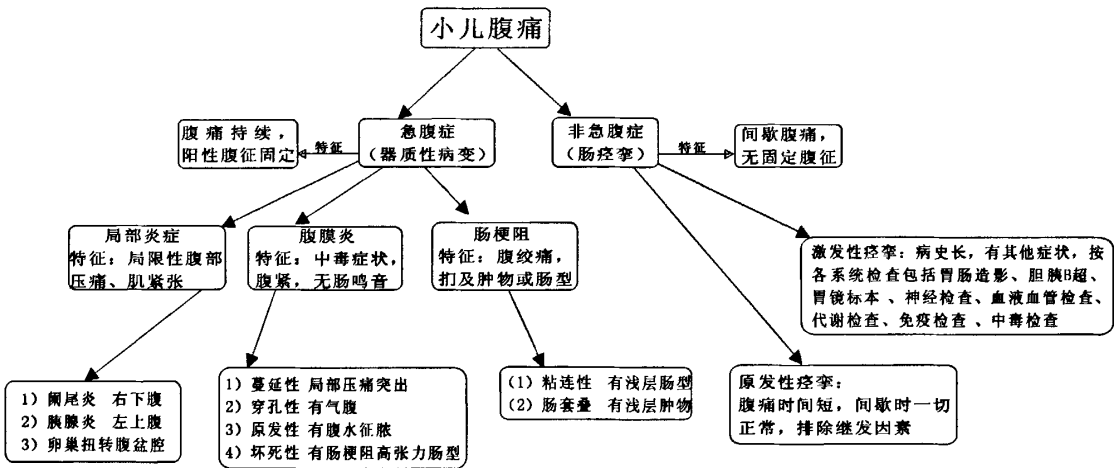
4、腹腔镜手术 在小儿腹部使用不过 20 年,我国近 10 年才受人重视,但发展很快。预期下个 10 年将成为小儿腹部手术的主要手段。目前腹腔镜在急腹症中的应用主要还是代替术前观察及开腹探查,无外科情况即可安心内科治疗。国内现时对阑尾切除,疝缝合,胆囊切除等简单手术已很普遍。像肠切除肠吻合等也可以用腹腔镜辅助,经腹部小切口提出在腹外行吻合术。

实际上在儿科门诊以腹痛就诊者,大约只有

1/10 为外科情况。随着社会经济的进步,外科急腹症日趋减少。虽然创伤可能有增加,但由于小儿腹部外科诊疗水平的提高,目前急腹症病房的主要病种已有明显变化。突出的是蛔虫并发症少了,肠套叠、肠闭疝早期均可在门诊解决,阑尾炎特别是腹腔镜检切除术缩短了住院日,手术后粘连性肠梗阻也因技术进步而少见。过去小儿急腹症曾是高危急症,现在国内外无论城乡因常见急腹症而死亡的现象已罕见。因此人们对急腹症治疗的要求也更加提高。特别是我国独生子女家庭,疗效不满意万难接受。患儿不但不能死,还要痛苦小,最好不住院、不手术。小儿急腹症的研究仍然任重道远。

附:小儿腹痛诊断思路图

小儿腹痛诊断思路图



• 消息 •


### 敬告读者

目前本刊 E-mail 投稿比例逐步增大,编辑部 and 作者通过 E-mail 联系更广泛更便捷,在此向大家表示衷心的感谢!除 E-mail 投稿外,编辑部也通过电子邮件方式向作者发回收稿回执、退修通知单、退稿通知单、片面费通知单等单据,请您收到后及时按所附单据意见对文章作相应处理,如为修改稿,请按退修意见修改,并将退修单及修改后的文章仍以附件形式发回,请直接回复至单据发出的编辑邮箱。谢谢支持!

投稿邮箱:china\_jcps@sina.com

本刊编辑部

# 小儿急腹症

作者: [张金哲](#)  
作者单位: [首都医科大学附属北京儿童医院, 100045](#)  
刊名: [临床小儿外科杂志](#)   
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)  
年, 卷(期): 2007, 6(1)  
被引用次数: 1次

## 引证文献(1条)

1. [胡章林](#), [胡景元](#), [王瑞华](#), [张清华](#) [小儿外科急腹症诊治分析\(附452例报道\)](#) [期刊论文] - [医学综述](#) 2010(14)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_lcxewkzz200701025.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200701025.aspx)

授权使用: 黔南民族师范学院 (gnnzsfxy), 授权号: ee631c47-a79c-4324-9bc7-9ed4010ba590

下载时间: 2011年4月29日