

主 编 冯杰雄

华中科技大学同济医学院同济医院

小儿外科

病例讨论精选



 人民卫生出版社

名院名科名医病例讨论精选丛书

华中科技大学同济医学院同济医院

小儿外科 病例讨论精选

主 编 冯杰雄

副 主 编 张 文 邵景范

牛洪泉 周 欣

参编人员 (按姓氏笔画排序)

王小林	王文美	牛洪泉	冯杰雄	孙大昂	孙晓毅
李 宁	李 智	杨小进	杨继鑫	吴晓娟	邱银荣
余东海	张 文	邵景范	易 斌	金 晶	周 宏
周 欣	周学锋	郑帅玉	赵文涛	袁继炎	陶 凉
彭 飞	曾 亮	魏明发			

秘 书 余东海

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

华中科技大学同济医学院同济医院小儿外科病例讨论精选 / 冯杰雄主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

(名院名科名医病例讨论精选丛书)

ISBN 978-7-117-20297-8

I. ①华… II. ①冯… III. ①儿科学-外科学-病案-分析
IV. ①R726

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 215949 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

华中科技大学同济医学院同济医院
小儿外科病例讨论精选

主 编: 冯杰雄

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 17

字 数: 324 千字

版 次: 2015 年 11 月第 1 版 2015 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20297-8/R · 20298

定 价: 79.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

出版说明

医学是一门实践科学,临床实践活动同时也是最好的临床教学活动。临床病例讨论是重要的临床实践活动,一方面能够集思广益针对患者尤其是疑难病患者的诊断和治疗方案产生重要影响,另一方面也是临床医生改善临床思维方式和提高临床实践能力的重要方式。在各种临床教学和实践活动中,最能吸引住院医师和进修医生参与的就是高水平的临床或教学查房以及各种形式的临床病例讨论。

越是医疗、科研、教学水平高的医院越重视临床病例讨论活动,其各级临床病例讨论也更规范化、常规化和制度化,病例讨论的水平越高,也更容易吸引相关科室的广泛参与,体现医学知识的更综合和更广泛的应用。因此,我们能够看到越是大医院,尤其是教学医院,就越会经常性地组织多科室或院级甚至是多院联合级的病例讨论。

这些高水平的临床病例讨论对临床医生提高医学知识的综合运用、临床思维方式以及临床实践能力有重大价值。

“名院名科名医病例讨论精选丛书”的选题正是基于这样的思路应运而生的。所有图书中的病例均来自于高水平的病例讨论,详细整理讨论专家意见并大量查阅参考文献,具有更高的参考价值。

与图书出版相互配合,网络学术及病例资源数据库也正在建设当中,高水平的病例讨论将以文字、图片、音频和视频有机结合的形式在互联网上展现出来,让没有机会外出进修的基层医生通过网络体验高水平的病例讨论。

本套丛书邀请国内外多家高医疗、教学水平的名院、名科和名医参与病例讨论记录和编写,暂定共出版 17 种。

“来源于临床实践”相信能够更好地“服务于临床实践”。

内容简介

本书撷取小儿外科临床工作中遇到的一些让人印象深刻的病例,详尽描述整个诊疗过程,分析经验和教训,部分病例还介绍了国内外最新的诊疗方法。在编写过程中着重强调了临床思维的培养与训练,通过有限的病例分析与讨论来提高读者解决临床工作的能力,减少误诊误治,更好地为广大患儿服务。

本书适用于小儿外科、小儿内科、儿童保健、普通外科、医学生与研究生及兼做小儿外科临床工作的外科医护人员参考。

主编简介

冯杰雄 教授、主任医师,博士研究生导师,同济医院小儿外科主任。中华医学会小儿外科学分会青年委员会副主任委员、湖北省医学会小儿外科学分会常委兼秘书。中华小儿外科杂志、World of Pediatrics、Pediatric Health, Medicine and Therapeutics、中国实用医刊、临床医学进展、中华实用儿科临床杂志等杂志常务编委或编委,Journal of Pediatric Surgery 等多种国外杂志审稿专家。2000 年在华西医科大学获医学博士学位,同年 8 月至浙江大学进行博士后研究工作。2004 年 2 月至 2006 年 1 月在美国俄亥俄州立大学儿科研究所从事新生儿坏死性小肠结肠炎的发病机理研究,回国后在同济医院小儿外科从事临床基础研究工作。对漏斗胸的病因及病理生理改变、新生儿胆管畸形(胆道闭锁与胆总管囊肿)的病因与诊治、新生儿坏死性小肠结肠炎的病因与预防、儿童便秘的病因及治疗等进行了系统研究,发表论文 140 余篇,其中 SCI 收录期刊论文 30 余篇,并应国外期刊邀请撰写述评 4 篇,研究成果获宋庆龄儿科医学奖、省科技进步二等奖、三等奖。主编《小儿腹部外科学》(第 2 版)、《先天性巨结肠及其同源病的诊断和治疗》、《名院名科病例讨论精选》等;参编学术专著 10 余部,如《Clinical Chemistry Research》、《现代小儿外科手术学》、《小儿外科手术学》(第 2 版)、《中华小儿外科学》、《小儿外科研究生教材》、《胃肠外科学》、《儿童胃肠肝胆疾病》、《小儿急诊外科学》、《小儿外科疾病诊疗指南》、《胎儿新生儿医学》等。

临床医学工作不仅需要掌握坚实的理论基础知识,还需要不断总结临床实践中的经验与教训,只有将理论知识和实践经验完美地结合起来,才能顺利地开展工作,避免误诊误治,更好地为人民群众服务。理论知识的系统学习可以在短期内完成,但临床工作经验的总结则伴随每一位临床医学工作者的终生。实际上,就临床工作者个体而言,他所能接触到的病例是有限的,如果仅限于自己的经验是不能很好地完成临床工作的,所以需要借鉴别人的经验与教训,与其他医生交换诊治经验也是提高临床医生工作能力的主要途径。

正式或非正式的临床病例讨论与分享是临床医生获得他人经验与教训的主要途径,也是避免误诊误治的有效方法,所以临床病例讨论受到临床医务人员和医院管理人员的高度重视,不论哪级医院都会定期或不定期地举行临床病例讨论,从而提高科室或医院的诊治水平。但这些经验的分享多数仅限于一家医院或数家医院,其他单位的医务人员不能有效地获得这些经验。

为了让更多的医务工作者获得小儿外科临床工作中的经验与教训,我们整理了近年来进行的部分临床病例讨论资料,通过这些病例讨论展示临床思维的培养与形成过程,同时辅以相关疾病诊治的国内外进展,以期将我们自己的经验与国内外的新进展相结合,供临床医务人员在临床工作中参考。为了提高临床实战效果,我们在病例的选择上以常见病为主,主要针对常见病诊治中的疑难问题进行讨论,对罕见病则以吸取教训为主,讨论则侧重于疾病的鉴别诊断。

但这些病例讨论中的观点仅为一家之言,其结论不一定有普遍意义,请读者批评指正。

本书在编写过程中得到华中科技大学同济医学院附属同济医院和人民卫生出版社各级领导的大力支持,在此谨致谢意!

冯杰雄

2012年6月

目 录

病例 1	出生后不解大便伴呕吐 7 天	1
病例 2	腹腔镜食管裂孔疝修补术后呕吐 10 天	6
病例 3	反复腹胀 7 年	12
病例 4	发现右下腹包块 21 天	20
病例 5	左上腹包块伴呕血	26
病例 6	反复会阴部感染半年	32
病例 7	外伤后腹痛 3 天	37
病例 8	持续性血便 5 年并皮肤蓝色病变	43
病例 9	反复下腹隐痛 10 个月,腹胀 1 个月	49
病例 10	间断呕吐 5 个月,加重 3 天余	56
病例 11	发现右上腹包块 3 天	61
病例 12	呕血伴黑便 20 小时余	68
病例 13	腹胀 1 年余	73
病例 14	便血并呕血 20 小时余	78
病例 15	便秘进行性加重 5 年余	85
病例 16	发现腹部包块 1 天	90
病例 17	反复呕吐 1 年余加重 15 天	95
病例 18	腹胀 2 天伴停止排气排便 1 天	100
病例 19	阵发性哭闹伴血便 1 天	105
病例 20	右下腹腹痛 1 周	109
病例 21	出生后便秘伴腹胀 3 个月	118
病例 22	发现心脏杂音 1 年余	131
病例 23	发现口唇紫绀近 4 年余	136
病例 24	出生后口唇紫绀 16 天	141

病例 25	发现心脏杂音、哭闹后紫绀 5 个月,渐进性加重月余	148
病例 26	排尿费力,遗尿 3 年	158
病例 27	突发头痛 3 小时	163
病例 28	发热 5 天,阵发性抽搐 5 小时	171
病例 29	突发头痛头晕 10 天	176
病例 30	发现外生殖器短小 5 年	182
病例 31	发现外生殖器异常 10 年余	187
病例 32	右肾积水手术治疗后 5 年,再发加重 1 个月	192
病例 33	发现肾积水约 2 个月	196
病例 34	车祸伤后排尿困难 6 月余	200
病例 35	阴茎嵌顿 1 个月	203
病例 36	反复阴囊红肿 8 个月	207
病例 37	间断腹痛发热 10 天	211
病例 38	右阴囊肿痛 1 天	215
病例 39	左膝关节酸痛 2 月余	219
病例 40	右下肢跛行 1 年	223
病例 41	摔伤右肘关节 1 个月	229
病例 42	发现右锁骨部肿块 2 年	236
病例 43	发现全身多处包块逐渐增大 1 年	240
病例 44	髋关节疼痛、活动受限再发 3 周	244

病例 1

出生后不解大便伴呕吐 7 天

病 历 摘 要

患儿,男,7天。

主诉:出生后不解大便伴呕吐 7 天。

现病史:患儿为足月剖宫产出生,出生后 48 小时内未排大便,在当地医院用开塞露后排出中等量的褐色大便,之后每次都需用开塞露才能排大便,逐渐出现腹胀并呕吐,为胃内容物,在当地拍片提示肠梗阻,为进一步治疗,遂来我院,门诊以“新生儿肠梗阻”收入院。

既往史、家族史:无特殊。

体 格 检 查

轻度脱水貌,生命体征稳定,心肺听诊无明显异常,腹膨隆,尚软,可见肠型,肠鸣音活跃,肛门稍紧,拔指后有少量气体及黄色稀便排出。

入院后的诊治:禁食、胃肠减压、给予抗感染对症支持治疗,结肠灌洗,患儿腹胀情况不能得到缓解,拍腹部平片提示低位肠梗阻,第 3 天行剖腹探查,术中未见明显狭窄段,全部结肠及回肠末端扩张,行多处结肠全层活检及回肠造瘘。

辅 助 检 查

腹部平片:可见肠管胀气明显,未见明显液平,可见明显的结肠扩张。

术后病理结果:远端及横结肠黏膜内及肌间神经丛与神经元显著减少,升结肠及回肠末端黏膜下及肌间均见丰富的神经元,综合以上,诊断为先天性巨结肠同源病——肠神经节细胞减少症(hypoganglionosis,HYP)。

讨 论 内 容

1. 新生儿肠梗阻的常见原因及诊治

吴晓娟医师:汇报病史如上。

翁一珍教授:新生儿肠梗阻的症状主要为呕吐、腹胀等,常见的原因有胃扭转、幽门梗阻、十二指肠闭锁、环状胰腺、小肠闭锁、先天性巨结肠(Hirschsprung's disease, HD)、肛门闭锁等。根据患儿呕吐物的性状、腹胀情况以及体格检查,初步判断肠梗阻的部位,行腹部平片及相应的碘水造影、钡灌肠等检查。

冯杰雄教授:新生儿肠梗阻中以肠闭锁、先天性巨结肠及肛门闭锁最为常见。肛门闭锁根据体格检查可确诊。而某些情况下,肠闭锁与先天性巨结肠不易鉴别,都以出生后逐渐出现腹胀并加重及可自排或辅助排出少量胎便为主要症状。在腹部平片中都提示低位肠梗阻,肠闭锁患儿钡灌肠往往提示全结肠狭窄,与全结肠型 HD 没有明显区别,并且两者患儿灌肠后腹胀均可无明显缓解,此时行碘水肠系检查为必要手段,若患儿情况不允许行此检查则需急诊剖腹探查。

魏明发教授:新生儿肠梗阻常见的原因因为先天性巨结肠,对于此类患儿,先进行保守治疗,如结肠灌洗。而情况好转后,行常规三项检查,以进一步明确诊断,根据患儿保守治疗的效果及检查的结果选择手术或者继续保守治疗,出院前行扩肛治疗,观察患儿排便及腹胀情况。如症状明显好转,可行保守治疗 3~6 个月,根据情况决定下一步治疗。若保守治疗效果不佳,则需行手术治疗,根据患儿情况来选择手术方式。

孙晓毅教授:新生儿肠梗阻较常见,在门诊可经常遇到这样的患者,胎便排出正常,每日可正常自排大便及排气,但仍出现腹胀及呕吐症状。行相关检查,除钡灌肠 24 小时排空欠佳外,其余无明显阳性结果,给予洗肠及扩肛往往有较好的效果,随着患儿年龄的增长,腹胀情况可以逐渐缓解。此类患儿往往是由于远端结肠在出生时发育未成熟而出现以上症状。随着患儿年龄的增长,扩肛的刺激会使神经逐渐发育成熟。



图 1-1 肠造瘘术后,24 小时钡剂无明显残留

王小林主治医师:新生儿空腔脏器穿孔引起的腹膜炎、肠梗阻也不少见,此类情况需要急诊手术,探查穿孔部位,根据术中情况选择手术方式。

Ⅱ期治疗:4 个月后,患儿再次来院,一般情况良好,行钡剂灌肠检查,结肠袋形态正常,24 小时拍片发现无钡剂潴留(图 1-1)。住院期间行关瘘术,术后 48 小时通便,出院前,每日可排 1~2 次大便。术后复查一年,患

儿大便通畅,未出现便秘。

2. 肠神经节细胞减少症引起新生儿肠梗阻的诊治

冯杰雄教授:近几年神经节细胞减少症引起新生儿肠梗阻的病例也不少,我们科已经收治近 10 例此病的患儿。部分患儿是因为新生儿期肠梗阻保守治疗无明显疗效后行 I 期肠造瘘及结肠全层活检术,Ⅱ期再行巨结肠根治术。一部分患儿在腹胀、一般情况好转后,Ⅰ期行巨结肠根治术,术后病检均提示为神经节细胞减少症。对于这类患儿,特别是术前常规检查提示巨结肠同源病可能时,我们要考虑到巨结肠同源病的可能。在临床表现上,神经节细胞减少症引起的肠梗阻与新生儿巨结肠无法鉴别,这与较大龄儿童先天性巨结肠类缘病(Hirschsprung's disease allied disease, HAD)的表现不同,他们都可出现胎便排出延迟,症状较重,保守治疗无明显疗效等。治疗上根据患儿的情况选择,部分患儿可保守治疗一段时间,部分患儿需及时行手术治疗。由于生后肠神经节细胞还可能未发育成熟,部分患儿在造瘘解除肠梗阻后,远端肠管可能逐渐恢复功能,所以在Ⅱ期手术时,可以通过钡灌肠来判断肠管的功能,比如此病例复查时结肠排空功能正常,直接关瘘,随访结果也比较满意。

易斌副教授:在新生儿期即表现出腹胀、肠梗阻的 HAD 往往是肠神经发育不良的程度较重,所以表现与无神经节症相同,在术前难以明确诊断,术前常规的三项检查也很难与 HD 鉴别。在手术方式方面,与 HD 相同,如果患儿一般情况较好,根据病变的范围选择根治术的方式。病变位于乙状结肠的,可选择单纯经肛门巨结肠根治术;范围较广的,可以选择开腹或腹腔镜手术。目前,随着新生儿麻醉水平及腹腔镜经验的增多,新生儿期腹腔镜手术也开展得较多,对于具有手术适应证的患儿采取腹腔镜手术,可减轻手术创伤,加快恢复的过程。

翁一珍教授:对于肠神经节细胞减少症在新生儿期的诊断很困难,它的临床表现及相关检查与 HD 无法鉴别,处理原则与 HD 也相同。首先,解决腹胀的问题,如果患儿呕吐较频繁,需要行胃肠减压;其次,结肠灌洗很重要,大部分患儿的腹胀症状可以得到立即的缓解,这样可为患儿赢得改善一般情况、增强营养的时间;第三,在一般情况得到改善后,需进行相关检查,在常规三项检查中,钡灌肠的结果最重要,一方面可以判断肠管的形态和病变的长度,另外可以判断结肠的功能,即 24 小时钡剂潴留的情况,其他两项检查在新生儿期准确性受到影响,只能辅助诊断;最后,决定治疗方式,对于扩肛后可排大便,并无腹胀的患儿可考虑保守治疗一段时间,反之,只能通过灌肠才能缓解的患儿需要及时手术;还有部分患儿,通过结肠灌洗腹胀没有缓解,一般情况差,甚至连做检查的条件都不具备,就只能行急诊剖腹探查术,根据情况再决定下一

步治疗。

魏明发教授:新生儿肠神经节细胞减少症的手术方式与 HD 相同。保守治疗肠梗阻症状无法缓解的患儿,必须行剖腹探查及肠造瘘手术,并取多处结肠全层活检以明确诊断,3 个月后再行根治术。其他需手术治疗的患儿,根据情况,选择单纯经肛门手术、传统手术及腹腔镜手术。

袁继炎教授:诊断上,先天性巨结肠和肠神经节细胞减少引起的新生儿肠梗阻很难鉴别,病理检查是确诊的唯一手段。治疗上,与新生儿 HD 的处理原则也相同。由于 HAD 的病例越来越多,在初步诊断时要考虑到 HYP 的可能性。

最终诊断:先天性巨结肠同源病——肠神经节细胞减少症。

讨 论

肠梗阻在新生儿期并不少见,起病急,病情重,发展快。小肠闭锁、先天性无肛、坏死性小肠结肠炎,胎粪性腹膜炎及先天性巨结肠是其常见原因,以低位肠梗阻为其主要表现,如呕吐、腹胀及不排便。神经节细胞减少症(HYP)引起新生儿急性肠梗阻比较少见,在新生儿期发病的 HYP 表现为低位肠梗阻,临床症状与先天性巨结肠相似,很难在术前与 HD 鉴别,最终由病检结果诊断。

HYP 为巨结肠同源病的一种,是指肠神经丛内神经节细胞数和神经纤维减少,其病理特征集中在肌间神经丛的改变:肠壁单位长度内神经丛和节细胞数的数目分别少于正常的 1/2 和 1/4 或更少;丛面积小于正常的一半,间距是正常的 2 倍以上,典型表现为稀少细小的肌间丛内仅 1~2 个体积小但形态基本正常的节细胞。同济医院病理科根据上述研究结果,将每毫米肠壁中神经节细胞数目少于 1.5 个诊断为 HYP。

在新生儿期起病的肠神经节细胞减少症,与先天性巨结肠的表现无明显差异,如不排胎便,腹胀如蛙腹,呕吐等低位肠梗阻症状。肛诊对排除机械性梗阻很有帮助,首先可排除先天性肛门直肠闭锁,如果拔指后有大便及气体爆破样排出,则支持巨结肠。通过结肠灌洗及营养支持治疗一般情况好转后的患儿,进一步钡剂灌肠、组化及测压检查,部分钡灌肠显示有狭窄段及扩张段,24 小时钡剂排空差,直肠黏膜活检 AChE 大部分为阳性,测压提示 RIAR 阈值升高,形态异常,肠蠕动功能减弱,有巨结肠同源病的可能。虽然以上检查与 HD 有一定差异,但在新生儿期很难与 HD 鉴别,所以新生儿巨结肠应该考虑到此病的可能,最终还是根据病检结果诊断。

在治疗上,如果因腹胀无明显改善,则行肠造瘘术并肠活检术。在造瘘术后 3~6 个月再次入院,关瘘前行钡灌肠对结肠功能进行评估,如果钡剂排空差,根

据钡剂排空的情况切除远端结肠行巨结肠根治术。新生儿期巨结肠根治术,根据情况,选择单纯经肛门手术、传统手术或腹腔镜手术。

总之,HYP 可引起新生儿肠梗阻,病情危重,只有积极治疗,必要时及时采取手术治疗,根据患儿情况选择不同的手术方式,才可以取得较好的疗效。

(冯杰雄 整理)

病例 2

腹腔镜食管裂孔疝修补术后呕吐 10 天

病 历 摘 要

患儿,男,1岁2个月。

主诉:食管裂孔疝修补术后呕吐 10 天。

现病史:患儿于 20 日前因呕吐、面色苍白就诊于当地医院,诊断为“中度贫血,右侧膈疝? ”。在当地医院予补充铁剂等纠正贫血治疗后,为求进一步诊治入院。入院后行上消化道碘水造影示先天性短食管、食管裂孔疝。完善相关检查后行腹腔镜下食管裂孔疝修补术及胃底折叠术,手术顺利。术后给予补液支持治疗,持续胃肠减压,胃管持续引流出大量胃液,每日约 500ml,呕吐,呕吐物为白色胃内容物,患儿于术后第 3 日起开始排便。至术后第 9 日上消化道碘水造影示:十二指肠降部梗阻可能。连续 3 日用高渗温盐水洗胃,胃管注入多潘立酮促进胃动力治疗,现胃液引流未减少,再次行上消化道碘水造影提示十二指肠降部梗阻。

既往史、家族史:既往体弱,营养状况较差,家族中无患相似疾病者。

体 格 检 查

生命体征正常,全身淋巴结无肿大,双肺呼吸音清晰,心界不大、心音正常,腹平坦,腹部手术切口愈合良好,无压痛,肠鸣音减弱,胃管引流出绿色液体。

辅 助 检 查

血常规无异常,血生化未发现电解质紊乱。术前上消化道碘水造影提示:胃底位于胸腔内,食管长度短,碘水可通过胃腔进入十二指肠,十二指肠未见梗阻(图 2-1)。术后第 9 天上消化道碘水造影:经胃管注入碘水,见胃型扩大,碘水透过十二指肠降部受阻(图 2-2)。

讨 论 目 的

患儿的下一步治疗方案。

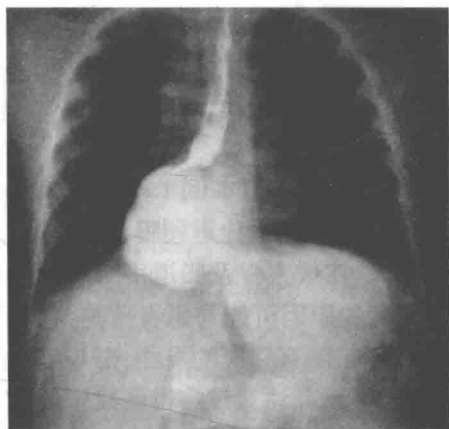


图 2-1 术前碘水造影:食管裂孔疝



图 2-2 术后 9 天碘水造影:十二指肠降部梗阻

讨 论 内 容

赵文涛医生:汇报病史如上。

韦佳医生:患儿病情有如下特点:患儿行腹腔镜下食管裂孔疝修补术及胃底折叠术后,持续大量胃液引流 10 余日未见减少。且术后已予补液、对症支持治疗,并给予高渗温盐水洗胃,胃管注入多潘立酮促进胃动力治疗,无明显好转。术后两次上消化道碘水造影均提示十二指肠降部梗阻,综合临床表现及辅助检查,患儿术后肠粘连等原因引起机械性梗阻可能性大。

翁一珍教授:患儿于腹腔镜下行食管裂孔疝修补术及胃底折叠术,现术后 10 余日,每日胃液引流量达 500ml,且胃液颜色较深,但术后第 3 日至今,患儿每日都可排少量大便,肠鸣音存在,碘水造影显示的十二指肠梗阻可能与术中迷走神经损伤导致的胃潴留有关。现已给予高渗盐水洗胃,促进胃动力等保守治疗 3 日,胃液引流未见减少,且有呕吐加重倾向。同时,两次上消化道碘水造影提示十二指肠降部梗阻,目前无法排除机械性梗阻可能,可考虑再次手术。

魏明发教授:患儿贫血、营养不良、低蛋白血症、术后胃黏膜的水肿均可导致胃蠕动功能差。该患儿有贫血病史,虽已给予营养支持治疗,但其营养状况仍不够理想,因此,胃蠕动功能差从而导致胃潴留可能性大。但目前患儿胃液引流量大,且有呕吐,上消化道碘水造影显示十二指肠降段梗阻,可再观察几天,如无好转可考虑再次手术,探查有无机械性梗阻。

冯杰雄教授:该患儿术后长期胃潴留,有可能因术后胃肠蠕动功能差引起,但目前已保守治疗 10 余日,无明显好转。上消化道碘水造影提示十二指肠降段梗阻,只能说明碘水未在短时间内进入十二指肠远端,有可能是十二指肠降部机

械性梗阻(如粘连带压迫),也有可能是胃动力不足,胃内的造影剂不能很快进入十二指肠。因患儿刚行食管裂孔疝修补及胃底折叠手术,胃镜检查可能有一定的困难。目前无法确定上消化道梗阻的原因,可先行保守治疗,过几天后再行碘水造影观察上消化道有无梗阻。

王果教授:食管裂孔疝患儿往往合并有胃排空延迟,但本例术前检查未发现胃排空延迟,所以术中贲门成形是正确的。术后出现上消化道梗阻,不能排除术后胃动力不足,类似于成人腹部手术后的胃瘫。在成人胃及肠道手术后可能出现胃瘫,表现为胃功能长期不能恢复,造成胃瘫的原因可能与患者营养差、吻合口水肿、精神紧张等有关。该患儿目前的表现不排除有胃瘫的可能,需与家长反复交代病情,争取家长的理解。目前可按胃瘫治疗,并注意观察胃肠减压的量与性质。

治疗经过

继续加强营养、胃肠减压、胃管内注入多潘立酮、红霉素等治疗,5天后胃肠减压量骤然减少至100ml,继之胃肠减压持续减少,术后20天试进流质后无呕吐,逐渐恢复正常饮食而出院。出院后半年随访,患儿无呕吐,生长发育正常。上消化道碘水造影显示胃位于腹腔内,上消化道通畅无梗阻。

最终诊断:食道裂孔疝术后胃瘫综合征

讨 论

1. 腹部术后胃瘫综合征的病因及治疗

术后胃瘫综合征(postsurgical gastro-paresis syndrome, PGS),也称为胃潴留或胃轻瘫,是一种术后胃肠道非机械性梗阻,是正常胃的调控机能异常,而不是胃功能的衰竭,主要表现为以胃排空迟缓为主的胃动力紊乱综合征。常见于胃切除手术后,是胃切除术后的一种近期并发症,临床上相对较为少见,故有时被误诊为吻合口或输出袢的机械性梗阻,从而导致治疗方法的选择错误。近年发现胃以外的其他腹部手术也可发生胃瘫综合征,其发病机制尚未完全阐明。

术后胃瘫的主要特点为:

(1) 术后胃液引流量大,大多数患者在术后1周仍需胃肠减压,或停止胃肠减压给予流质饮食后出现腹胀、恶心、呕吐等症状,从而不得不继续胃肠减压,部分患者恶心、腹胀症状等可在呕吐后有所减轻,这些症状经常持续10天甚至更长时间。

(2) 查体时大部分患者肠鸣音减弱,部分可见上腹部饱满或隆起,轻度压痛,振水音阳性或胃区叩诊鼓音。