

· 疑难病例讨论 ·

反复咳嗽、阵发性脐周疼痛

位永娟 王祖耀 张光磊 郑建都 陈伟明

病例摘要

患儿,女,10岁,因反复咳嗽伴阵发性脐周疼痛6d入院。患儿于6d前无明显诱因出现咳嗽,流涕不适,无发热、咳嗽、咽痛不适,伴脐周阵发性疼痛,疼痛能耐受,无放射性疼痛,伴呕吐,2~3次/d,非喷射性,呕吐物为胃内容物,不含胆汁及咖啡样物,在外院静脉滴注药物治疗(具体治疗方案不详),咳嗽缓解,仍反复腹痛、呕吐。

体查:神志清楚,营养可,皮肤、浅表淋巴结无肿大,双侧胸廓对称,无挤压痛,右侧语颤一致,双肺叩诊清音,右肺呼吸音弱,未闻及干湿口音。腹平软,脐周轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾未触及,未扪及包块,移动性浊音阴性,肠鸣音可。实验室检查:WBC $8.2 \times 10^9 / L$, N 72.0%, Hb 120 g / L, Ptt $236 \times 10^9 / L$ 。大小便常规、血生化、肝肾功能均正常。腹部立位片未见异常。B超提示肝胆、胰腺及脾脏、腹腔均未见异常。

入院后给予抗感染治疗,仍诉腹痛,为右上腹疼痛,右侧呼吸音减弱,考虑右侧胸膜炎,胸片提示右侧局限性液气胸;右侧胸腔积液伴肺不张,诊断为右侧胸腔积液原因待查?B超见少量胸腔积液,暂未行穿刺引流,继续予抗感染治疗,现患儿症状缓解,无咳嗽、流涕及发热等不适,未再诉腹痛、呕吐不适,进食顺利,食欲佳,大小便通畅,5d后复查胸片未见异常,拟出院。次日再次出现腹痛、呕吐,再次行胸片检查仍可见右侧胸腔液气平,腹腔胃泡影显示不清,侧位见胃突入胸腔,考虑为膈疝的可能,进一步行上消化道造影,提示胃影位于右侧胸腔,考虑为食管裂孔疝。

讨 论

位永娟(住院医师):患儿,女,10岁,反复咳嗽、

阵发性脐周疼痛数天,腹部平片未见异常,应考虑为:①急性肠系膜淋巴结炎;②上呼吸道感染,肠痉挛,给予抗感染治疗,因病情无好转伴咳嗽等不适,胸片检查提示“右侧胸腔积液”,考虑胸膜炎的可能,实验室检查未见明显异常,临床表现仅咳嗽、流涕等症状,无发热、胸痛、气促、呼吸困难等,不支持化脓性胸膜炎的诊断,患儿无发热、盗汗、营养不良,但不能排除结核性胸膜炎,可进一步行相关检查确诊,继续抗感染、补液治疗,患儿病情一度好转,但再次复发,复查胸片可见右侧膈面显示不清,仍见右侧液气平,且腹腔胃泡无显影,侧位见胃疝入胸腔,上消化道造影见:整个胃泡均突入胸腔,考虑为食管裂孔疝。

张光磊(主治医师):该病例为一10岁患儿,反复咳嗽伴脐周阵发性疼痛,X线片提示右侧液气胸,右侧胸腔积液伴右下肺不张,右侧肺脓肿?因此,应首先考虑为右侧胸腔积液,胸膜炎所致。经保守治疗后症状反复,且多次复查胸片,见右侧胸腔液气平反复出现,最后经消化道造影证实为右侧膈疝,并由上消化道造影证实为食管裂孔疝,应手术治疗。

郑建都(副主任医师):该患儿突然起病,临床表现为上呼吸道症状及消化道症状并存,既往体健,未诉反复上呼吸道感染及腹痛不适,营养可,进食顺利,无呼吸困难,胸痛及食管后烧灼感等,故导致大家出现诊断上的误区,经保守治疗,患儿病情反复,多次复查胸片证实为食管裂孔疝,考虑混合型疝,巨大疝,引起误诊的原因可能为直立位及胃空虚时,胃底及胃体可自行还纳腹腔,故复查胸片时可见病情好转的假象,对于此类患儿应引起重视,该患儿诊断食管裂孔疝明确,具备手术指征。

王祖耀(主任医师):食管裂孔疝多发于婴幼儿,由于反复呕吐、上呼吸道感染而发现,根据病史及X线检查、上消化道造影检查,诊断并不困难,但该例患儿症状不典型,年龄偏大,无反复上呼吸道感染及腹痛、呕吐等相关临床表现,多次复查胸片提示右侧液气胸,导致延误诊断,应提高警惕,尽快

完善术前准备,行经食管裂孔疝修补术。

治疗结果与分析

患儿经积极术前准备后行胸腹联合食道裂孔疝修补术。取左侧卧位,于第 8 肋间隙切开进入胸腔,见右侧肺组织受压,发育尚可,右肺下段与胸膜粘连,松解粘连,切断肺下韧带,显露纵隔胸膜,见一疝囊突入胸腔,切开疝囊见疝内容物为整个胃泡,由胸腔还纳困难,遂取左上腹旁正中切口切开入腹,胸腹联合将胃拉回腹腔,切除多余疝囊,缝合食管裂孔,行胃底折叠,包绕食管下端 1 周,防止反流,并将胃小弯侧前壁固定于腹前壁,防止扭转及回缩,放置胸腔闭式引流,术毕。随访 1 年,患儿预后良好,进食顺利,未再诉咳嗽、腹痛等不适。

食管裂孔疝是指腹腔食管、贲门胃底或胃的部

分或全部经食管裂孔突向胸腔,其发病率目前尚无确切的统计。食管裂孔疝以婴幼儿多见,由于不能叙述病史,没有典型的临床症状,往往延误诊断及治疗,给临床医师带来诊断及治疗上的困难。主要表现为出生后反复呕吐、溢奶;反复上呼吸道感染,呼吸困难;伴食管反流者可出现吞咽困难、胸骨后疼痛、胸闷、气短等不适。诊断依赖于 X 线检查及上消化道造影。另外尚可行内镜及食管压力测定等了解是否存在食管反流,为治疗及手术方式提供参考。本病例因年龄较大,突然起病,既往无反复上呼吸道感染及腹痛等临床表现,多次复查胸片诊断右侧胸腔积液,且治疗后好转,未能引起重视,导致延误诊断,后经反复复查胸片获诊,因此,对于症状不典型的食管裂孔疝尤应引起临床医生的重视,以免延误诊断,导致严重后果。

• 病例报告 •

双胞胎新生儿肥厚性幽门狭窄 4 例

李敬华¹ 阎景铁¹ 陈宏坤¹ 李晓梅²

双胞胎先天性肥厚性幽门狭窄较为少见,本院近期收治 2 对 4 例,现报告如下。

2 对双胞胎新生儿,均为男性。1 对系 39 周足月妊娠分娩,体重分别为 2 900 g、2 200 g;自然分娩,共 1 个胎盘,新生儿无窒息及抢救史,评分 10 分。另 1 对系妊娠 36 周经剖腹产分娩,共一个胎盘;出生后体重分别为 2 000 g、1 800 g,入院后均置暖箱。第 1 对 2 例出生后 7 d 同时出现呕吐,渐加重;初为进食后约 10 min 呕吐少量乳液,渐变为进食后半小时呕吐,为喷射状,量较多,后出生者较先出生者呕吐严重;于生后 26 d 就诊。体查:体重较出生时无明显增加,皮肤干燥,脱水貌,入院诊断为先天性肥厚性幽门狭窄。予补液、营养支持治疗,第 3 天行腹部 B 超和钡餐检查确诊。2 例均于第 5 天行肥厚性幽门狭窄环肌切开术。术中均发现幽门环肌肥厚,约 2 cm × 1.5 cm,厚约 0.6 cm,质韧。予切开幽门环肌,分离至粘膜膨出,环肌楔形切取约 0.5 cm × 0.2 cm 送病理学检查,均为幽门环肌肥厚。术后 12 h 开始喂奶,无呕吐,术后 5 d 出院。分别于生后 1 个月、3 个月、1 岁时随访,均无呕吐,生长发育正常。

第 2 对 2 例于出生后 2 d 出现呕吐,进食后呕吐发生的时间一致,腹部 B 超、钡餐检查均提示肥厚性幽门狭窄,予补

液、营养支持至生后 7 d,行幽门环肌切开术,病理检查结果证实为先天性肥厚性幽门狭窄。术后 12 h 开始喂奶,无呕吐,术后 7 d 出院。于出生后 1 个月、3 个月、半年、1 年随访,均无呕吐。


讨论 肥厚性幽门狭窄的新生儿中发病率为 2‰ ~ 4‰。男女比例 4 : 1,90% 以上的病例为散发病例。文献报道约 7% 的病例有家族史,婴儿期患有肥厚性幽门狭窄的母亲,其后代患肥厚性幽门狭窄的比率为:男性 19%,女性 7%,父亲也有将该病传给子女的风险:其中男性为 5%,女性为 2.5%^[1]。双胞胎先天性肥厚性幽门狭窄较为少见,单卵双生比异卵双生多见。本组两对双胞胎患儿均为同卵双生男性患儿,两对患儿祖父辈均本地出生、成长,均为汉族,其母妊娠期间无疾病及药物过敏史。且两对均表现为体重低者较体重高者肥厚程度重,有文献报告双胞胎肥厚性幽门狭窄患儿高体重儿多见^[2]。本组低体重者重,与以往文献报道有别。

参 考 文 献

- 1 李振东,张道荣,等.同胞兄弟同患先天性肥厚性幽门狭窄[J].武汉新医药小儿外科专号,1976,171.
- 2 刘浩 高亚利,等.先天性肥厚性幽门狭窄术后幽门肌的病理观察[J].中华小儿外科杂志,1997,18:238-239.

作者单位:1.山东省枣庄市立医院小儿外科(277101);2.枣庄市中区人民医院(277101)

反复咳嗽、阵发性脐周疼痛

作者: [位永娟](#), [王祖耀](#), [张光磊](#), [郑建都](#), [陈伟明](#)
作者单位: [泉州市儿童医院外科, 福建省, 362000](#)
刊名: [临床小儿外科杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年, 卷(期): 2008, 7 (5)
被引用次数: 0次

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200805024.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院 (gmnzsfxy), 授权号: a52c0fbd-039b-4009-b645-9ed40107b63d

下载时间: 2011年4月29日