



孩子生病,往往是父母最头疼的事,即使是感冒发烧这样的常见病,也会让家长十分紧张。倘若出现急症,那就更让家长担心了。在儿童急症中,急腹症是儿科最常见的急症。儿童急腹症属于急性炎症,患儿会出现恶心呕吐的症状,也会有患儿因肚子疼痛而哭闹不止,并且对患儿的饮食也会造成影响。因此,熟悉了解儿童急腹症,对家长而言至关重要。今天,市妇幼保健院的医生就来给大家介绍一下儿童急腹症的相关知识,希望对各位家长有所帮助。

不可忽视的儿童急腹症

■ 市妇幼保健院医学影像科 杨小刚

什么是急腹症

急腹症是医院急诊科最常见的一系列疾病的总称,泛指需要紧急处理的各类腹部疾患,常以急性腹痛、腹胀、呕吐等为主要临床表现,病情复杂多变,来势凶猛,尽早明确诊断是诊治的关键。引起急腹症的病因多种多样,大多数急腹症患者可以通过影像学检查的X线平片得到明确诊断,但有些患者需要做透视造影和CT等进一步检查来明确诊断。这一类疾病的病理改变包括炎症、梗阻、穿孔和出血。儿童急腹症是指儿童腹腔脏器发生急性炎症,如不及时诊治,后果十分严重,所以家长一定要引起重视。患上小儿急腹症,有可能是肠套叠、嵌顿疝、急性阑尾炎等疾病所致。出现呕吐、酱红色大便等症状时,一定要考虑孩子是否患有肠套叠;如果皮肤颜色发生改变,应怀疑是否患有嵌顿疝。

不同年龄段儿童的急腹症表现

不同年龄段的儿童,急腹症的表现也不同。新生儿多数是因先天性畸形所致急腹症,如先天性胃壁肌层缺损、肠闭锁、肠狭窄、胎粪性腹膜炎、肠旋转不良、先天性巨结肠等;婴幼儿则常见急性坏死性小肠结肠炎、肠套叠等;随着年龄的增长,儿童急腹症的表现会逐渐与成人急腹症类似,常见有阑尾炎、绞窄性疝、肠梗阻和腹部创伤。

儿童急腹症的检查方法

对于急腹症,影像检查是最常用的检查手段,具有安全无创、简便实用、诊断准确性高的优点。对疑有急腹症的患儿,通常需要先做普通X线检查,常规体位包括仰卧位和立位,必要时需做侧卧位检查。仰卧位便于观察腹腔内肠管的全貌;立位可清楚观察肠腔气液面;侧卧位可观察直肠内的气体。怀疑患儿为肠梗阻时,要明确梗阻是否为完全性。若怀疑患儿有气腹现象,可叠加水平侧位投照检查,能清楚观察到少量气腹的迹象,同时也可观察到腹腔及肠管内是否有气体和液体。若怀疑患儿有肠套叠现象,应进行空气灌肠,既能诊断,又有助于复位治疗。

儿童急腹症的症状

消化道穿孔

这是小儿常见急腹症之一,新生儿相对多见,包括自发性、炎性、肌层缺损、创伤及医源性等原因,常见的有胃壁肌层缺损、急性坏死性小肠结肠炎、胎粪性腹膜炎、先天性巨结肠等。临床主要表现为腹胀、呕吐、呼吸困难等,X线是发现和诊断消化道穿孔的首选方法,常规要行立位、卧位、水平侧位摄片检查。主要X线征象(在不同体位下,穿孔后的气从胃肠里跑出来进入腹腔形成的不同征象)有:新月征、足球征、镰状韧带征、铅笔征(或称Rigler氏征)、黑三角征

等。需要注意的是,不是所有的消化道穿孔均会出现气腹征,大约70%~80%的消化道穿孔患儿会见到此征象。因此,多次复查对诊断至关重要。不同部位的消化道穿孔影像表现略有差异,CT检查对于腹腔内微量的游离气体显示明确,但由于辐射问题,限制了其在小儿胃肠道穿孔诊断上的应用。

肠梗阻

这也是小儿常见的急腹症之一,病因包括:1.先天性畸形,如:肠闭锁或狭窄、肠旋转不良、先天性巨结肠。2.后天继发性肠梗阻,如:肠粘连、肠扭转、蛔虫、肠炎、肠套叠、内外疝等。

先天性肠闭锁、肠狭窄:临床表现为出生后呕吐、腹胀、不排胎粪或胎粪排出减少等,X线表现依梗阻部位高低而异,常规需进行立、卧位摄片检查。为明确梗阻部位,还需进行消化道造影检查。肠狭窄严重者与肠闭锁改变类似,轻者表现为不完全性梗阻。

往往有些疾病可能会有几个不同症状同时出现的情况(同病异影或同影异病),比如急性阑尾炎、急性胆囊炎与胆石症以及急性胰腺炎三种急腹症。

急性阑尾炎的三大典型症状是腹痛、呕吐和发热,但在婴幼儿时期,这三大症状往往是不同疾病的共同表现,不但特异性差,而且常因患儿不合作而使得临床诊断不清晰。据统计,小于12岁的儿童首诊漏诊率高达28%以上,而小于2岁的儿童首诊漏诊率则高达100%。影像学诊断一般应用普通X线或B超检查。X线诊断一般采用腹部平片,对于个别诊断困难的病例,也可选用钡剂灌肠或钡餐检查,腹部平片以左侧卧水平位最有诊断意义。CT检查,对确诊急性阑尾炎有重要作用,儿童的疑难病螺旋CT是确诊或排除急性阑尾炎的主要手段,据文献报道,其准确性为94%~99%。

急性胆囊炎与胆石症往往互为因果而伴发,发病早期常有恶心、呕吐的症状,当炎症影响到胆总管后,会出现高热、寒战的症状。同时,黄疸发生率也会明显增加。这种急腹症X线腹部平片常见征象有:1.反射性肠郁积征象;2.肠管半月状弧形压迹;3.肿大的胆囊影;4.胆结石影;5.胆囊及胆管充气;6.腹膜炎刺激征象。

CT检查的表现有:胆囊增大,长径>5cm,胆囊壁增厚>3mm,其壁与胆囊窝及周围肝脏界限

模糊或出现低密度环,这是由于胆囊壁的炎性水肿、充血或肝组织的继发性水肿所致。胆囊脓肿表现为胆囊增大,呈软组织密度,其内密度不均,如化脓性胆囊炎穿孔,其胆囊窝会形成有液平面的脓肿。

急性胰腺炎在儿童身上虽少见,但却不罕见,并且病因常涉及多个系统疾病,较常见的包括:脓毒血症、休克、病毒感染、钝器伤、代谢性疾病等病因。做腹部平片检查时,无特异性。若做CT检查,不仅可以诊断胰腺炎,还可以早期诊断感染性和非感染性胰腺坏死,在术前对胰腺的坏死和胰外侵犯的程度都可以如实反映。同时,CT检查还是判断急性坏死性胰腺炎预后的一种标准,因此,CT检查对急性胰腺炎的诊断价值优于超声检查。

临床上通常将急性胰腺炎分为水肿型和出血坏死型2种类型。常用影像学检查方法有CT检查及超声检查。

急性胰腺炎的CT表现:

1.急性单纯性胰腺炎:此类患者临床上大都属于轻型,病变较轻,10%~20%病例CT无阳性表现。其余病例均有不同程度的胰腺体积增大,且常为弥漫性,少数可局限于胰头,形似胰头肿瘤。胰腺密度表现为正常或轻度下降,密度均匀或不均匀,若密度不均匀,系胰腺间质水肿所致。胰腺轮廓表现为清楚或模糊,渗出明显的,除胰腺轮廓模糊外,还伴有胰周积液的情况。

2.急性出血坏死性胰腺炎:①胰腺体积常明显增大且为弥散性。②胰腺CT值低于正常胰腺,坏死区域的CT值更低,而出血区域的CT值则高于正常胰腺。③胰腺炎时,包膜往往水肿、增厚;当胰腺发生坏死或包膜下积液(脓),包膜即被掀起,厚度为1mm左右。④胰周表现为脂肪坏死和积液,病变范围和程度变化很大。胰周或胰腺外积液有一定的规律性,小网膜囊积液最为常见。

如何预防儿童急腹症

1.合理喂养最关键。给婴儿添加辅食时应循序渐进,少量多次,不要操之过急。遇到夏天炎热情况,则应暂停添加辅食。喂奶后注意轻拍婴儿背部,以排出胃内气体。婴儿哭闹时不要进食,防止咽下过多的气体。养成好的饮食规律,一日三餐定时定量,少喂食过于粘稠、过硬的食物。饭后不宜做剧烈的活动。合理喂养,宝宝可大大降低患肠套叠的可能性。

2.避免腹泻。尤其是秋季腹泻,平时注意饮食卫生,防止病从口入引起的肠道感染,发生腹泻及时治疗。

3.注意天气变化,及时增减衣物,不去人员密集的地方,预防感冒;注意保暖,特别是腹部的保暖。

4.如出现反复肠套叠,一定要检查有无肠道炎症、息肉、肿瘤等疾病,要积极治疗。

总之,当儿童出现急腹症的症状时,建议家长及时带儿童到医院检查,明确原因后对症治疗。在疾病发作期,尽量让儿童禁食、禁水,稳定期则以细软的食物为主。

妈妈~我肚子疼,快来看看我

