

小儿腹部外科学

董尔昌 季海萍 主编



人民卫生出版社

84530

小儿腹部外科学

童尔昌 季海萍 主编

人民卫生出版社

责任编辑 杜 贤 王 兵

小儿腹部外科学

童尔昌 季海萍 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

河北省遵化县印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 36 $\frac{1}{2}$ 印张 4插页 842千字

1991年1月第1版 1991年1月第1版第1次印刷

印数: 00,001—5,200

ISBN 7-117-01421-0/R·1422 定价: 21.10元

〔科技新书目 230—183〕

全书执笔者

(以姓氏笔画为序)

王 果	同济医科大学附属同济医院
王练英	中国医科大学附属第二、三医院
王修忠	西安医科大学附属第二医院
王慧贞	中国医科大学附属第二、三医院
尹朝礼	同济医科大学附属同济医院
冯家钧	哈尔滨医科大学附属第二医院
江泽熙	武汉市儿童医院
江启俊	哈尔滨医科大学附属第三医院
刘贤富	同济医科大学附属同济医院
汪丽珠	同济医科大学附属同济医院
李 正	中国医科大学附属第二、三医院
李美英	同济医科大学附属同济医院
李恭才	西安医科大学附属第二医院
李振东	河北医学院附属第二医院
陈雨历	山东医科大学附属医院
张青萍	同济医科大学附属同济医院
张学衡	山东医科大学附属医院
周蓉儿	同济医科大学附属同济医院
季海萍	山东省立医院
胡廷泽	华西医科大学附属第一医院
姚希贤	山东济宁医学院附属第一人民医院
郭俊渊	同济医科大学附属同济医院
袁继炎	同济医科大学附属同济医院
陶文芳	哈尔滨医科大学附属第二医院
顾建章	西安医科大学附属第二医院
童尔昌	同济医科大学附属同济医院
董其刚	上海第二医科大学附属新华医院
韩茂棠	天津市儿童医院
赖炳耀	中山医科大学附属第一医院
谭国华	山东医科大学附属医院

目 录

第一章 小儿腹痛	王修忠	1
第一节 小儿腹痛的特点		1
第二节 腹痛的物理检查		3
第三节 腹痛的临床分类		4
一、腹内原因		4
二、腹外原因		8
三、心理原因		9
第四节 小儿腹痛的诊断		9
第五节 小儿腹痛的处理原则		13
第二章 腹部脏器的特殊检查		15
第一节 影像学诊断	刘贤富、郭俊渊	15
一、一般X线检查		15
二、腹部血管造影及数字减影血管造影		22
三、腹部电子计算机体层摄影		27
四、介入性放射学		30
五、核磁共振成像		32
第二节 B型超声波检查	张青萍	33
一、应用原理		33
二、超声波诊断仪的种类与特点		33
三、超声波显像检查应用的范围		34
四、检查方法与诊断分析要点		35
五、常见的病理性图像特征		37
六、几种常见小儿外科疾患超声波检查鉴别诊断要点		39
第三节 核医学检查	李美英	42
一、概述		42
二、小儿肝脏疾病检查		44
三、小儿胆道疾病检查		45
四、小儿肠道疾病检查		48
五、其他疾病的检查		49
第四节 小儿消化道内镜检查	尹朝礼	50
一、纤维内镜的原理与构造		50
二、消化道纤维内镜的类型与选择		51
三、上消化道内镜检查		51
四、纤维结肠镜检查		54
五、小儿消化道内镜的进展		55
六、腹腔镜检查		56
第三章 腹部手术前后处理	董其刚	57

第一节 手术时机的选择	57
第二节 手术前准备	57
第三节 手术后处理	62
第四节 手术后并发症	63
第四章 全静脉营养	董其刚 65
第一节 全静脉营养应用范围	65
第二节 静脉营养液的成分与组成	66
第三节 静脉营养液的配制	68
第四节 静脉营养液的输入途径	68
第五节 全静脉营养的临床监护	70
第六节 全静脉营养的并发症	71
第五章 腹壁疾病	李振东 73
第一节 先天性腹壁发育畸形	73
一、脐膨出	73
二、腹裂	77
三、腹直肌分离	79
四、先天性腹壁肌肉发育不良	80
第二节 腹壁肿瘤	80
一、血管瘤	80
二、淋巴管瘤	82
三、硬纤维瘤	82
四、脂肪瘤	83
五、罕见的腹壁肿瘤	83
第三节 腹壁切口	83
一、腹前、外侧壁解剖	84
二、腹壁切口	85
第六章 脐部疾病	李振东 91
第一节 脐部胚胎学	91
第二节 脐出血	91
第三节 急性脐炎	92
第四节 慢性脐炎与脐肉芽肿	92
第五节 卵黄管遗留的疾病	92
一、卵黄管未闭	93
二、脐窦	93
三、脐茸	94
四、卵黄管囊肿	94
五、先天性脐肠索带	94
六、美克耳憩室	95
第六节 脐尿管遗留的疾病	96
一、脐尿管瘘	96

二、脐尿管窦·····	96
三、脐尿管囊肿·····	97
第七章 腹外疝 ·····	李振东· 98
第一节 腹股沟斜疝·····	98
第二节 腹股沟直疝·····	105
第三节 脐疝·····	105
第四节 上腹壁疝·····	106
第五节 侧腹壁疝·····	106
第六节 股疝·····	107
第七节 腹壁切口疝·····	107
第八章 胃十二指肠疾病 ·····	109
第一节 胃十二指肠解剖生理·····	汪丽珠· 109
第二节 胃部罕见疾病·····	汪丽珠· 113
一、胃粘膜脱垂·····	113
二、胃扭转·····	114
三、急性胃扩张·····	116
四、胃肿瘤·····	117
五、幽门闭锁·····	117
第三节 新生儿胃肠道穿孔·····	韩茂棠· 119
第四节 先天性肥厚性幽门狭窄·····	汪丽珠 122
第五节 贲门失弛缓症·····	韩茂棠· 130
第六节 胃十二指肠溃疡的外科治疗·····	季海萍、姚希贤· 133
第七节 先天性肠旋转不良·····	周蓉儿· 138
第八节 罕见的十二指肠梗阻·····	胡廷泽· 146
一、肠系膜上动脉综合征·····	146
二、十二指肠前门静脉·····	147
三、外伤性十二指肠血肿·····	148
四、十二指肠周围先天性异常韧带·····	149
五、十二指肠重复畸形·····	150
六、十二指肠套叠·····	151
七、十二指肠炎性肿块、瘢痕和肿瘤致十二指肠梗阻·····	151
第九节 环状胰腺·····	周蓉儿· 152
第九章 消化道重复畸形 ·····	周蓉儿· 157
第十章 先天性肠闭锁与狭窄 ·····	周蓉儿· 164
第一节 十二指肠闭锁与狭窄·····	164
第二节 空回肠闭锁与狭窄·····	168
一、闭锁·····	168
二、狭窄·····	173
第三节 结肠闭锁与狭窄·····	174
第十一章 空回肠疾病 ·····	176

第一节	空回肠解剖生理	周蓉儿	176
第二节	粘连性肠梗阻	张学衡	178
第三节	胎粪性腹膜炎	陈雨历、张学衡	181
第四节	胎粪性肠梗阻	陈雨历、张学衡	183
第五节	腹内疝	李振东	185
	一、肠系膜裂孔疝		185
	二、十二指肠旁疝		186
第六节	急性出血性坏死性肠炎	王果	187
第七节	局限性肠炎	张学衡	191
第八节	小肠肿瘤	周蓉儿	194
第九节	小肠罕见畸形	王修忠、李恭才	197
	一、小肠膀胱裂		197
	二、先天性小肠脊柱瘘		200
	三、先天性短小肠症		201
第十节	美克耳憩室外科并发症	周蓉儿	201
第十一节	蛔虫外科并发症	张学衡、谭国华	209
	一、蛔虫性肠梗阻		210
	二、蛔虫肠扭转		211
	三、胆道蛔虫症		212
	四、阑尾蛔虫		213
	五、其他蛔虫的外科并发症		213
第十二节	短肠综合征	胡廷泽	214
第十三节	肠扭转	袁继炎、童尔昌	219
	一、肠扭转		219
	二、新生儿肠扭转		223
第十二章	肠套叠	王果	224
第一节	急性肠套叠		224
第二节	慢性肠套叠		233
第三节	复发性肠套叠		234
第四节	手术后肠套叠		234
第十三章	阑尾炎	张学衡	236
第十四章	肠痿	韩茂棠	241
第十五章	结肠炎症		245
第一节	溃疡性结肠炎	张学衡	245
第二节	新生儿坏死性小肠结肠炎	王果	249
第十六章	多发性胃肠道息肉病	李正	254
第一节	家族性结肠多发性息肉病		254
第二节	色素沉着-多发性胃肠道息肉病		256
第三节	Gardner综合征		256

第十七章 直肠结肠息肉与肿瘤	257
第一节 直肠结肠息肉	李 正 257
第二节 直肠结肠肿瘤	王练英、李 正 259
一、直肠结肠血管瘤	259
二、直肠和结肠癌	260
第十八章 结肠罕见畸形及综合征	261
第一节 先天性短结肠症	王修忠、李恭才 261
第二节 胎粪塞综合征和小左结肠综合征	陈雨历、张学衡 263
第十九章 先天性巨结肠症	王 果 264
第一节 概论	264
第二节 新生儿先天性巨结肠症	280
第三节 特殊类型的先天性巨结肠症	282
第四节 先天性巨结肠症的治疗	283
第二十章 直肠肛管疾病	307
第一节 直肠肛管解剖生理	李 正 307
一、解剖	307
二、生理	313
第二节 直肠肛管损伤	王练英、李 正 315
第三节 其他直肠肛管及会阴骶部畸形	王练英、李 正 316
一、直肠重复畸形	316
二、先天性会阴裂和赘生物	317
三、潜毛窦、潜毛囊肿	318
四、尾状附属物	318
第四节 肛门周围脓肿、肛瘘、肛裂、痔	王慧贞 319
一、肛门周围脓肿	319
二、肛瘘	320
三、肛裂	323
四、痔	324
第五节 直肠脱垂	王练英、李 正 325
第六节 骶尾部畸胎瘤	李 正 329
第二十一章 先天性直肠肛管畸形	江泽熙 333
第二十二章 小儿便秘与肛门失禁	350
第一节 小儿便秘	王慧贞 350
第二节 肛门失禁	李 正 352
第二十三章 腹膜、大网膜疾病	361
第一节 腹膜炎	汪丽珠 361
一、原发性腹膜炎	362
二、继发性腹膜炎	364
第二节 肠系膜与大网膜囊肿	周蓉儿 365
一、肠系膜囊肿	366

二、大网膜囊肿	367
第三节 腹腔结核	张学衡·368
一、肠结核	368
二、肠系膜淋巴结结核	369
三、结核性腹膜炎	370
第四节 大网膜疾病	李恭才、顾建章·371
一、大网膜炎	371
二、大网膜扭转及梗死	372
三、大网膜粘连综合征	373
第二十四章 腹部血管淋巴系统疾病	374
第一节 腹主动脉及髂动脉瘤	季海萍·374
第二节 肠系膜淋巴结炎	周蓉儿·375
第三节 乳糜腹	汪丽珠·376
第四节 髂窝淋巴结炎	王修忠、李恭才·380
第二十五章 腹部损伤	李振东·384
第一节 腹部闭合性损伤	384
第二节 腹部开放性损伤	389
第二十六章 消化道出血	王修忠、顾建章·390
第二十七章 消化道异物	王修忠、李恭才·406
第一节 食管异物	406
第二节 胃、十二指肠异物	408
一、胃十二指肠咽下性异物	408
二、胃内毛粪石(胃石症)	408
第三节 肠道异物	409
第四节 直肠异物	410
第二十八章 腹部肿块	季海萍·411
第一节 肾母细胞瘤	411
第二节 腹部神经母细胞瘤	415
第三节 腹膜后畸胎瘤	418
第四节 腹腔内及腹膜后恶性淋巴瘤	419
第五节 先天性肾瘤	420
第六节 先天性肾积水及肾囊肿	420
一、先天性肾积水	420
二、孤立性肾囊肿	421
三、多房性肾囊肿	421
第七节 腹膜后淋巴管瘤	422
第八节 罕见的腹膜后肿瘤及囊肿	422
第九节 卵巢肿块	423
一、卵巢肿瘤	423

二、非赘生性囊肿	425
第十节 腹部肿块的鉴别诊断	425
第二十九章 腹内寄生胎	韩茂棠 430
第三十章 肝脏疾病	433
第一节 肝脏的解剖生理	江启俊 433
一、肝脏的胚胎发育	433
二、小儿肝脏的解剖特点	434
三、小儿肝脏的生理功能	436
四、小儿肝脏的外科特点	438
第二节 肝脏损伤	江启俊 439
一、肝损伤	439
二、损伤性胆道出血	441
三、新生儿肝破裂	442
第三节 肝脏感染性疾病	江启俊 442
一、细菌性肝脓肿	442
二、肝结核	444
三、肝包虫病	446
四、阿米巴肝脓肿的外科治疗	448
第四节 肝脏先天性发育异常	江启俊 450
一、分叶肝和异位肝组织	450
二、Riedel肝叶	451
三、肝叶萎缩	451
四、先天性肝囊肿	451
第五节 肝脏肿瘤	江启俊、季海萍 453
一、肝脏良性肿瘤	453
二、原发性肝脏恶性肿瘤	455
三、转移性肝脏肿瘤	458
第六节 肝叶切除术	江启俊、季海萍 458
第七节 小儿肝移植	江启俊 464
第三十一章 胆道系统疾病	陶文芳 470
第一节 胆道系统的解剖生理	470
第二节 先天性胆道发育异常	473
第三节 小儿外科性黄疸	475
一、阻塞性黄疸发生机理	475
二、新生儿期胆红素代谢的特点	476
三、较常见的小儿外科黄疸疾病	477
四、小儿外科性黄疸临床特点与诊断	477
五、常见小儿外科性黄疸的鉴别	479
六、特殊检查	480
七、小儿外科黄疸的治疗	481
第四节 先天性胆道发育不全	481

第五节	先天性胆道闭锁	482
第六节	先天性胆总管囊肿	493
第七节	Caroli病	501
第八节	急性胆囊炎	503
第九节	胆石症	505
第十节	原发性硬化性胆管炎	507
第十一节	急性梗阻性化脓性胆管炎	509
第十二节	胆道出血	512
第十三节	婴儿自发性胆总管穿孔	514
第十四节	浓缩胆栓综合征	515
第十五节	胆道肿瘤	517
第三十二章	脾脏疾病	冯家钧 518
第一节	小儿脾脏的解剖生理	518
第二节	小儿脾脏外科与免疫	520
第三节	脾切除适应证	521
第四节	脾切除术	522
第五节	脾脏损伤	523
第六节	脾脏罕见疾病	524
一、	脾脏海绵状血管瘤	525
二、	原发性血管内皮肉瘤	525
三、	脾脓肿	525
四、	游走脾	526
五、	脾囊肿	526
六、	脾包虫病	527
第七节	脾移植	527
第三十三章	胰腺疾病	529
第一节	胰腺的解剖生理	冯家钧 529
第二节	胰腺的发育异常	冯家钧 532
第三节	胰腺囊肿	冯家钧 533
第四节	胰腺损伤	冯家钧 535
第五节	急性胰腺炎	季海萍、冯家钧 537
第六节	小儿低血糖症的外科治疗	冯家钧、童尔昌 541
第七节	胰腺内分泌肿瘤	冯家钧、童尔昌 543
一、	胰岛素瘤	544
二、	促胃液素瘤	545
三、	胰高血糖素瘤	546
四、	其他胰腺内分泌肿瘤	546
第八节	胰腺癌	冯家钧、童尔昌 546
第九节	小儿胰腺移植	江启俊 548

第三十四章 小儿门静脉高压症	江启俊	552
第三十五章 横膈疾病	赖炳耀	564
第一节 食管裂孔疝		564
一、食管裂孔滑动疝		565
二、食管旁疝		568
第二节 先天性膈疝		569
一、胸腹裂孔疝		570
二、胸骨后疝		574
第三节 膈膨升		575
一、先天性膈膨升		575
二、获得性膈膨升		577

第一章 小儿腹痛

腹痛是小儿的常见症状，又是急腹症的主要表现。许多内科消化系统、呼吸系统、神经系统、泌尿系统、循环系统疾病以及新陈代谢疾病都可以伴有腹痛，需要鉴别并定性及定位。

一般将腹痛分为三大类：①起病急骤、腹痛明显，而且需要紧急手术治疗的外科急腹症。②无须紧急手术的腹部外科疾患。③引起腹痛，无须手术的内科疾病。

第一节 小儿腹痛的特点

(一)腹痛的性质

1. 持续性腹痛 这是炎性痛的特点。钝痛或隐痛由腹腔脏器过度膨胀牵拉脏层腹膜引起，如肝肿大，肝被膜受牵拉引起的右上腹钝痛。持续性的剧痛往往提示脏器有严重病变，如小肠扭转，也可以是炎症或出血刺激腹膜的表现。

2. 阵发性的绞痛 一般是腔道堵塞后管壁平滑肌强烈痉挛性收缩引起的。它可以反映出梗阻的程度，如肠道完全梗阻，肠内容物不能通过，则绞痛剧烈，且间歇时间短。

3. 持续性疼痛阵发性加剧 多表示炎症与梗阻并存。如在绞窄性肠梗阻后，同时具有血运障碍及肠腔梗阻，因而持续性腹痛与阵发性绞痛并存。胆道蛔虫可表现阵发性绞痛，一旦合并胆道感染后可出现剧烈的持续腹痛并阵发加剧。

4. 感应性痛 如阑尾炎早期，患者往往先感到上腹部或脐周疼痛。腹腔外器官的疾病亦可出现腹壁的牵扯性痛，像右肺下叶肺炎时引起的上腹疼痛。

就时间而论，分慢性腹痛及急性腹痛。前者可反复出现，有充分的时间进行检查和观察。但往往诊断困难，甚至剖腹探查后亦不能确定诊断。估计小儿慢性腹痛中80%以上为原发性肠痉挛所致，多认为这是一种过敏现象，但过敏原不易找到，此外精神因素也可引起。只有逐一排除器质性疾病，即肯定腹腔内无肿物、无炎性浸润、无压痛后才能作此诊断。急性腹痛因发病急剧，需要及时，而且正确地作出诊断及处理。外科急腹症包括以下几种病理类型：

(1) 急性炎症：如急性阑尾炎、美克尔憩室炎、急性胆囊炎等。这类病变起病比较缓慢，腹痛为持续性，开始较轻，以后逐渐加重。病变累及浆膜及腹膜时，疼痛定位，基本上长期固定于一处，提示病灶之所在。

(2) 急性穿孔：如外伤性肠穿孔、胃十二指肠溃疡穿孔、伤寒肠穿孔等。起病急骤，腹痛比较剧烈，腹膜炎迅速遍及全腹，腹痛持续，腹胀，全腹压痛，肌紧张，肠鸣消失，腹内常有游离气体和多量渗液。

(3) 外伤性腹内脏器破裂出血：如直接或间接暴力所致肝、脾及肠系膜血管破裂出血。有外伤史及出血性休克表现，腹膜刺激征明显，腹腔穿刺可抽出全血。

(4) 急性肠梗阻（先天性和后天性）：如肠闭锁，出生后不久即呕吐，呕吐物为奶

汁、胆汁或粪液，无排便。肠套叠、肠扭转等除有腹胀外，有腹部绞痛并阵发性加剧。

(5) 消化道大出血：胆道出血伴有绞痛，而门脉高压食管下端静脉出血可无腹痛。美克尔憩室出血时可仅有肠痉挛性腹痛。

(6) 脏器急性绞窄：包括卵巢囊肿蒂扭转，各种绞窄性肠梗阻，以及肠系膜急性栓塞。起病急，腹痛剧烈，为持续性疼痛并阵发性加剧。到晚期因血性渗液而出现腹胀，全腹压痛及肌紧张之腹膜炎表现。

外科急腹症大都以腹痛为最早出现或最主要的症状，急骤起病，剧痛，疼痛持续4小时以上。发热、呕吐均出现在腹痛之后，腹部有明显压痛、腹肌紧张，有时可摸到肿物。相反，假如发热或其他系统的症状最先出现，以后再出现腹痛者，则往往为内科疾患。内科疾病引起的腹痛往往程度较轻或不固定，不拒按，腹软、不胀、无腹膜刺激症状。

(二) 腹痛的机理

1. 内脏痛 腹腔内脏器官除受交感神经及副交感神经支配外，也具有感受器，能感受脏器的刺激，并将它转变为神经冲动，经内脏感觉神经传到中枢。一般认为传导腹内脏痛觉的第一级神经元的细胞体位于脊神经内，周围突主要沿交感神经分布至各脏器，中央突进入脊髓，与第二级神经元脊髓后角细胞形成突触，后角细胞发出纤维上升至丘脑，由丘脑发出的痛冲动，主要到达大脑的边缘叶。

内脏感觉神经虽然在形态结构上与躯体感觉神经大致相同，但仍有其固有特点：①内脏感觉纤维数目较少，其中细纤维占多数。内脏的痛阈较高，如在外科手术中挤压、切割或烧灼内脏时，病人并不感到疼痛。但如内脏器官过度膨胀、牵拉，平滑肌痉挛、缺血，而代谢产物积聚、炎性渗液等，刺激神经末梢则可产生内脏痛。②内脏感觉的传入途径分散，一个脏器的感觉纤维可经几个阶段的脊神经进入中枢。因此，一条脊神经可包含有几个脏器的感觉神经，所以内脏痛往往是弥散的，定位不够准确，一般集中在腹中线区呈钝痛或剧烈绞痛。③内脏的神经大部分是C纤维，具有原始的特点，对刺激的识别力差，缺乏识别刺激能力强的纤维。

2. 躯体痛 躯体痛的传入纤维分布于壁层腹膜、肠系膜、膈面等处，经脊神经感觉纤维传入脊髓后根，胞体是位于有髓后根神经节的双极细胞，中枢端止于脊髓后角。当传入纤维受炎症或其产物刺激，引起的疼痛分布于相应的脊髓神经所属区，因而这种疼痛呈持续性，定位准确，与病变内脏部位相符合，常伴有明确恒定的压痛和腹肌反射性痉挛以至强直。

3. 感应痛 当某内脏器官发生病变时常在体表一定区域产生痛觉过敏或痛感，称感应性疼痛。一般认为，传导该内脏痛觉的纤维和被感应的皮肤感觉神经共同进入一脊髓节段，在脊神经节及脊髓后角间关系密切，内脏痛觉可能直接激发脊髓躯体感觉神经元或提高其兴奋性。如右肺下叶肺炎并膈胸膜炎可引起右侧腹壁疼痛；急性阑尾炎早期病变未到达浆膜时，病人常感上腹部不适或疼痛。出现感应痛的同时，内脏痛依然存在，只是感应痛比较剧烈，定位明确。腹内脏器与皮肤感应区见表1-1：

(三) 腹痛的伴随症状：腹痛多不是孤立的，随原发病不同而有不同的伴发症状。

1. 发热 先有呼吸道感染如咳嗽，随后发热、腹痛，应考虑到胸膜炎、肺炎所致的牵涉痛。右上腹痛或上腹痛前数小时有发热，多是胆道感染。先有腹痛后有发热应考虑腹内有无炎症病变。

表 1-1 内脏皮肤感应区

内 脏	传 入 神 经	体表感应区
胃	内脏大神经	上腹部
小肠	内脏大神经	脐 部
阑尾	内脏大神经	右下腹
升结肠	腰交感神经链与主动脉前神经丛	下腹部与耻骨上区
直肠、乙状结肠	骨盆神经及其神经丛	会阴部肛门区
肝、胆囊	内脏大神经	右上腹及右肩部
肾、输尿管	内脏下神经及肾神经丛	腰部及腹股沟区

2. 恶心和呕吐 这可能是胃肠道管腔被阻塞、逆蠕动和积液反流所致。腹痛后即频繁呕吐，可能是肠梗阻，但早期的呕吐可能是反射性的，如小儿急性阑尾炎早期的呕吐。

3. 便秘、排便次数增加或粘液便 便秘因肠管不通、肠蠕动减弱或肠麻痹引起，如肠梗阻、腹膜炎等。排便次数增加或粘液便多见于盆腔脓肿、结肠直肠炎症。腹泻多是肠炎的表现。

4. 便血 婴儿阵发腹痛兼有果酱血便应立即想到肠套叠。多次带脓性粘液血便多为痢疾，同时伴有里急后重。

5. 泌尿系症状 腹痛伴有尿频、尿急、尿痛及血尿，应首先考虑泌尿系统疾病。

6. 腹块 肿块部位往往是引起腹痛的病变部位。腹痛时出现肿物，腹痛缓解后肿物减小或消失者，可能是痉挛肠管、胆总管囊肿、重复畸形等所致。

第二节 腹痛的物理检查

小儿对检查具有恐惧心理，医生应该和小儿和蔼地交谈、逗耍，以消除陌生感。腹部检查应有程序、有步骤地进行，同时不可忽视对其他器官的检查。

(一) 一般情况 应注意面色、表情、体位、精神状态、呼吸、体温、脉搏、血压等。儿童可以描述腹痛的经过和部位，面部亦有痛苦的表情。婴幼儿存在长时间的高声啼哭、不安、烦躁、扭动、呼吸粗、腿弯向腹部、拒绝进食者，可以怀疑存在腹痛。注意小儿是否面色苍白、脱水、舌苔干厚、体温升高、脉搏加快及精神萎靡、反应淡漠等。体位对于诊断有无腹膜炎有价值，此时患儿拒按腹部，因变动体位而哭闹。剧烈腹痛、辗转不安，常变换体位者多为肠梗阻或肠痉挛所致。

(二) 视诊 注意腹部形态是否正常平坦，左右上下是否对称，有无局部隆起，有无腹胀、肠型及蠕动波、腹式呼吸动作有无限制、两侧是否一致。

(三) 触诊 腹部检查触诊居首要地位。检查仓促、不仔细、不加思索或仅作一次触诊是引起误诊或漏诊的主要原因。小儿一般采用仰卧位，双腿屈起并略分开，以便使腹肌放松，医生立于患儿右侧，随时观察患儿面部表情。扪诊时用所有手指，而不是用指尖，并且应从健康部位开始，逐渐移向病变区域。一般从左下腹部开始，逆时针方向对腹部各区进行触诊，同时应嘱患儿张口呼吸，使腹肌松弛，便于获得阳性体征。

婴幼儿最好由母亲哄着孩子或抱着喂奶,医生从侧面或背面轻柔、缓慢地进行触诊,反复比较各部位的反应。如患儿哭闹,医生可以手轻触腹部,随患儿呼吸动作的起伏,当患儿啼哭换气的瞬间,手指加压扪诊。如小儿有压痛,手指可感受腹肌紧张。多次尝试得不到明显结果时,尚可由母亲试拿小儿的手触摸腹部,如有疼痛,孩子会将手缩回。或者由母亲的手轻压小儿腹部,观察小儿表情。最好能在小儿睡眠时再检查几次,必要时给予镇静剂,待小儿入睡后进行触诊更为可靠。

触诊的目的是了解腹肌的紧张度,有无压痛、反跳痛,有无包块以及肝、脾大小。先作浅层扪诊,观察有无痛觉过敏,初步确定压痛的部位。有阑尾炎、胆囊炎时,在相应的皮肤区可以发现感觉过敏现象。中层检查时注意腹肌的紧张、压痛、反跳痛及有无肿物。深层检查时手慢慢压向后腹壁,注意有无深在压痛及包块,必要时前后腹壁双合诊。如有包块,要检查其部位、形态、大小、表面、边界、质地、压痛、活动度及有无震颤等。

(四)叩诊 为了解肠道充气情况,判断腹腔内有无积液或肿块及其大小,以及判别肝脾浊音区的改变或肾区有无叩击痛等,常需仔细叩诊。要注意鼓音、浊音的分布部位,推测腹内有无游离液体、游离气体。

(五)听诊 注意肠鸣音是否亢进、减弱甚至消失,有无特殊的高调气过水声或叮铃声。至少听三分钟以上未闻肠鸣音才能认为肠鸣音消失。

(六)直肠指检 是体检的最后步骤,主要是寻找盆腔有无压痛区,有无炎性肿块或肿瘤,以及观察指套上有无粘附血液、粘液或脓液。有时可采用直肠腹部双合诊。

(七)其他检查 血、尿、便的常规检查必不可少。白细胞计数及分类检查可提示有无感染及感染的严重程度,尿常规有助于区别腹疼是否由泌尿系感染引起,粪常规是诊断肠炎、痢疾及便血疾患的重要佐证。

根据病情及诊断需要,可进行X线透视或摄片、胃肠道钡剂造影、腹腔穿刺、诊断性腹腔灌洗等检查。近年来随着医学影像学的进展,疾病的诊断率有了很大提高。B型超声检查已很普及,其他尚有腹腔镜、CT、核扫描、核磁共振、选择性血管造影、数字减影血管造影等。这些检查或者具有一定的创伤性,或者价格昂贵,在选择应用时既要考虑病情的迫切需要,又要考虑患者的经济承受能力。

第三节 腹痛的临床分类

一、腹内原因

(一)胃肠道

1. 肠绞痛 是由于肠壁平滑肌强烈收缩引起的阵发性腹痛,为非特异性的症状,在小儿急性腹痛中最为常见。常发生于几个月的婴儿,以较长时间的用力啼哭为特点。绞痛在开始时突然发作,小儿脸色变红、腹胀、手臂和小腿贴向自身,持续啼哭,无法使其停止。如使之温暖,可稍好转。有时患儿突然大声哭号,可持续数十分钟,四肢乱动、出汗,甚至面色苍白。腹部检查无固定压痛点、无腹肌紧张、无包块。有时能摸到索条状痉挛的肠管,在发作停止时消失。绞痛可偶尔发生,也可经常发生。

某些因素可以是病因。如喂食技术上的错误:大小不合适的奶嘴孔,不正确的奶瓶