

## · 疑难病例讨论 ·

## 纳差 5 天 腹胀伴发热 2 天

位永娟 王祖耀 曾洪飏 黄包德

## 病例摘要

患儿,女,2岁7个月,以“纳差5d,腹胀伴发热2d”为主诉入院。患儿5d前无明显诱因出现纳差,食欲减退,精神萎靡,无腹胀、呕吐、腹泻及血便等不适。2d前出现腹胀,伴发热,T 38.4℃,腹胀进行性加重,小便量减少,大便为黏液样黄色稀便,量少。体查:T 37.6℃,P 120次/min,R 31次/min。神志清楚,营养可,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿啰音。心率105次/min,律齐,未闻及病理性杂音。腹部膨隆,可见胃型,腹软,查体不配合,触之抵抗,无明显腹肌紧张,肝脾未扪及,移动性浊音可疑阳性,叩诊鼓音,肠鸣音稍弱。腹腔穿刺未抽出明显液体及气体。直肠指检:直肠空虚,未扪及包块,退出后见少量黏液便粘附于指套。辅助检查:血常规:WBC  $13.3 \times 10^9/L$ ,N 70.2%,Hg 100 g/L,Pt  $407 \times 10^9/L$ ;生化检查无明显异常。腹部立位片显示:肠管淤胀,下腹部可见斑点状密度影。腹部B超检查显示:肠管无明显扩张及占位性病变,肠管间探及液性暗区,最深处约28 mm,其余无明显异常。入院诊断:腹胀待查?急性不全性肠梗阻。予禁食、补液处理,腹胀无明显好转,次日复查腹部立位片:提示肠郁胀,无明显液平面。

## 讨论

黄包德(住院医师):该患儿以腹胀为主诉就诊,无呕吐、肛门停止排气排便等明显肠梗阻症状,腹部立位片亦未显示明显液平面。入院后予禁食及补液处理,腹胀无明显好转,亦未出现呕吐等梗阻症状加重,复查腹部立位片亦未见明显液体,是否要继续保守治疗。

位永娟(主治医师):依据患儿病史及体格检查

结果,该患儿急性不全性肠梗阻诊断明确,目前予保守治疗,腹胀无缓解,虽无明显呕吐等梗阻症状,但患儿出现不明原因发热,腹腔积液亦无法解释,结合患儿年龄需考虑急性粪石性肠梗阻的可能,建议手术治疗。

曾洪飏(副主任医师):该患儿腹胀、食欲减退及腹腔积液,均提示为肠梗阻,保守治疗后腹胀无明显缓解,询问病史,家属近期无进食不易消化饮食,但由于家属观察仔细程度不一,不能排除粪石性肠梗阻的可能,此外需考虑到小儿急性阑尾炎包裹的可能,但由于小儿大网膜发育不良,阑尾炎症时易发生穿孔,且多不易局限,可发生弥漫性腹膜炎,而导致不良后果。故诊断为急性肠梗阻,保守治疗不能缓解,需手术治疗,以免产生严重后果。

王祖耀(主任医师):依据患儿病史及治疗,急性不全性肠梗阻诊断明确,且保守治疗不能缓解,故手术指征明确,但具体原因不明,需考虑以下几种可能:①粪石性肠梗阻:该病幼儿多见,多无明确进食异常史,出现腹胀、呕吐等肠梗阻症状,为非感染性因素引起,患儿全身症状轻,多需手术解除梗阻。②急性阑尾炎:该病5岁以下幼儿发病率低,可出现腹痛、呕吐及发热等炎症刺激症状,腹胀多不明显,但阑尾穿孔致弥漫性腹膜炎时,也可表现为腹胀,此时全身症状常较重,如高热、疲倦、痛苦面容,体查:腹部压痛、反跳痛及腹肌紧张,且由于脓液积聚,可出现盆腔刺激症状,与患儿症状不大相符。③梅克尔憩室炎:为梅克尔憩室炎症引起,可表现为腹痛,多伴有血便,而梗阻症状轻,可行<sup>99</sup>Tm扫描检查确诊。穿孔时可引起腹膜炎症状,需急诊手术治疗。④腹腔肿瘤:因为患儿全身症状及局部查体均表现较轻,故不能排除该病可能。综合考虑以上状况,患儿肠梗阻诊断明确,继续保守治疗可能引起严重后果,故考虑急诊手术。

## 治疗结果与分析

患儿经积极术前准备后急诊在麻醉下行剖腹探

查术。取右侧经腹直肌切口,术中见腹腔较多黄色浑浊液体,肠壁水肿,腹膜与肠管、肠管间广泛粘连,以右侧为重。予分离粘连,提出肠管可见横结肠中段一肿物,直径约 3 cm,基底呈实性,顶端可见空腔破溃坏死与末段回肠粘连,回肠系膜可见一裂孔,未见肠内容物嵌顿。分离粘连,理顺肠管,阑尾细长充血水肿,未见化脓及穿孔。切除肿物及肿物段横结肠,行横结肠端端吻合术,结扎阑尾系膜后切除阑尾,放置腹腔引流。因粘连紧密,创面渗血,故术后输注同型红细胞悬液 1 U。术后诊断:横结肠肿物并穿孔;广泛肠粘连。予静脉营养,7 d 后进食,切口愈合好,痊愈出院。病理检查结果:横结肠肿物糜烂、出血、化脓,见较多淋巴管扩张破裂,周围淋巴组织反应性增生,考虑淋巴管瘤破裂并感染。

淋巴管瘤是淋巴管源性良性病变,是一种淋巴管的畸形或发育障碍,属先天性良性错构瘤。发病部位以颈部多见,发生在消化道者罕见,多见于 60 岁以上老人,男性略多,以直肠和升结肠多见,多数单发,大小各异,直径最大可达 20 cm。其发病原因不明,可能与体静脉吻合异常及淋巴回流受阻有关。组织学表现为内皮细胞排列构成扩张管腔,其内充满淋巴液,按组织学构成不同,分为毛细淋巴管瘤、海绵状淋巴管瘤、囊状淋巴管瘤。临床上无特征性表现,可为腹痛、血便、腹泻、便秘等,小的肿瘤亦可无症状。当并发肠套叠时出现阵发性腹痛、腹胀、右下腹包块等慢性肠套叠症状。

由于淋巴管瘤属于良性病变,生长缓慢,病程多

较长,肿瘤较小时对周围脏器未造成压迫,可无任何症状,临床诊断困难。保留灌肠、CT 扫描、纤维结肠镜检查对发生于结直肠的淋巴管瘤的诊断有一定帮助。本病以手术治疗为主。单纯淋巴管瘤、囊状淋巴管瘤可完整切除。术后不易复发。确诊需病理检查。

该病例临床表现不典型,仅有腹胀、食欲减退,无呕吐、血便等,腹部立位片亦未见明显液平面,肛门指检直肠空虚,因考虑到外科急腹症可能,行腹腔穿刺。但该病例术前 2 次腹腔穿刺均未抽出液体,导致手术指征不明确,延误诊断。结合术中所见,作者体会:①在一侧腹部未穿刺抽出液体,而又高度怀疑腹腔内病变时,可取不同部位穿刺,如对侧腹腔穿刺。因为部分患儿腹腔炎症粘连严重,脓液稠厚或量少时同侧穿刺可能抽不到液体,此时可于对侧穿刺,以明确手术指征。该病例术中见腹腔较多黄色浑浊液体,积聚于左侧腹腔,而病变严重的右侧却因为肠管粘连成团,与腹壁粘连,不能抽出液体。②可进一步 CT 检查明确诊断。③密切观察病情变化,复查相关检查,以免延误诊断。

小儿急腹症临床较常见,如急性化脓性阑尾炎、梅克尔憩室炎、肠重复畸形、粪石性肠梗阻,甚至消化道肿瘤,女孩子尚可见卵巢囊肿蒂扭转。对于症状典型的病例,及时做出诊断及治疗并不难。但对于临床表现不典型而高度怀疑外科急腹症的患儿,应认真询问病史,反复查体,必要时复查 X 线片、B 超等检查,以免延误诊断,造成严重的后果。

## · 消息 ·

### 中华医学会小儿外科学分会 第 8 届全国小儿骨科学术会议征文通知(第 1 轮)

为促进小儿骨科事业的提高和发展,积极引进新的治疗理念,切实开展新的诊断和治疗技术,探索与成人骨科专业的交流,参与国际和国内的学术交流活动,由中华医学会小儿外科学分会主办、湖南省医学会和湖南省儿童医院承办的“第 8 届全国小儿骨科学术会议”定于 2012 年 4 月中旬在湖南省长沙市召开。本次会议将对我国小儿骨科专业近年来的成果进行集中展示,大会设“儿童骨折与脱位、髋关节发育不良、其他髋关节疾患、儿童足部畸形、下肢成角畸形、儿童骨肿瘤、先天性手部畸形、脊柱畸形、少见或特殊骨关节病患的诊断与治疗、运动医学与骨科护理”等 11 个专题进行高水平交流和研讨。本次会议为国家继续医学教育项目(授予 I 类国家继续教育学分 10 分)。① 征文内容:与 11 个专题讨论内容相关的小儿骨科专业基础与临床研究的新成果、新技术和新思路。② 征文要求:所投稿件未在全国性学术会议上交流,未在杂志上发表;为中文稿件,附 500~800 字摘要,包括研究目的、方法、结果和结论。所有参会稿件原则上均须采用网上投稿,投稿截稿日期:2012 年 3 月 15 日。投稿 E-mail: xegk2012@yahoo.com.cn。③ 会议联系人:梅海波: meihaibo@sina.com, 电话: 13975197731, 0731-85600998; 谢鑑辉: jianhui\_xie706@sina.com, 电话: 13975175737, 0731-85356836; 联系人地址:湖南省长沙市梓园路 86 号,湖南省儿童医院骨科,邮政编码: 410007, 收件人:梅海波、谢鑑辉

中华医学会小儿外科学分会