

· 临床研究报道 ·

腹泻病并肠套叠临床特点分析

郑启安¹, 王子敬¹, 张伯秋¹, 王强², 黄文红¹

(1. 福建省妇幼保健院儿科, 福建 福州 350001; 2. 长乐市潭头镇卫生院, 福建 长乐)

[摘要] 目的 分析小儿腹泻病并发肠套叠临床特点, 了解与早期诊断有关的临床表现。方法 回顾性分析 20 例门诊及住院确诊为腹泻病并发肠套叠患儿的临床资料。结果 婴幼儿腹泻病与肠套叠临床表现有许多相似处, 均可有大便带血、腹痛、呕吐等, 但二者仍有一定的不同, 后者腹痛较剧(65%), 面色苍白多见(50%), 以血便为主(70%), 或在腹泻病程中突然腹胀加剧、呕吐变频(60%)。结论 提高对该病的警惕性, 对小于 2 岁的腹泻病患儿, 如出现上述可疑肠套叠表现, 即可先摄腹部直立位平片以协助诊断。

[关键词] 腹泻病 肠套叠

[中图分类号] R574.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2002)01-0069-01

小儿肠套叠是儿外科常见的急腹症, 大部分患儿具有典型的临床表现, 诊断一般不难, 但部分病例与某些内科疾病继发或并存, 给诊断带来一定的难度。本文就我院 1990~2000 年门诊及住院诊断腹泻病并发肠套叠的婴幼儿临床特点作一分析, 以提高对该病的认识。

1 临床资料

1.1 一般资料

共 20 例, 男 16 例, 女 4 例, 年龄 < 1 岁 15 例(75%), 1~2 岁 5 例(25%), 发病季节: 一年四季散发。

1.2 临床表现

所有患儿在肠套叠发生前均有腹泻, 腹泻病程 < 2 d 5 例(25%), 2~4 d 14 例(70%), 1 例达 5 d(5%)。腹泻粪便性状为稀便占 14 例(70%), 余 6 例均为粘液稀便或粘液血便, 其中 1 例粪培养有福氏痢疾杆菌生长。腹泻时伴发热 8 例, 伴呕吐 6 例, 腹痛 5 例, 所有病例均有轻~中度脱水表现。发生肠套叠后有 8 例转为血便, 出现烦躁(腹痛) 13 例, 面色苍白 10 例, 呕吐加剧或出现呕吐 12 例, 腹部可扪及包块 5 例。

1.3 诊断

所有病例均经钡剂或空气灌肠或手术证实。

2 讨论

肠套叠的病因尚未完全明了, 一般认为与婴幼儿的肠管、肠系膜相对较长, 回盲部尚未固定, 活动度较大及某些诱因导致肠蠕动功能紊乱有关。肠套叠分为原发性和继发性两类, 约 95% 小儿肠套叠是原发的, 5% 继发于美克尔憩室、息肉、肿瘤等病变^[1]。典型的肠套叠诊断一般不难, 但腹泻病并发肠套叠, 由于其原发病的存在, 致其后出现的肠套叠临床表现易被忽视或被原发病症状所掩盖而造成漏诊。因这些患儿均就诊于儿内科, 如不能及时确诊, 延误治疗, 其后果甚为严重。

婴幼儿期为肠蠕动规律处于较大变化时期, 易发生肠蠕动紊乱^[2]。而腹泻时更易诱发肠蠕动紊乱而引起肠套叠。总结本组患儿的临床表现有以下特点: ①发病年龄多为婴幼儿, 本组婴儿占 75%, 幼儿占 25%, 此与肠套叠的好发年龄一致; ②肠套叠多发生在腹泻后 2~4 d; ③细菌性肠炎与肠套叠临床表现相似, 极易混淆^[3], 二者都有大便带血、腹痛、呕吐、烦躁等, 但前者大便次数频繁, 且有大量粘液脓血, 有里急后重感, 常伴发热, 而后者腹痛较剧, 如为婴儿可表现为阵发性哭吵, 或面色苍白、精神萎靡, 大便次数少, 以血便为主, 少有粘液, 典型病例腹部可扪及包块。本组 1 例患儿, 因发热 3 d, 排粘液

(下转第 71 页)

[收稿日期] 2001-06-22; [修回日期] 2001-09-15
[作者简介] 郑启安(1955-), 男, 大学, 副主任医师。

制下降和返流物对食管粘膜的攻击是 GERD 的主要发病机制。过多的返流物刺激食管上皮,破坏上皮层的保护机制,酸、胃蛋白酶、胆盐以及胰酶等有害物质损伤食管粘膜,使食管粘膜充血、肿胀以及炎性渗出,造成返流性食管炎。在婴儿和儿童过多的返流,易继发呼吸道感染,并发缺铁性贫血及发育障碍。

在临床诊治过程中,较多慢性胃炎患儿发现有返酸、烧心、呕吐以及呼吸道并发症等胃食管返流病的一系列表现。众多研究已证实幽门螺杆菌感染是小儿慢性胃炎的主要病因。但幽门螺杆菌在小儿 GERD 中的作用尚不十分清楚,Hp 感染和 GERD 的关系一直有较大的争议。闻德亮等^[3]报道幽门螺杆菌感染致慢性胃炎患儿胃食管返流发生减少,而有文献则报道^[4]Hp 感染与 GERD 之间并无明确关联。本研究结果显示,慢性胃炎伴 GERD 患儿 Hp 感染阳性率低于不伴 GERD 的慢性胃炎组,两者差异有显著性意义($P < 0.05$),说明 Hp 感染有可能减少慢性胃炎患儿胃食管返流病的发生。

导致慢性胃炎患儿胃食管返流减少趋势的原因可能与 Hp 感染可导致胃肠激素的变化有关。胃泌素是与人类胃肠功能关系密切的胃肠激素,是由胃窦、十二指肠近端粘膜中的 G 细胞分泌,具有促进

胃酸分泌,增加食管下端括约肌张力,刺激胃肠运动、胃窦收缩等生理作用。闻德亮等^[3]通过幽门螺杆菌相关性胃炎患儿血清胃泌素水平测定证实 Hp 感染可导致血清胃泌素水平增高。且有研究显示^[5]Hp 在慢性感染期可导致血清胃泌素分泌增高,胃酸分泌高,根除 Hp 则胃泌素分泌恢复正常。Hp 感染后胃泌素分泌增加,食管下端括约肌张力增高,胃肠运动及胃窦收缩增强,使发生胃食管返流的趋势减少。

[参 考 文 献]

[1] 中华儿科杂志编委会. 小儿慢性胃炎、消化性溃疡胃镜诊断标准(试行) [J]. 中华儿科杂志,1996, 34(5):296-297.
[2] 中华医学会消化内镜学会. 返流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行) [J]. 中华内科杂志,2000, 39(3):210-210.
[3] 闻德亮,吕庆杰,张惠,等. 幽门螺杆菌相关性胃炎患儿的食管胃 PH 监测及部分胃肠激素研究 [J]. 中华儿科杂志,1998, 36(8):482-484.
[4] Oberg S, Peters JH, Nigro JJ, et al. Helicobacter pylori is not associated with the manifestations of gastroesophageal reflux disease [J]. Arch Surg, 1999, 134(7):722-726.
[5] 吴叔明,萧树东. Hp 与功能性消化不良. 见 胡伏莲,周殿元,贾博琦. 幽门螺杆菌感染的基础与临床 [M]. 北京:中国科技出版社,1997, 239-252.

(本文编辑 吉耕中)

(上接第 69 页)

血便 2 d 入院,入院后第 2 天出现腹胀、精神萎靡,但无呕吐、烦躁、腹部包块,摄腹部直立位 X 线平片示肠梗阻,即请外科会诊后确定诊断,转外科治疗。该例粪培养为福氏痢疾杆菌生长;④单纯腹泻病一般仅为排稀便或稀水样便,轻重不等的脱水,烦躁不剧,多无腹胀,但患儿如在腹泻病程中突然出现烦躁不安、面色苍白,或腹胀突然加重,或转为停止排便、排气、呕吐变频,或大便转为血便,都应考虑并发外科急腹症的可能,随着肠套叠时间的延长,上述的症状也由不典型逐渐转向典型。本组有 14 例患儿属上述情况,其中首先出现烦躁不安,继而出现其他肠套叠症状的患儿较为多见。

肠套叠发现越早,越有利于治疗,常可通过非手术复位,如诊断过晚,则增加了治疗的难度,甚至可导致死亡。因此,需要临床医师对该病有高度的警惕性,对腹泻病患儿,年龄小于 2 岁,只要出现上述

可疑肠套叠表现,即可先行摄腹部直立位 X 线平片,如提示肠梗阻,应即请外科医生会诊,以最后确定诊断。

综上所述,腹泻病并发肠套叠虽不常见,且有关文献报道亦少,但由于其疾病过程的特殊性,家长对疾病理解的有限性,一旦延误诊断甚至漏诊,其后果甚为严重,故本文将该病的临床表现作一总结,以期引起儿内科医师的关注。

[参 考 文 献]

[1] 赖炳耀. 小儿急性肠套叠诊治经验与教训 [J]. 新医学,1985, 16(5):235-236.
[2] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学(上册) [M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,1996, 1278-1282.
[3] 张从杰. 小儿肠套叠误诊 14 例分析 [J]. 中国综合临床, 2000, 16(2):155.

(本文编辑 吉耕中)