

· 临床经验 ·

儿童溃疡性结肠炎 32 例内镜及临床特征分析

赵红梅,游洁玉,张爱莲

(湖南省儿童医院消化内科,湖南 长沙 410007)

[中图分类号] R574.62 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)03-0391-02

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC),是一种原因不明以结肠黏膜和黏膜下层炎症反应为特点的慢性炎症反应性疾病。我院于2002年5月至2007年5月,5年间共行结肠镜检查3 948例,其中32例临床表现、结肠镜所见以及组织学检查符合UC诊断标准,占结肠镜检查总数的0.81%,本文对32例UC的临床特征,内镜下病变特征及组织学改变进行总结和分析。

1 一般资料

我院2002年5月至2007年5月,经临床、结肠镜及组织学特征诊断UC 32例。男15例,女17例,年龄2月至14岁,平均5.3岁。其中≤10岁者17例。首诊时病程53 d至3年,最小发病年龄为生后2月。

以OlympusCFX230、CFX670结肠镜检查,并多部位取黏膜标本进行病理组织学检查。诊断按照2000年中华医学会消化病学分会制定的对溃疡性结肠炎的诊断治疗规范建议^[1],参考江米足^[2]对青少年儿童炎症性肠病诊断指南(波尔图标准),所有患儿均连续2次以上大便培养及寄生虫全套检查,PPD皮试,组织切片抗酸染色找细菌排除感染性肠炎,肠道寄生虫感染及肠结核。

2 结果

2.1 临床表现

腹痛18例(56.3%),慢性腹泻8例(25.0%),呈黏液脓血便4例(12.5%),单纯便血2例(6.3%)。伴营养不良3例,贫血2例,排便后腹痛2例,四肢关节痛1例。不同年龄的临床特征:≤10岁者腹痛10例,慢性腹泻2例、黏液血便3例,单纯

便血2例;≥10岁者,腹痛、黏液血便8例,其中伴有贫血、营养不良和关节痛1例;余黏液脓血便及腹泻7例,未见单纯便血。

2.2 内镜检查结果

32例中17例在静脉全麻下进行,无1例出现不良反应。其余患儿均肌注阿托品后能经过安抚或必要时予以安定(0.3 mg/kg)镇静后均能顺利完成肠镜检查。

32例中28例肠镜送达回盲部,部分达回肠末端,余达横结肠以上。结肠镜下病变均呈连续性分布,充血、水肿12例、有颗粒样改变4例、黏膜脆易出血8例;有浅表、多发、密集、无规律分布的糜烂及溃疡8例,32例UC病变部位见表1。

表1 32例UC病变范围分布		例(%)
部位	例数	(%)
直肠	4	(12.5)
直乙结肠	5	(16.6)
左侧结肠	7	(21.9)
横结肠	2	(6.3)
回盲部	1	(3.1)
全结肠	12	(37.5)
回肠+结肠	1	(3.1)

2.3 组织学改变

表现为不同程度的急性炎症细胞浸润和隐窝脓肿或杯状细胞减少,未见黏液性肉芽肿。

3 讨论

UC是一种原因不明,与自身免疫有关的,发生在结肠黏膜和黏膜下层的炎症,在欧美国家,儿童发病率为13~32/10万^[3]。近年来,随着诊断技术的不断完善,我国儿童UC报道有上升趋势,但目前尚无发病率的精确统计。本组资料显示2002~2007

[收稿日期]2007-09-27;[修回日期]2007-10-20
[作者简介]赵红梅,女,大学,医师,主攻方向:小儿消化系统疾病。

年在我院确诊的 UC 占同期电子结肠镜检查的 0.81%,与刘海峰等报道^[4]的 1.2% 接近。由于儿童 UC 易引起肠外表现及生长发育障碍和性成熟迟缓,且成人 UC 患者中 15% ~ 25% 在儿童期起病^[3],而该类患者较成年时起病癌变率更高,故对儿童 UC 早诊断早治疗尤为重要。

儿童 UC 的临床特点:本组资料显示儿童 UC 男女发病比例接近,无明显性别差异,发病平均年龄达 5.3 岁,最小发病年龄为生后 2 月,提示婴儿甚至新生儿也有可能发病。与成人相比,临床特征明显,但无特异性,本组病例中腹痛 18 例(56.3%),慢性腹泻 8 例(25%),粘液脓血便 4 例(12.5),单纯便血 2 例(6.3%)。肠外症状常有发热、关节痛、贫血、体重不增甚至营养不良、皮疹等。由于无特异性,首诊常常误诊。以便血就诊者易误诊为息肉,明显消瘦、贫血者易考虑肠结核、克罗恩病、肠道寄生虫病等^[5,6]。目前,具有遗传学特征的血清抗中性粒细胞浆抗体在 UC 阳性检出率约达 70%^[7],有助于鉴别,对怀疑者还需追问家族史。

儿童溃疡性结肠炎内镜下特点:不同年龄不同病程有不同特点,10 岁以下者病变相对轻,内镜下表现均为黏膜破坏和急性炎症改变,尤以充血水肿、点片状糜烂及浅表溃疡多见,未见静止期病变,提示儿童与成人有一定差别。累及范围以全结肠炎(37.5%)为主,不同于成人主要局限于直肠和左半结肠,与陈舜年等^[7]报道的儿童 UC 60% ~ 70% 为全结肠炎有差距,可能与样本小有关。不过本组病例亦表现出左半结肠明显重于右半结肠,另约 3%

的患者病变广泛,累及回肠和全部结肠。还有 1 例仅见回盲部病变,提示单纯回盲部病变也可存在,故电子结肠镜检查须达回盲部甚至回肠末端。肉眼下与肠结核、克罗恩病、肠道恶性淋巴瘤等不易区别,结合多部位黏膜活检可进一步明确。

组织病理学特点:本组病例以急性炎症细胞浸润隐窝脓肿或杯状细胞减少多见,未见黏液性肉芽肿,同时有慢性隐窝结构改变以及固有黏膜慢性炎症细胞浸润,与成人常见慢性期改变有差异。儿童溃疡性结肠炎的病理基础为肠黏膜的腺体结构改变,故结合临床特征和电子结肠镜下联合黏膜组织活检是诊断的关键^[8]。

[参 考 文 献]

[1] 中华医学会消化病学分会. 对溃疡性结肠炎的诊断治疗规范的建议[J]. 中华消化杂志,2001,21(4):236-239.

[2] 江米足. 青少年儿童炎症性肠病诊断指南(波尔图标准)[J]. 实用儿科临床杂志,2006,21(7):443-445.

[3] Cuffari C. Inflammatory bowel disease in children: A pediatrician's perspective[J]. Minerva Pediatr,2006,58(2):139-157.

[4] 刘海峰,向海鸢,张文,刘凡,李春娣. 小儿溃疡性结肠炎 48 例肠镜诊断分析[J]. 中华消化内镜杂志,2002,19(2):119-120.

[5] 吉成岗,刘冠兰,李亚清. 结肠镜下微波治疗小儿结肠血管病变体会[J]. 中国当代儿科杂志,2001,3(4):424.

[6] 温凌. 小儿胃肠道肿瘤科病变 126 例内镜分析[J]. 中国当代儿科杂志,2001,3(6):715.

[7] 陈舜年,许春娣. 儿科消化病临床新技术[M]. 北京:人民军医出版社,2002,146-154.

[8] 陈洁. 儿童炎症性肠病的诊断和治疗[J]. 临床儿科杂志,2006,24(10):783-786.

(本文编辑:吉耕中)