

2014

每週案例選粹

-201420

腹痛合併嘔吐的孩子們，影像大考驗

臺大醫院急診醫學部/NTUH-ED



【前言】

腹痛合併嘔吐，是兒童急診常見的主訴。經過病史詢問與理學檢查，大部分的病童可以得到初步診斷與適當的治療。還有一部分的孩子，可能會被安排腹部 X 光(KUB)的檢查。在忙碌的急診室裡，如何在有限的時間內，配合臨床資訊與腹部 X 光的檢查結果，迅速地為病人做出正確的 **disposition**，是在兒科急診重要的學習項目。

本月兒科線上案例，特別提出三位病人的腹部 X 光影像，請大家嘗試從基本臨床資訊，與 X 光影像，幫病人做出適當的初步診斷與動向決定。



【案例 A】

6 歲男童，主訴三天來有陣發性腹痛，並且不時地嘔吐。嘔吐物皆是食物和水，無血絲、血塊或是膽汁。今天覺得呼吸有點喘不過氣來，故前來急診就診。

生命徵象：Blood Pressure: 110/86mmHg, T/P/R: 36/200/30, SpO₂: 95%

KUB

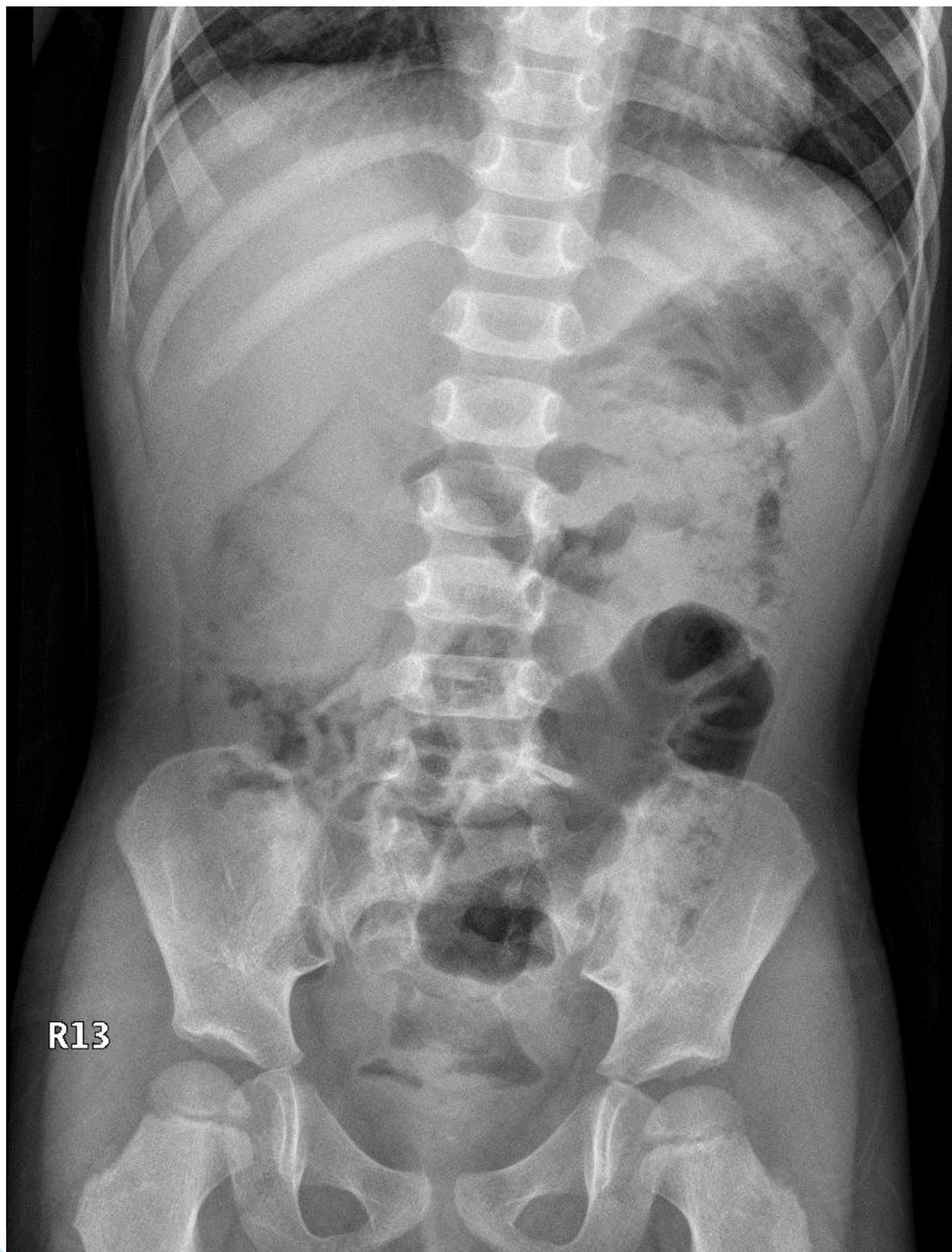


【案例 B】

4 歲男童，主訴昨天下午開始陣發性地腹痛，今天下午有噁心感，並有一次的嘔吐。並無發燒、腹瀉或其他合併症狀。平日排便的狀況正常，糞便性狀偏硬，昨日腹痛後開始至今未解便。

生命徵象：Blood Pressure: 134/89mmHg, T/P/R: 36.9/93/27, SpO₂: 97%

KUB



【案例 C】

3 個月大的男童，主訴昨天下午開始食慾不佳，嘔吐了兩次，嘔吐物為奶塊，無膽汁或血絲在內。小朋友沒有發燒，大便糊軟並帶有一些黏液。爸媽覺得小朋友活動力明顯變差，並且已經 8 小時沒有尿尿了。

生命徵象：Blood Pressure: 檢傷未測得, T/P/R: 37/161/36, SpO₂: 檢傷未測得

KUB



【案例 A】

【影像暨臨床資訊判讀】

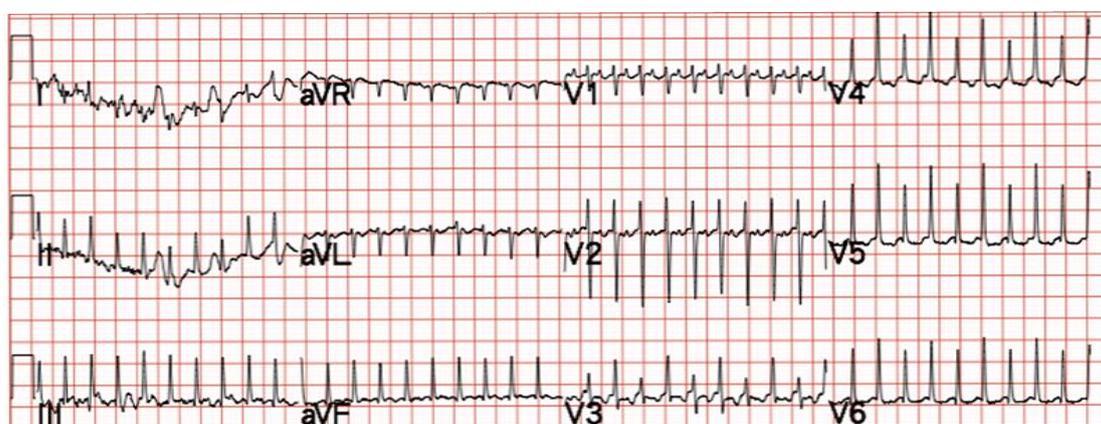
KUB 中腸氣分布並無明顯腸阻塞現象。除有些非特異性分布的小腸氣外，橫結腸，降結腸，乙狀結腸乃至直腸的腸氣皆清晰可辨，同時可觀察到腸內有許多糞便物質。X 光中骨骼結構正常，腹腔與骨盆腔內也無其他特殊的異常影像。

兩側下肺區的肋膈角(costophrenic angle, CP angle)皆明顯變鈍，由此可推測兩側肺部可能有積水的現象。故需進一步安排胸部 X 光檢查。

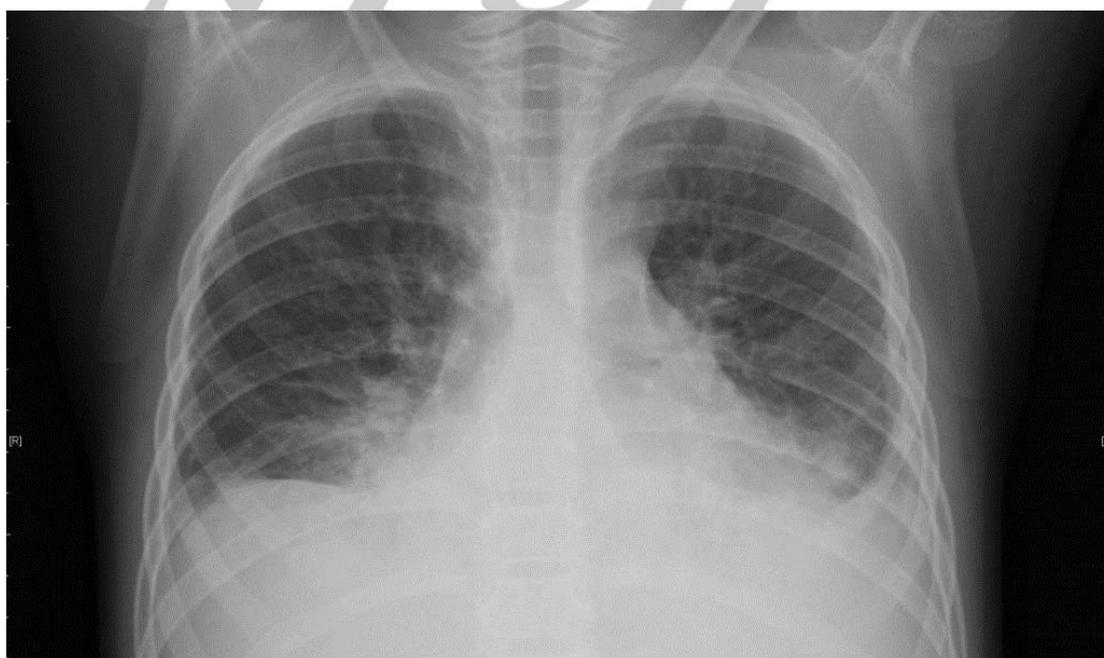
配合臨床資訊，6 歲的年紀心跳高達 200bpm，此時需懷疑病患為心律不整，依照 PALS 流程，穩定病患 ABC 後，可進一步安排 12 導程心電圖以分辨心律。

後續檢查結果：

12 導程心電圖



胸部 X 光



【後續病程】

病患經施打 adenosine 後，心律回復至竇性心律，腹痛與嘔吐的症狀也立即得到緩解。住院後經心臟衰竭相關治療藥物後，臨床狀況穩定，後續於心臟科醫師門診追蹤心律不整之問題。

【最後診斷】

- 1.上心室頻脈(supraventricular tachycardia)併心搏過速心肌症(tachycardia induced cardiomyopathy)
- 2.急性心臟衰竭



【案例 B】

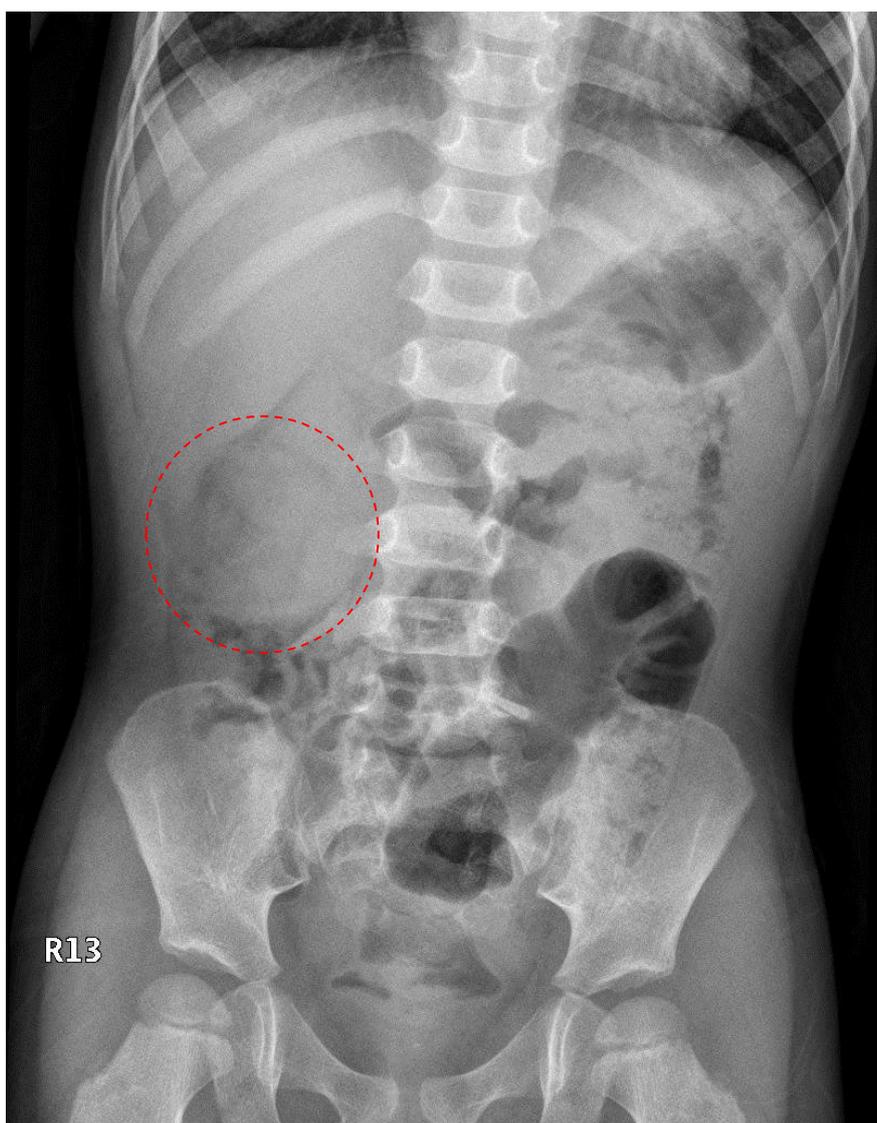
【影像暨臨床資訊判讀】

KUB 中，降結腸與直腸腸氣皆可辨出，但是較近端的結腸氣則無法辨識。右下腹區可觀察有較多的小腸氣聚集，但也無明顯的腸阻塞現象。右上腹區可見，除了肝臟與腎的輪廓之外，有一個多出來的陰影，配合病患間歇性腹痛的症狀，故安排床邊超音波檢查，進一步排除腸套疊，或腹腔內腫塊的可能性。

【後續病程】

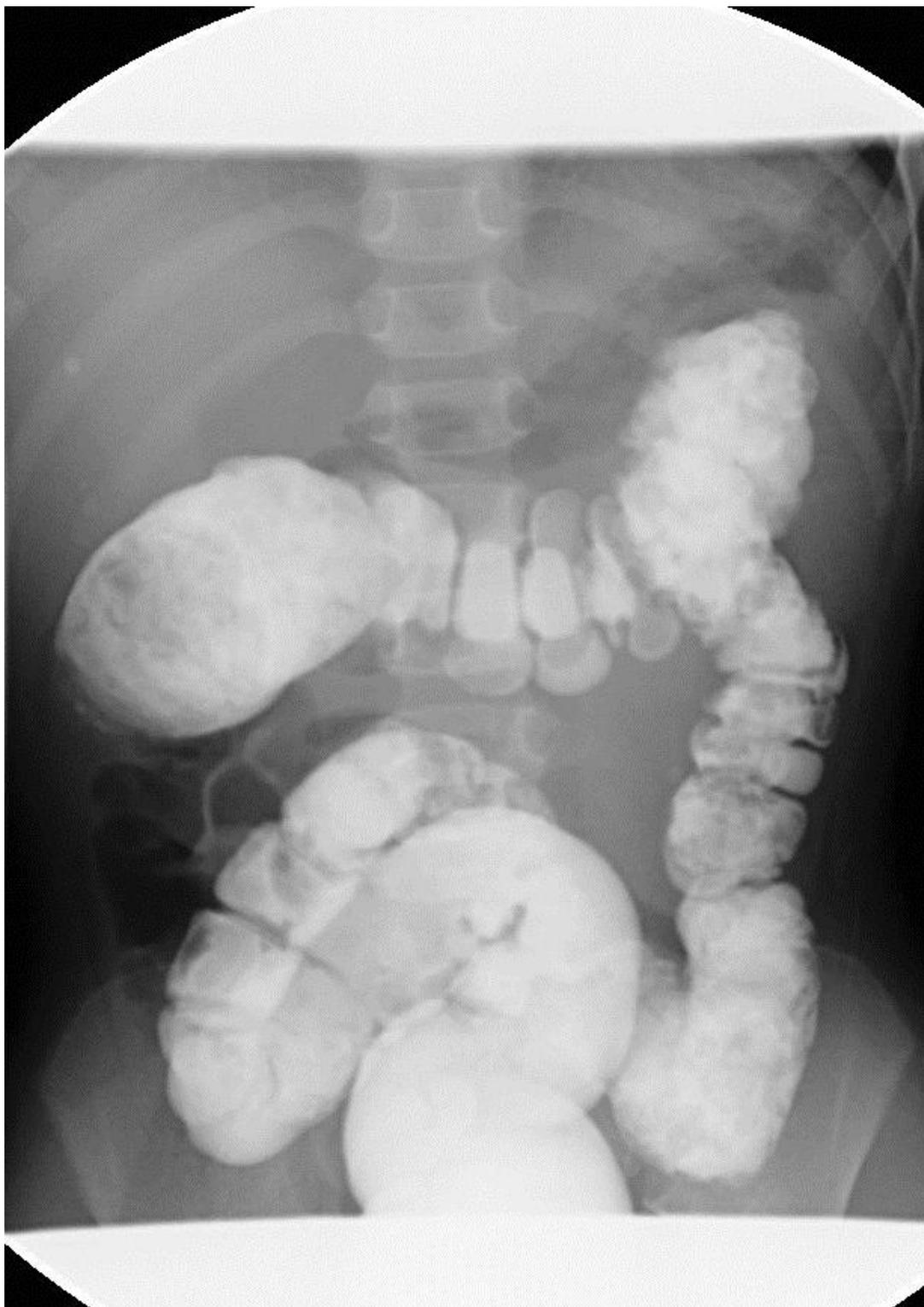
床邊腹部超音波，在右上腹區，發現一病灶符合 pseudokidney sign 與 target sign，因此初步診斷為腸套疊，故照會影像科安排鋇劑灌腸。經影像科檢查確診為腸套疊，並順利灌腸復位，病人留院觀察一天，無復發之腹痛或嘔吐等現象，順利出院回門診追蹤。

KUB



R13

鋇劑灌腸



【最後診斷】

腸套疊，經鋇劑灌腸復位術後

Intussusception, ileo-colic type, status post successful reduction

【案例 C】

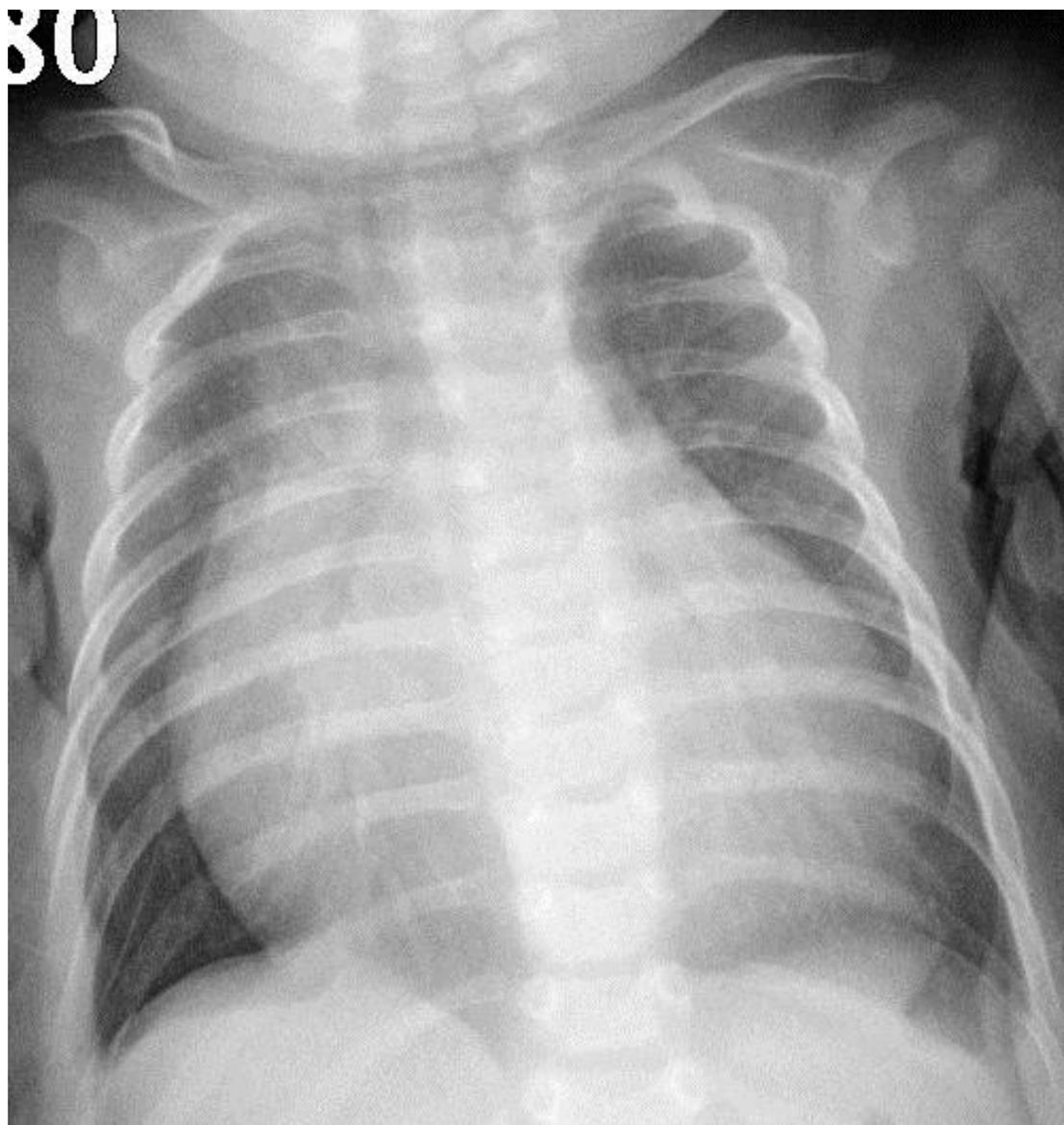
【影像暨臨床資訊判讀】

KUB 可見，腸氣為非特異性之分布，並無明顯腸阻塞或是游離氣體(free air)之證據。另可見心臟有非常明顯的擴大的情形，故需安排胸部 X 光與其他相關檢查以做進一步評估。

再配合病患臨床資訊，病患的活力不佳，尿量減少，皆可能是病患休克的證據。檢傷未量測得病患的血壓與血氧，可能不單純是因病患躁動無法配合，而是病患低血壓與週邊組織灌流不足所造成的結果。

後續檢查結果：

胸部 X 光



【後續病程】

病患於急診初部穩定生命徵象後，轉入兒童加護病房。照會小兒心臟科醫師，心臟超音波檢查發現病患左心室與左心房嚴重擴張，LVEF<20%，左心室壁無肥厚之現象，而左右冠狀動脈皆由正常位置分支出來，診斷為擴張性心肌病變併急性心臟衰竭。病患在加護病房中接受心臟衰竭相關治療與強心劑的支持下，狀況逐漸穩定，後順利回到門診追蹤。

【最後診斷】

- 1.擴張性心肌病變
- 2.急性心臟衰竭



【本週案例學習重點】

練習兒童腹部 X 光檢查之判讀，並須配合臨床表現及理學檢查，並注意判讀之盲點，以求評估之完整性。



【參考文獻】

1. Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 6th edition, 2010, Gary R. Fleischer et al, Ch. 49, Pain-Abdomen.

