

## • 病例报告 •

## 急性胃扭转合并膈疝及游离肺 1 例

任松林 李小松

患儿,女,1岁,体重9 kg,因间断性呕吐21 h就诊,呕吐物为胃内容物,不含血性物或咖啡样物,阵发性哭闹,无其他伴随症状。患儿首先表现为精神差,嗜睡,无发热、咳嗽、咳痰,无腹泻、腹胀,饮食差,就诊于急诊内科,疑诊“胃炎”,给予口服头孢类药物,效果不明显。后出现呕吐,平卧时加重,偶尔呈喷射性,主要是黏液样物,发热,明显腹胀,转诊于外科。腹部B超提示胃扭转,胃出口梗阻,考虑“急性胃扭转”收住院。体检:精神差,腹部微膨隆,未见腹壁静脉曲张,腹软,无肌紧张、压痛、反跳痛,叩诊鼓音,肠鸣音4次/分,全腹立位平片提示胃泡形态不规则,左上腹可见液平面,左膈面抬高,除左下腹局限性淤积肠管外,其余腹部肠管含气减少。

血生化检查提示  $K^+$  3.31 mmol/L, TP 44.4 g/L, ALB 30.4 g/L, GLO 14 g/L。诊断为胃扭转。考虑患儿一般情况可,生命体征平稳,无腹膜炎及完全肠梗阻的症状,给予保守治疗,心电监护下胃肠减压、留置导尿、抑酸、补液、抗炎治疗。入院后3 d予电子胃镜检查,胃扭转未能复位。入院5 d复查B超,提示幽门位于贲门前方,两者呈十字交叉征,胃肠减压下腹部未见明显管壁肿胀的肠襻,未见梗阻后扩张的肠襻。血常规提示:白细胞  $7.71 \times 10^9/L$ , 红细胞  $3.36 \times 10^{12}/L$ , 血红蛋白 100 g/L, CRP 小于 8 mg/L。上消化道造影检查提示左侧膈膨升可能大,胃形态及排空可。请胸外科会诊,疑诊左侧膈疝,患儿胃扭转可能是膈膨升所致,但不排除是两个完全孤立的疾病,考虑手术治疗。但家属拒绝手术,遂予体位疗法1周,未见明显好转。入院第17天行胸腔镜膈疝修补术,术中诊断:左侧膈疝合并胃扭转及游离肺,术中见疝孔位于后外侧  $3 \text{ cm} \times 3 \text{ cm}$ , 外侧肋缘约 2.5 cm 无膈肌附着。增加胸腔内压力,还纳内容物,由前向后用  $7 \times 17$  尼龙线间断缝合3针紧缩,因后部无膈肌,将膈肌与9肋及肌肉缝合固定2针,将裂孔闭合。镜下观察到左侧肺底与膈面之间有一孤立肺组织,约  $3 \text{ cm} \times 2 \text{ cm} \times 1 \text{ cm}$  大小,结扎血管予以切除送病理检查,手术成功,放置胸腔引流管,留置导尿管。病理检查结果符合(左)隔离肺伴先天性肺气道畸形(Ⅲ型)。术后给予雾化吸入、吸痰、保持胸腔引流管及胃管通畅,术后6 d拔出胃管及胸腔引流管,给予基本奶喂养后无呕吐、腹胀,无腹膜炎的症状及体征,术后11 d天痊愈出院。随访半年,未出现相关并发症,预后良好。

**讨论** 胃扭转是胃的全部或大部发生旋转,大小弯位置发生变化而导致胃内梗阻。年龄越小,发病率越高,男多于女<sup>[1]</sup>。胃扭转是临床少见疾病,国内外文献报道不多。本病发病高峰在50岁左右,一般与食管裂孔旁疝有关,约有20%

的胃扭转病例可发生于1岁以下的婴儿,常继发于先天性膈肌缺损<sup>[2]</sup>。根据扭转方式的不同,可分为三型:①器官轴型或纵轴型扭转,即以贲门与幽门连线为轴心,向上翻转,致小弯向下,大弯向上;纵轴型(器官轴型)即胃绕贲门至幽门的连线向上、向前旋转,占绝大多数,常与膈肌缺损合并存在,急性胃扭转;②网膜轴型或横轴型扭转,即以长轴相垂直的方向,向左或向右翻转;③混合型扭转,兼有上述两型不同程度的扭转。三种类型中以器官轴型扭转常见,网膜轴型次之,混合型少见。呕吐是主要的症状,吐后仍有较强求食欲。胃扭转常与其他原因所致的上消化道梗阻难以区别,有时腹部体征可不明显,故易误(漏)诊。1904年Borchardt提出了三联征以协助诊断胃扭转:①上腹局限性胀痛;②重复性干呕;③难于或不能将胃管插入胃内<sup>[3]</sup>。急性胃扭转是外科急腹症之一,若不及时正确诊治会致胃壁缺血、坏死、穿孔,甚至危及生命。对于持续性呕吐的患儿,腹部X线摄片通常可以明确诊断,X线钡餐造影是最有特异性的检查方法<sup>[4]</sup>。另外,腹部B超也是诊断胃扭转的可靠方法,我院B超在诊断急腹症上已经相当完善,符合率94.3%<sup>[5]</sup>。急性胃扭转必须手术治疗,否则胃壁血液循环可受到障碍而发生坏死。如能成功插入胃管,可吸出胃内气体和液体,待急性症状缓解和进一步检查后再考虑手术治疗。

本例患儿胃扭转未导致完全梗阻,且胃管可成功插入,腹部症状及生命体征未见加重;考虑患儿急诊入院胃扭转病因未明,与膈膨升互为因果的关系不能确定,膈肌抬高不明显,小于两个肋间。近年来有文献报道:应用纤维胃镜直视下对胃扭转复位疗效显著,但临床应用多限于大龄儿童或成人<sup>[6]</sup>。入院后给予电子胃镜检查未能复位。请胸外科会诊观察检查情况怀疑患儿左侧膈疝,胃扭转可能是膈膨升所致,但不排除是两个完全孤立的疾病,考虑行胸腔镜手术治疗。

膈疝又称胸腹裂孔疝,发病率1:5 000,多发生在新生儿时期,严重者出生后数小时内即出现呼吸急促,预后差。主要表现在呼吸系统症状,一般产前可明确诊断,出生后X线片及B超检查可正确诊断。过去一直认为膈疝一旦明确诊断即需做急诊手术处理。近年来不断有文献提出,如果在手术前经过多种手段处理使得患儿病情稳定,纠正缺氧低灌注状态则更利于手术成功,提高成活率。本例患儿基本无呼吸道症状,生命体征平稳,手术指征不明确,另外家属拒绝手术。文献报道一般内科保守治疗,有效率82%,腹部按摩、针灸或变换体位可复位成功<sup>[5]</sup>。但治疗因人而异,经内科保守治疗无效时应及时手术治疗。手术路径包括经胸入路、经腹入路和经胸腔镜手术。经胸入路手术者术中膈肌、疝环、疝内容物显露最佳,可以切开膈肌,扩大疝环,有利于还纳嵌顿的疝内容物,处理并存的左上腹部脏器损伤,如胃损伤或脾破裂等,操作方便。经腹入路较经胸入路手术对患者呼吸、循环功能影响小,有利于患者术后恢复。该例患儿选择胸腔

镜左膈折叠修补术,术野宽阔清晰,创伤小,同时可做探查达到诊断及治疗的目的,手术中观察到隔离肺的存在,对于以后可能出现的反复感染做到早期发现病灶早治疗的效果。

肺隔离症在小儿呼吸系统疾病中是少见病,发生率为肺部先天性畸形的 0.15%,多见于男孩,因缺少特异的临床表现而不为儿科医生所认识,常易误诊为肺脓肿、肺囊肿合并感染或支气管扩张症<sup>[8]</sup>。本例的治疗经过对临床有一定借鉴意义。

## 参考文献

- 1 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2002:1311-1312.
- 2 Wasselle JA, Norman J. Acute gastric volvulus: pathogene-

sis, diagnosis and treatment [J]. AM J Gastroenterol, 1933, 88(10):1780-1784.

- 3 Borchardt M. Zun pathologie and therapie des magnevovulus [J]. Arch Klim Chir, 1904, 74:243-248.
- 4 Cherukupalli C, Khaneja S. CT diagnosis of acute gastric volvulus[J]. Dig Surg, 2003, 20:497-499.
- 5 王宁,贾立群. 小儿美克尔憩室的超声诊断[J]. 放射学实践, 2010, 25(4):451-453.
- 6 王晓莉,曹亚楠. 胃扭转 32 例的胃镜诊断及治疗[J]. 宁夏医学杂志, 2002, 24(1):45.
- 7 Gourgiotis S, Vougas V, Germanos S. Acute gastric volvulus: diagnosis and management over 10 years [J]. Dig surg, 2006, 23:169-172.

## • 病例报告 •

# 儿童包皮环切术后并发阴茎头包涵性囊肿 1 例

贾智明 牛建华 谢佳丰 文建国

患儿,男,6岁,因发现阴茎头黄白色囊肿 1 个月就诊。患儿 5 个月前因包茎于当地医院行包皮环切手术,术后 3 个月发现阴茎头上方出现一米粒大小白色囊肿,未引起家长重视,近 1 个月来囊肿逐渐增大至黄豆大小。体查:阴茎呈包皮环切术后改变,阴茎头右上方有一绿豆大小黄白色囊肿,囊壁菲薄,质软,囊肿下方有一手术瘢痕。双侧睾丸未见异常。血常规、尿常规及传染病四项检查结果正常。初诊为包皮环切术后并发阴茎头包涵性囊肿。于门诊手术室清洁消毒阴茎头及周围皮肤,行浅表囊肿剥除术,囊肿内容物为黄白色豆腐渣样物质,切除完毕后予以消毒包扎。术后病理检查结果提示:镜下囊壁为复层鳞状上皮细胞层及暗红组织包被层,内容为脱落上皮碎屑、角质蛋白、胆固醇结晶及其他类脂质成分。术后随访 3 个月无复发。

**讨论** 包茎和包皮过长是小儿外生殖器的常见畸形,有时可妨碍排尿,易导致包皮垢沉积,反复发作包皮阴茎头炎及上行性尿路感染,影响阴茎发育。治疗小儿包皮过长及包茎最有效而确切的方法是进行包皮环切手术。包皮环切术已有 5 000 多年的历史,据报道全世界约有 1/6 的男性接受包皮环切术<sup>[1]</sup>。但包皮环切术仍存在多种并发症,Neulander 统计,包皮环切术的并发症发生率为 1.5%~15%<sup>[2]</sup>。常见的有切口出血、阴茎皮下水肿、切口感染、系带保留过长形成皮赘、阴茎皮肤过短、包皮切除过少或继发包茎等。本例为阴茎头包涵性囊肿,临床罕见,国内外文献鲜有记载。Williams 于 1993 年曾提出可能是由于术中包皮垢植入所致<sup>[3]</sup>。本例诊疗过程中我们从囊肿剥出豆腐渣样物质,推测为包皮垢,病理检查结果也进一步证实,推测其原因为患儿第 1 次

于当地医院手术时没有严格按照解剖层次分离包皮内板和阴茎头之间的粘连,导致局部包皮内板粘连残留致术后仍有微小局部内板与阴茎头粘连,粘连之间分泌物致囊肿形成。为预防囊肿复发,我们采取把阴茎头上包涵体囊壁连同囊内容物彻底清除,消除了复发基础。

诊断包皮垢包涵性囊肿时应和以下疾病鉴别:①其他原因所致包涵性囊肿:多为先天性原因,由胚胎期间埋入深部的外胚层组织未发生退变而继续发育所致。还可能与皮肤因外伤、摩擦而破裂时,一些表皮组织随外力或异物穿刺植入皮下组织内继续增殖生长后形成<sup>[4]</sup>。病理检查可鉴别;②皮样囊肿:囊壁较包涵性囊肿厚,由结缔组织构成,壁内尚有毛发、皮脂腺、汗腺等组织,囊腔内含有淡黄色油性液体,包括皮脂、脱落的上皮及毛发等。接受包皮环切手术的儿童多有包皮和阴茎头粘连,且存在包皮垢,手术中需注意:①包皮环切之前应彻底清除包皮垢,术中要按解剖层次分离粘连的包皮内板和阴茎头,必要时佩戴手术放大镜,避免暴力牵拉;②手术结束时应仔细检查阴茎头表面有无残留包皮垢及粘连的包皮内板。

## 参考文献

- 1 Dunsmuir WD, Gondon EM. The history of circumcision[J]. Br J Urol, 1999, 83(1):1.
- 2 Neulander E, Walfisch S, Kaneti J. Amputation of distal glans during neonatal ritual circumcision-a rare complication [J]. Br J Urol, 1996, 77:924.
- 3 Williams N, Kapila L. Complications of circumcision[J]. Br J Surg. 1993, 80(10):1231-1236.
- 4 方春阳,涂飞雪. 腹部表皮样囊肿 1 例[J]. 现代医药卫生, 2012, 16:2557-2558.