

· 经验交流 ·

3 例婴儿腹腔巨大积水的诊治体会

蒋 宏¹ 陈华东¹ 张志崇¹ 潘 静² 刘钧澄¹

【关键词】 腹腔;腹水;诊断;治疗

随着医疗上高端设备的增多,临床上出现越来越依赖高端设备的趋势,许多临床医生甚至放弃详细询问病史和基本的体格检查,以及对病情的仔细观察。中山大学附属第一医院小儿外科近 1 年来收治 3 例腹腔巨大积水患儿,从诊断到治疗都有很多值得总结和反思的地方,现报告如下。

临床资料

病例一,男,6 个月,因皮肤巩膜黄染伴白陶土样大便、进行性腹胀 2 个月入院。患儿因发热、黄疸、排白陶土样大便 3 d 在当地医院治疗,治疗期间突然出现黄疸减轻,中度发热,腹胀,且不断加重,予输入白蛋白及血浆等治疗,期间行腹腔穿刺 3 次,共抽出腹水 700 mL,腹水仍逐渐加重;对血液和腹水进行相关肿瘤、结核、免疫等多个生化指标检查,并行包括肝胆核素动态显像、CT、PET-CT 等检查,均未能明确诊断。患儿黄疸逐渐消退,皮肤巩膜黄染基本消失,大便仍为白陶土色,腹水不断增长。转入本院时患儿腹胀如鼓,脐部突出约 4 cm,阴囊肿大,阴茎埋藏在阴囊内难以辨认(图 1)。经详细询问病史结合临床表现,考虑胆汁不能顺利排入肠道。但因无皮肤巩膜黄染,即无胆道阻塞情况,而腹水不断增加,腹水的产生与胆道的情况存在密切联系,故检查腹水胆红素。发现腹水中胆红素很高,且存在直接胆红素,同时引流出的液体逐渐变绿,为胆汁,遂诊断为胆汁性腹膜炎,行剖腹探查、胆囊造瘘加腹腔冲洗术,术中见肝门及肝十二指肠韧带周围粘连严重,无法分离,有黄色液体由此渗出,考虑为胆道穿孔。术中证实腹腔内有约 3 000 mL 黄色腹水,阴囊内亦有约 800 mL 积液。术后患儿腹胀好转,带胆囊造瘘管出院。随访至今一般情况好,待二期手术。

病例二,女,1 个月,其母孕 22 周产前超声检查发现胎儿腹腔内囊性暗区,约 12 mm × 10 mm,考虑腹腔囊肿或胆总管囊肿。入院前 8 d 患儿腹部迅速增大,并出现皮肤巩膜轻度黄染,排浅黄色大便。当地医院诊断为先天性胆管扩张症。B 超检查提示腹腔巨大囊性包块,约 16 cm × 15 cm × 11 cm 大小,包裹的液体上至剑突,下至耻骨联合。卧位时腹腔内液体把肠管等腹腔内脏都压向后方。CT 检查提示腹腔巨大囊性肿物,肠管等腹腔内器官都被压向后方,结合影像学检查,不支持先天性胆管扩张症,支持腹腔内囊性积液(图 2),诊断为腹腔巨大包裹积液。因同时存在消化道梗阻症状故行急诊手术,术中见腹腔巨大囊性包块,囊壁菲薄且与腹壁粘连紧密,囊肿位于大网膜囊,与胃后壁、胰体表面粘连。囊肿内有约 700 mL 黄色液体,囊壁完整剥除后探查,见小网膜囊处有一大小约 5 cm × 5 cm 囊肿,囊液抽出后将囊壁完整剥除。进一步探查证实 2 个囊肿均与胰头处一大小约 2 cm × 2.5 cm 的囊肿相通。将此囊肿切开,吸净囊液,囊肿基底部与十二指肠及胰头相连(图 3)。考虑原始病灶为胰头囊肿,行胰头空肠襻式吻合术。术后病理检查提示囊肿壁为上皮细胞,考虑为胰腺真性囊肿。痊愈出院,随访至今,一般情况良好。

病例三,男,1 d,母孕 20 周时常规产前 B 超检查发现胎儿腹腔内有一囊性肿物,此后胎儿腹腔囊肿逐渐增大,且出现腹水(图 4),行 6 次宫内胎儿腹腔穿刺抽液(分别抽出 100 ~ 570 mL 金黄色清亮液体)。胎儿腹部 MRI 提示右侧腹腔大量积液,不排除局部包裹性积液的可能。患儿剖宫产娩出,出生时腹围 44.5 cm,出生后 5 d 行腹腔探查术,术中见腹腔内大量腹水,深黄色,轻度混浊。膀胱胀大,向上膨隆,表面光滑,膀胱右侧见一 7 cm × 8 cm 大小囊性包块,多囊结构,内有黄色囊液,将囊壁小心与膀胱壁、右侧髂动静脉剥离,在小肠系膜处见多个囊性包块,大小不等,内有黄色囊液,切除囊肿,并送病理检查,结果提示为腹腔淋巴瘤。手术 3 个月后

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2011.03.030

作者单位:1,中山大学附属第一医院小儿外科(广东省广州市,510080),2,广州市儿童医院(广东省广州市,510120),通讯作者:刘钧澄 E-mail:liujgcd@gmail.com

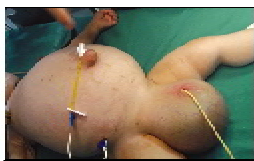


图 1 病例一,大量腹水,阴囊积液

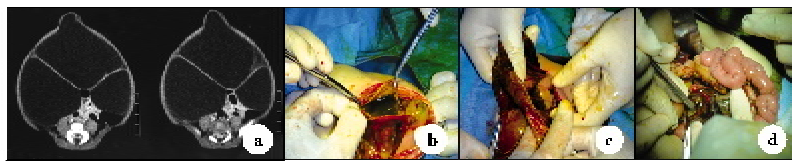


图 2 a,病例二 CT 检查提示腹腔巨大囊性肿物,推挤肝脏、胰腺、双肾,肠管在积液下方;b、c、d,分别表示腹腔可见的 3 处囊性改变,b 为腹腔巨大囊性包块;c 为小网膜囊囊肿;d 为胰头囊肿

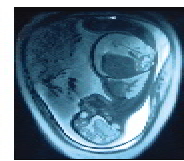


图 3 病例三,产前 CT 检查见胎儿腹部有一巨大囊肿

复发,腹胀明显,而再次手术。术中腹水突然减少,腹腔压力降低,血容量下降,血压低,经扩容后,血压缓慢回升。术后第 2 天出现无尿,肌酐、尿素氮升高等肾功能衰竭症状。因患儿年龄小无合适的血透仪器,而患儿肌酐、尿素氮不断升高,需紧急透析。通过作为术后引流用的两条胶管进行腹膜透析,7 d 后患儿肾功能恢复。随访至今全身情况尚可,但腹部膨隆,腹围在 42 cm 左右。

讨 论

腹腔巨大积液病因复杂,是病情危重和恶化的征兆。及时诊断及治疗与预后直接关系。诊断时选用的检查项目不宜采用“大撒网”的方法,特别是高端设备应考虑是否应用合理。详细了解发病经过、临床表现很重要。只有掌握上述重要的资料,才能有的放矢采用合适的检查方法。试图依赖“大撒网”的检查方法进行诊断,可能会走很多弯路,增加家长的经济负担和患儿创伤。

先天性胆管扩张症(CBD)是儿童较常见的胆道系统发育异常疾病^[1]。CBD 可并发胆管炎、胰腺炎及门脉高压症等,此外还可能出现囊肿自发性破裂穿孔,出现胆汁性腹膜炎^[2]。小儿胆道穿孔胆汁性腹膜炎临床表现缺乏特异性,不一定有典型的腹肌紧张、压痛、反跳痛等腹膜刺激征表现,腹腔穿刺抽出胆汁样腹水是诊断该病的主要手段^[3]。尤其是发病早期,与其他原因所致腹胀、腹膜炎不易区别,B 超与 CT 检查对本病的早期诊断有重要参考价值。对于 2 岁以内患儿,腹胀前无明显高热史,腹腔穿刺抽出胆汁性腹水较稀薄,应首先考虑自发性胆道穿孔的可能。分析本组病例 1 误诊达 2 个月的原因:一方面对先天性肝内胆管扩张症,特别是其引起的胆道穿孔缺乏认识,患儿症状多,加上年龄小,有大量胆汁性腹水,腹肌紧张和腹部压痛更无法判断,从而使胆道穿孔的典型临床表现无法表现出来;因而临床在分析临床表现时应具体情况具体分析。同样胆汁性腹膜炎表现出来的高热也可因大量抗生素

的使用而使这一表现不典型。另一方面是对本病的特点没有进行更深入的临床分析,患儿先有黄疸、排白陶土色大便,发热,后突然黄疸减轻,但大便仍为白陶土色。这种相互矛盾抵触的临床表现,是本病例的特点。表明胆汁虽然没有经肠道排出,但也没有引起血胆红素升高;腹腔内积液增多,是否有胆汁排到腹腔内?临床应考虑并分析其原因,对腹水进行胆红素测定,进而得出正确诊断,但本例迟迟没有进行这一简单而实用的检查,反而进行肝胆动态核素检查、PET-CT 等昂贵而缺乏针对性的检查,贻误诊断。病例 2 诊断为先天性胆管扩张症,但检查时提示液体在肠管上方漂浮,几天内囊肿突然增大,上至剑突,下至耻骨联合。卧位时腹腔内的液体把肠管等压向后方,提示与先天性胆管扩张症不同,因而临床医生不仅要影像学检查报告单,还要养成亲自阅片,分析异常情况,才能作出正确判断。

由于小儿年龄小,许多设备、仪器和器械存在不匹配的难题。如何在医疗中充分利用其它替代物,是对小儿外科医生的挑战。病例 3 诊断为小儿囊状淋巴管瘤,临床上较少见,病因是胚胎期淋巴组织错位生长,原始淋巴组织在网膜内增生形成囊壁,即构成囊状淋巴管瘤,但其分泌液未能连接淋巴系统,因此形成大小不等的囊肿^[4]。本例患儿手术创伤大,术后出现低血容量,并发生休克,致肾功能衰竭。但患儿年龄小,难以进行正规血透,结合实际情况,巧用腹腔引流管,把原准备引流的管道,用于腹膜透析,同样达到治疗目的。

参 考 文 献

- 董蓓,李龙,肖现民. 小儿肝胆外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:321-351.
- Wagholikar GD, Chetri K, Yachha SK, et al. Spontaneous perforation-rare complication of choledochal cyst[J]. Indian J Gastroenterol, 2004, 23(3):111-112.
- 武瑞清. 小儿胆汁性腹膜炎诊治分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2010, 9(5):358-359.
- 陈荣华,等主译. 尼尔逊儿科学[M]. 西安世界图书出版西安公司,1991-1679.