

小儿外科疾病 临床诊治

阎景铁 许桂东 胡屹峰◎主编



ISBN 7-5333-1917-1

小儿外科疾病临床诊治

阎景铁 许桂东 胡屹峰◎主编

吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

小儿外科疾病临床诊治 / 阎景铁, 许桂东, 胡屹峰
主编. — 长春: 吉林科学技术出版社, 2018. 4
ISBN 978-7-5578-4195-9

I. ①小… II. ①阎… ②许… ③胡… III. ①小儿疾
病—外科—诊疗 IV. ①R726

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第091157号

小儿外科疾病临床诊治

主 编 阎景铁 许桂东 胡屹峰
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚 陆海艳
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 324千字
印 张 17
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4195-9
定 价 70.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑
部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

《小儿外科疾病临床诊治》编写人员

- | | | |
|-----|-----|----------|
| 主 编 | 阎景铁 | 枣庄市立医院 |
| | 许桂东 | 枣庄市立医院 |
| | 胡屹峰 | 枣庄市立医院 |
| 副主编 | 陈宏坤 | 枣庄市立医院 |
| | 钱 程 | 枣庄市立医院 |
| | 郑 伟 | 枣庄市立医院 |
| | 刘洪静 | 枣庄市立医院 |
| | 杨 侠 | 枣庄市立医院 |
| | 朱士苓 | 枣庄市立医院 |
| | 王 晶 | 枣庄市妇幼保健院 |
| | 张爱玲 | 枣庄市立医院 |
| | 郑灵灵 | 枣庄市立医院 |
| | 张大森 | 枣庄市立医院 |
| | 陈壮壮 | 枣庄市立医院 |
| | 刘 亮 | 枣庄市立医院 |
| | 郭冬梅 | 枣庄市立医院 |
| | 提 雪 | 枣庄市立医院 |
| | 李晓涵 | 枣庄市立医院 |
| | 侯美玲 | 枣庄市立医院 |

前 言

近年随着肠内外营养、介入治疗技术、器官移植、微创外科的发展,外科治疗有了很大的进展,由此又推动了小儿外科治疗技术的发展。

本书重点介绍了小儿外科常见病、多发病及疑难杂症的诊断要点及治疗方法,并对部分疾病的护理内容作了简单介绍,充分吸收国内外最新的研究成果,侧重实用性,并力求详尽准确。

由于小儿外科疾病的诊断技术和治疗发展很快,一些新的治疗手段不断出现,书中难免有疏漏之处,敬请同行谅解并斧正。

目 录

第 1 章 小儿外科常见症状	(1)
第一节 呕吐	(1)
第二节 腹痛	(3)
第三节 小儿血便	(6)
第 2 章 面颈外科	(8)
第一节 颈部先天性囊肿和瘘管	(8)
第二节 颈部囊状淋巴管瘤	(9)
第三节 先天性颈静脉扩张症	(10)
第四节 甲状腺疾病	(10)
第五节 颈淋巴结病变	(12)
第六节 口底蜂窝织炎	(13)
第七节 化脓性腮腺炎	(14)
第 3 章 腹部外科	(15)
第一节 小儿腹部外科常见症状	(15)
第二节 胃、小肠疾病	(22)
第三节 结肠、直肠、肛门疾病	(48)
第四节 腹壁、腹膜、肠系膜、大网膜疾病	(62)
第五节 肝胆疾病	(68)
第六节 胰脾疾病	(80)
第七节 小儿门静脉高压症	(84)
第八节 腹部损伤	(85)
第 4 章 矫形外科	(88)
第一节 概论	(88)
第二节 小儿骨折的特点	(92)

第三节	上肢骨折	(93)
第四节	下肢骨折	(98)
第五节	病理性骨折	(101)
第六节	脱位	(101)
第七节	发育性髋关节脱位	(104)
第八节	产伤麻痹	(108)
第九节	先天性斜颈	(109)
第十节	手外伤	(110)
第十一节	骨与关节化脓性感染	(111)
第十二节	骨关节结核	(114)
第十三节	狭窄性腱鞘炎和腱窝囊肿	(117)
第十四节	多指和并指畸形	(117)
第十五节	高位肩胛	(118)
第十六节	先天性髋内翻	(118)
第十七节	先天性胫骨假关节	(119)
第十八节	膝内翻及膝外翻	(119)
第十九节	先天性马蹄内翻足	(120)
第二十节	脊髓灰质炎后遗症	(121)
第二十一节	大脑性瘫痪	(122)
第二十二节	下肢不等长	(123)
第二十三节	先天性束带	(124)
第二十四节	臀肌挛缩症	(124)
第二十五节	婴儿骨皮质增生症	(125)
第二十六节	骨软骨炎	(126)
第二十七节	生长痛	(128)
第5章	胸外科	(129)
第一节	新生儿乳腺炎	(129)
第二节	青春期前乳房增生	(129)

第三节	男性青春期乳房发育	(130)
第四节	先天性食管闭锁	(130)
第五节	先天性膈疝	(133)
第六节	膈膨升	(134)
第七节	食管失弛缓症	(135)
第八节	胃食管反流	(136)
第九节	脓胸	(137)
第十节	胸廓畸形	(138)
第6章	神经外科	(142)
第一节	颅脑外伤	(142)
第二节	先天性脑积水	(145)
第三节	颅裂	(147)
第四节	脊柱裂	(148)
第五节	藏毛窦	(149)
第六节	脑脓肿	(149)
第7章	泌尿外科	(152)
第一节	常见症状及体征	(152)
第二节	尿路感染	(155)
第三节	肾及输尿管异常	(157)
第四节	原发性膀胱输尿管反流	(167)
第五节	先天性膀胱疾病	(170)
第六节	神经源性膀胱	(173)
第七节	尿道异常	(175)
第八节	尿道上裂	(179)
第九节	尿道下裂	(180)
第十节	阴茎异常	(183)
第十一节	隐睾	(185)
第十二节	阴囊疾病	(186)

第十三节 两性畸形	(191)
第十四节 女孩外生殖器发育异常	(193)
第十五节 梅干腹综合征	(196)
第十六节 小儿肾上腺疾病	(197)
第十七节 小儿尿路结石	(199)
第十八节 泌尿生殖系统损伤	(202)
第8章 小儿肿瘤	(207)
第一节 概论	(207)
第二节 血管瘤	(208)
第三节 淋巴管瘤	(210)
第四节 肾母细胞瘤	(211)
第五节 神经母细胞瘤	(213)
第六节 畸胎瘤	(215)
第七节 恶性淋巴瘤	(217)
第八节 肝脏恶性肿瘤	(218)
第九节 大网膜及肠系膜囊肿	(221)
第十节 睾丸肿瘤	(222)
第十一节 卵巢肿瘤	(223)
第十二节 横纹肌肉瘤	(224)
第十三节 甲状腺肿瘤	(226)
第十四节 臀部硬纤维瘤	(228)
第十五节 纵隔肿块及囊肿	(228)
第十六节 骨肿瘤	(231)
第十七节 寄生胎	(236)
第十八节 先天性淋巴水肿	(237)
第十九节 其他体表小肿瘤	(238)
第9章 损伤	(241)
第一节 产伤	(241)

第二节	烧伤	(242)
第三节	软组织损伤	(247)
第四节	溺水	(248)
第五节	电击伤	(249)
第六节	犬咬伤	(250)
第七节	毒蛇咬伤	(250)
第 10 章	软组织感染	(252)
第一节	疔疖	(252)
第二节	急性蜂窝织炎	(252)
第三节	新生儿皮下坏疽	(253)
第四节	丹毒	(254)
第五节	脐炎	(255)
第 11 章	破伤风	(256)

第 1 章 小儿外科常见症状

第一节 呕 吐

呕吐是一种保护性反射，由于呕吐中枢受刺激，反射性地引起幽门、胃窦收缩，胃底贲门松弛，同时腹肌、膈肌强烈收缩，使腹压增高，迫使胃内容物经食管由口腔排出。呕吐是小儿常见的临床症状之一，它不是孤立存在的，常因原发病的不同而伴随不同的症状。频繁呕吐可导致水电解质紊乱、营养不良。

呕吐可属生理现象，如溢奶，也可以由功能性疾病或器质性病变引起，通常将病理性呕吐分为梗阻性、反射性和中枢性三大类，前者常由外科疾病引起，后两类常是内科疾病的表现。确定小儿呕吐的原因必须根据年龄、完整的病史、物理检查和对呕吐物的描述来判断。

一、病因分类

按照呕吐的病因通常将呕吐分为梗阻性、反射性和中枢性三大类。

1. 梗阻性呕吐 梗阻性呕吐是由于消化道梗阻引起的，其梗阻原因可以是先天性消化道畸形或后天性消化道疾病。根据其原因、病程、部位等又可以分成急性和慢性；动力性和机械性；高位和低位；完全性和不完全性等，其临床表现均伴有肠梗阻的共同特点，即腹痛、呕吐、腹胀及肛门停止排气排便，但又具有各自不同的特征。

从食管、胃、十二指肠、小肠、结肠至肛门均能成为消化道梗阻的部位。常见的先天性消化道畸形包括先天性食道闭锁、膈疝、食道裂孔疝、胃扭转、先天性肥厚性幽门狭窄、先天性幽门狭窄及闭锁，先天性十二指肠狭窄及闭锁、环状胰腺、肠旋转不良、先天性小肠狭窄及闭锁、肠系膜裂孔疝、先天性结肠狭窄及闭锁、先天性巨结肠及其类源病、先天性肛门直肠畸形等。后天性消化道梗阻包括急性或慢性肠套叠、粘连性肠梗阻、嵌顿性腹股沟斜疝、粪石性肠梗阻等。

2. 反射性呕吐 多因胃肠道受生物、物理、化学性刺激引起，有时为多因素混合造成。又分为消化道感染性疾病，消化道外感染性疾病，代谢和内分泌疾病等。

消化道感染性疾病可以是内科性疾病，也可以是外科性疾病，但有时同一疾病的归类随病变的进展而变化，如急性胰腺炎，急性坏死性小肠结肠炎，在早期是内科性疾病，随病情进展可发展为外科性疾病。

(1) 常见病变包括急性胃肠炎、急性感染性腹泻、病毒性肝炎、胆道蛔虫、急性阑尾炎、急性肠系膜淋巴结炎、原发性腹膜炎、急性胆囊炎、消化性溃疡、急性胰腺炎等。

(2) 消化系统外感染包括：呼吸道感染，泌尿系统感染等。

(3) 常见的代谢及内分泌疾病包括：苯丙酮尿症，糖尿病酮症酸中毒等。

(4) 其他因素包括：前庭功能异常或脑性眩晕，食物、药物等中毒等。

3. 中枢性呕吐 包括中枢神经系统疾病和感染中毒性脑病。

(1) 中枢神经系统疾病：当中枢神经系统发生病变时，呕吐中枢直接受病变及颅内压力刺激或脑脊髓膜受刺激引起反射性呕吐。包括中枢神经系统感染、颅内出血、颅脑损伤、颅内肿瘤。

(2) 感染中毒性脑病：是指感染性疾病引起的急性脑功能障碍，是抗体对所感染的病毒、细菌等的一种反应。多见于急性传染病（如百日咳、白喉等）和急性感染性疾病（如肺炎、脓毒血症等）的极期和恢复早期。

二、定性分类

可分为内科或外科性疾病。

1. 内科性呕吐的特点 呕吐多不严重，呕吐物为胃内容物，不含或含有少量胆汁；无肠梗阻表现；常有消化系统以外的症状、体征；腹部 X 线片无异常。

2. 外科性呕吐特点 反复严重、顽固的呕吐，常伴水、电解质紊乱；呕吐多含胆汁；常有肠梗阻表现；腹部 X 线片及消化道造影可见消化道病变的特征。

三、其他分类

(一) 按照呕吐物的内容分类

反射性及中枢性呕吐，一般呕吐物为胃内容物，无胆汁或含少量淡黄绿色胆汁。在消化道梗阻患儿，呕吐物的内容、颜色对梗阻的定位诊断具有指导意义。①无胆汁性的白色黏液样呕吐物：梗阻部位在十二指肠壶腹以上，常见于幽门部梗阻。②胆汁性呕吐物：常为十二指肠梗阻或高位的小肠梗阻。③粪样呕吐物：是低位小肠梗阻或结肠梗阻的表现。④血性呕吐物：病变多位于食管、胃及十二指肠，鲜红色提示出血量较大，暗红色及咖啡样呕吐物提示出血速度较慢或小量陈旧性出血。

(二) 根据年龄分类

不同年龄阶段的患儿疾病谱有各自不同的特点，因此，年龄因素对诊断也有一定的意义，尤其是新生儿时期疾病谱的特点更加突出。如先天性食管闭锁仅见于新生儿，肠闭锁多见于新生儿，先天性肥厚性幽门狭窄多见于婴儿期，而消化性溃疡多见于年长儿童。

(三) 根据伴随症状分类

呕吐不是孤立存在的症状，可因原发疾病不同而伴随不同的症状，如腹痛、腹胀、便秘或停止排气排便、腹部肿块、便血、发热等。

1. 呕吐伴随头痛、眩晕 多见于中枢神经系统病变、前庭功能异常、高血压脑病等。

2. 呕吐伴腹胀 见于急性肠梗阻、腹部肿瘤等。

3. 呕吐伴随腹泻 常是小儿腹泻病、急性胃肠炎、原发性或继发性腹膜炎的表现。

4. 呕吐伴黄疸 见于病毒性肝炎、胆总管囊肿继发感染等。

呕吐也可在呼吸道感染、泌尿系感染、结石等疾病中作为伴发症状出现。

第二节 腹 痛

腹痛是小儿外科门、急诊最常见的症状之一，病因复杂，涉及的疾病很多，其中大部分由腹腔脏器疾病引起，但腹腔外疾病或全身性疾病也可引起。病变的性质可为器质性和功能性。有的腹痛起病急而剧烈，需要紧急的外科手术治疗，有的起病慢而疾病轻微，可以药物治疗或择期手术。在儿科由于小儿不会说话或表达不清往往由家长代诉，加上患儿查体不合作，往往只能依靠医生的经验和相关的辅助检查来诊断。对腹痛患儿务必认真询问病史，进行全面细致的体格检查和必要的辅助检查，综合分析作出定位和定性，及时处理。

一、发病机制

有3种发病机制，即内脏性腹痛、躯体性腹痛和牵涉痛。

1. 内脏性腹痛 当腹内某一脏器受到刺激，如内脏器官自身的痉挛，过度的膨胀或牵拉，使平滑肌痉挛或缺血，刺激了内脏神经的末梢，其神经末梢的感受器广泛分布于空腔器官的壁层和实质器官的包膜中，它们的传入纤维循交感神经通路上行，经腹腔神经丛及内脏大、小神经，交感神经干神经节而达脊髓后角产生内脏性腹痛。

2. 躯体性腹痛 当炎症或其产物刺激腹壁、腹膜壁层、肠系膜或膈面等处的传入纤维，经脊神经感觉纤维传入脊髓后根至脊髓后角产生躯体性腹痛。

3. 感应性腹痛 腹部脏器引起的疼痛，刺激经内脏神经传入，影响相应脊髓节段而在体表一定区域产生的疼痛，又称为“牵涉性腹痛”。

二、分类

(一) 按起病时间分类

1. 急性腹痛

- (1) 急性炎症性腹痛。
- (2) 脏器扭转性腹痛。
- (3) 穿孔性腹痛。
- (4) 空腔脏器的梗阻加绞窄性腹痛。
- (5) 急性脏器破裂致腹痛。
- (6) 急性血液循环障碍性腹痛。
- (7) 腹腔外脏器及全身性疾病引起的腹痛。

2. 慢性腹痛

- (1) 慢性炎症性腹痛。
- (2) 肿瘤压迫性腹痛。
- (3) 寄生虫性腹痛。
- (4) 全身疾病引起的慢性腹痛。

(二) 按病变部位分类

1. 腹内原因

(1) 腹腔内脏器病变。

(2) 腹腔外脏器病变。

2. 腹外原因

(1) 胸部病变。

(2) 神经源性病变。

(3) 血液病。

(4) 变态反应及结缔组织病。

(5) 中毒及代谢性疾病。

3. 其他 精神、心理方面因素致腹痛。

三、诊断原则

小儿腹痛的诊断不是将可能的诊断依次罗列，而是应遵循逐步缩小范围的诊断原则。

1. 鉴别腹痛是器质性还是功能性病变，即是外科性腹痛，还是内科性腹痛。两者在治疗原则上根本的不同，因此必须分清楚。

(1) 腹痛有下列情况者应考虑为外科性疾病：①腹痛局限于某一处，压痛固定，定位明显，并伴有腹膜刺激症状，而且腹痛比较持续，多为腹内器官炎症性病变或空腔脏器穿孔引起的急性腹膜炎。②阵发性腹痛，伴频繁呕吐、便秘、肛门停止排气，有明显的肠型及蠕动波，肠鸣音亢进、腹胀者，多考虑为机械性肠梗阻。③腹痛伴腹部包块者应当考虑肠套叠、肠扭转、肿瘤、囊肿、包裹性脓肿等，便秘时应排除肠内粪块的可能性。

(2) 腹痛伴有下列情况者多考虑为内科疾病：①阵发性不规则腹痛，排便性质基本正常者。②急性腹痛而腹壁软，压痛不明显，无腹部包块、肌紧张，无肠型者；③以发热、咽痛、咳嗽等上呼吸道症状起病而腹部无明显阳性体征者。

2. 在取得初步诊断的基础上，根据病情需要选用一些辅助检查：如考虑肠套叠者选择腹部超声检查，考虑肠梗阻者选择 X 线检查等明确梗阻的部位。另外可行血液的生化检查判断病变的严重程度和发展趋势，以决定治疗原则。

3. 造成临床上误诊的常见原因如下。

(1) 腹外脏器疾病引起的反射性腹痛：如肺炎、胸膜炎引起的剧烈上腹部疼痛较易误诊为急腹症。

(2) 就诊时间上的差异：发病早期症状不典型，晚期则可因合并症掩盖了原发病。如小儿阑尾炎早期呕吐为主要症状，易被误诊为内科的消化道疾病，晚期穿孔后则以急性弥漫性腹膜炎表现为主。

(3) 内脏解剖位置的异常可以产生不典型的临床症状：如阑尾位置异常可以产生不同部位的疼痛，腹膜后阑尾刺激腰大肌引起腰痛而腹肌紧张不明显，合并内脏转位表现为左下腹痛。

(4) 腹痛程度判断困难：疼痛的感觉个体差异很大，婴幼儿不能诉说腹痛只以哭闹

来表示，患儿的性格也影响叙述的准确性。

(5) 药物对疼痛的影响：部分患儿就诊前使用过镇静药物、止痛药物、大剂量激素等，可掩盖临床症状或影响检查结果的准确性。

(6) 两种以上多发疾病并存或有多发畸形：如阑尾炎同时可伴发梅克尔憩室炎，肠重复畸形可以多发，肠旋转不良可合并脐膨出、膈疝。

(7) 忽略女孩的疾病特点：如月经初潮的痛经、处女膜闭锁、卵泡破裂及卵巢囊肿蒂扭转。

(8) 器质性疾病与功能性疾病的交叉：如肠蛔虫症可以表现为肠痉挛，也可以发展成肠梗阻、肠扭转等。

(9) 内科性腹痛和外科性腹痛的交叉：如腹型紫癜可以引起严重的腹痛，易误为急腹症而行手术，但病情发展可出现肠套叠、肠梗阻，甚至肠坏死、肠穿孔，此时内科性腹痛转为外科性腹痛而需急诊手术。

(10) 婴幼儿的全身反应掩盖了局部病变：如婴幼儿急性单纯性阑尾炎即可迅速引起高热、呕吐等全身反应，往往会忽略了局部病变的存在。

四、处理原则

小儿外科急腹症往往发病急剧，进展迅速，病情危重，在考虑诊断的同时必须对患儿全身情况作出评估，并采取相应措施，最重要的是应当确定有无急诊手术指征。如排除外科急腹症应及时请有关专科会诊，对病情复杂，又不属于外科急腹症的范围的患儿，则在对症、支持治疗的同时完善相关检查，必要时多学科讨论，诊断明确后再决定处理方案。患儿就诊时如已有休克，应首先积极抗休克治疗。

(一) 非手术治疗

1. 纠正水电解质紊乱及酸碱失衡 患儿伴有休克、脱水、酸中毒者应该迅速处理，注意补充由于禁食、呕吐、肠腔内渗液而丢失的液体、电解质，纠正由于代谢紊乱引起的酸碱失衡，同时注意补足生理需要量。

2. 镇痛 对腹痛患儿应行疼痛评估并及时处理，以缓解由于疼痛造成的危害，但在诊断未明确前禁用止痛药。

3. 密切观察病情 暂时未能明确诊断者，应严密观察病情变化，反复进行体格检查及应用必要的辅助检查，随时掌握病情变化。

(二) 手术治疗

1. 手术时机 有手术指征者，应在一般情况改善后迅速手术。有些患儿只能在手术后才能改善一般情况，对此类疾病不宜过分强调改善一般情况，如腹部外伤合并大出血时只有手术止血后才能改善病情，肠坏死时只有切除坏死肠襻、清理腹腔感染之后休克才能纠正。

2. 急诊手术的原则

(1) 切口的选择：手术切口的选择与诊断有关，应选择最接近病变部位，操作方便、便于延长的切口。

(2) 探查：进入腹腔后，首先明确术前诊断是否正确，寻找病变所在部位。如所见

的病理改变可以解释临床表现，则不再做过多探查以缩短手术时间和防止感染扩散。如在粘连性肠梗阻时只分离形成肠梗阻的粘连而不做广泛的肠粘连松解，患儿情况不允许时可行分期手术。须注意不要遗漏可能存在的多发病变。

(3) 术后管理：①监测生命体征及主要器官功能。②引流管理，逐日记录各类引流液的性状及量，并防止引流管意外脱落。③疼痛评估及处理。④营养评估及营养支持治疗。⑤防治可能发生的并发症，如新生儿、婴儿术后容易发生切口裂开，所以要特别注意切口、引流管口护理，防止切口感染，并及时处理腹胀、咳嗽等症状，术后营养支持疗法是避免伤口裂开的重要措施。

第三节 小儿血便

便血是指消化道出血，血液由肛门排出。便血颜色可呈鲜红、暗红或黑色，少量出血不造成粪便颜色改变，须经隐血试验才能确定者，称为隐血。

一、病因

1. 上消化道疾病 视出血的量与速度的不同，可表现为便血或可形成黑粪。
2. 小肠疾病 急性出血性坏死性肠炎、小肠肿瘤、空肠憩室、梅克尔憩室、肠套叠等。
3. 结肠疾病 结肠憩室、结肠息肉等。
4. 直肠肛管疾病 直肠肛管损伤、直肠息肉、肛裂、肛瘘等。
5. 全身性疾病 血小板减少性紫癜、肝脏疾病、白血病、血友病等。

二、问诊要点

1. 便血的诱因和病因 有否饮食不洁、过食生冷、辛辣刺激等食物史。有否服药史或集体发病。
2. 便血的颜色及其与大便的关系 以帮助推测出血的部位、速度及可能的病因。
3. 便血的量 作为估计失血量的参考。但是由于粪便量的影响，需结合患者全身反应才能准确估计失血量。
4. 伴随的症状 如腹痛、包块、梗阻、全身出血等。
5. 患者的一般情况变化 对估计血容量丢失最为重要。如有否口渴、头晕、心悸、出汗等症状。
6. 既往史 过去有否腹泻、腹痛、肛裂病史，有否胃肠手术史等。

三、诊断

便血首先应明确是否是真性便血，同时需评估出血量，最关键的是能及时确定出血的部位和病因。确定部位和病因可通过询问病史资料、详细的体格检查和相关辅助检查结果来判断。辅助检查包括：实验室检查（如血常规、凝血功能、肝功能、大便常规及

隐血)、超声检查、钡剂检查、钡灌肠、纤维内镜检查、放射性核素检查。

1. 超声检查 有助于诊断肠套叠、肝硬化、门静脉高压等疾病。
2. 钡剂检查 一般在出血停止,病情稳定后数天进行检查。
3. 钡灌肠 对直肠、乙状结肠、回盲部肠重复畸形等疾病可作出诊断。
4. 纤维内镜检查 是目前诊断消化道出血最安全可靠有效的方法。1月龄的婴儿即能接受内镜检查。
5. 放射性核素 对梅克尔憩室、肠重复畸形的诊断有帮助。

四、治疗

对大量便血的患儿,必须及时抢救,重点是纠正失血性休克,原则上先采用非手术疗法控制出血,同时做必要的检查和化验,为手术创造条件。

1. 非手术疗法

(1) 一般处理:估计出血量,严密观察患儿神志变化、皮肤和甲床颜色,记录脉搏、血压、呼吸情况,每小时记录尿量,保持呼吸道通畅。

(2) 补充血容量:按实际丧失血液的程度迅速足量地补充血容量,以能维持有效的血循环,纠正出血性休克。

(3) 应用止血药物。

(4) 局部止血法:三腔管、胃内低温止血、内镜止血、介入治疗。

2. 手术疗法 经各种保守治疗仍出血不止,或短时间内反复大出血者,即应采用剖腹探查手术。

(阎景铁)