

· 临床经验 ·

成人结肠镜用于小儿便血检查 41 例体会

唐文,王少峰,陆芹,唐净,张艳

(苏州大学附属第二医院消化内科,江苏 苏州 215004)

[中图分类号] R574.62 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)04-0531-02

下消化道出血是小儿消化系统疾病中多见的急症之一,随着纤维结肠镜的改进和检查技术的进步,在小儿进行结肠镜检查的安全性和成功率得到了显著提高,为小儿下消化道出血性疾病的诊断和治疗提供了一种新的方法。因在我院及周边地区没有儿科专科的小儿结肠镜检查,为了解决这些患儿的诊断和治疗问题,我们开展了以成人结肠镜代替小儿结肠镜对下消化道出血的患儿进行检查和治疗的方法,现将我院近 5 年对 41 例下消化道出血的患儿所进行的结肠镜检查结果分析如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

患儿来源于我市儿童医院及我院消化内科门诊,男性 24 例,女性 17 例,其中年龄最小为 20 月,最大为 15 岁。病程 12 h 至 4 年,均以便血就诊。分别为鲜血便、果酱样大便,大便带血丝及大便潜血试验阳性。凡菌痢、血液系统疾病引起的下消化道出血不予列入。

1.2 方法

口服清肠液 PEG4000 清肠,效果不佳者辅以清洁灌肠,幼小患儿以清洁灌肠实行清肠。检查时邀请专业麻醉医师应用得普利麻(Diprivan)等药物进行静脉麻醉,结肠镜为日本 Olympus 140 型或 240 型结肠镜,先端部外径 12.2 mm,钳子管道内径 3.2 mm。术中心电监护监测心率、血压、呼吸频率和脉氧。术中发现有息肉存在的同时行肠镜下套圈电凝息肉摘除术,息肉送病理检查。

2 结果

41 例患儿中 39 例发现出血原因为息肉所致,

并全部成功地进行了结肠镜下息肉摘除。其中单发性息肉 37 例,多发性息肉 2 例。乙状结肠息肉 20 例(50%),直肠息肉 13 例(32.5%),降结肠息肉 3 例(7.5%),横结肠息肉 1 例(2.5%),肝曲息肉 1 例(2.5%),Peutz-Jepher 综合征 1 例(2.5%),另外有溃疡性结肠炎 1 例(2.5%),肛裂 1 例(2.5%)。镜下所见息肉形态分别呈球形、半球形、桑椹状或分叶状。息肉直径 0.35~4.2 cm,以 0.5~3.0 cm 者多见。术后病理类型依次为:幼年性息肉 20 颗(20/39,51.3%),腺瘤型息肉 12 颗(12/39,30.8%),炎性息肉 6 颗(6/39,15.4%),增生性息肉 2 颗(2/39,5.1%),黑斑息肉 1 颗(1/39,2.6%)。

3 讨论

结直肠息肉是最常见的小儿便血原因,如果幼时不治疗,今后将可能引起癌变并会影响其生长发育^[1-6]。腹痛、鲜血便,是小儿结肠息肉的临床特点,可见于任何年龄。本文中所有的患儿在行结肠镜检查行息肉摘除术后全部停止了便血,因此结肠镜被认为是诊断和治疗的金标准。

结肠癌防治策略的有效措施之一就是早期发现和切除结肠息肉,大多数小儿在息肉摘除后肠镜的随访取决于息肉的性质^[1]。在本文中息肉于乙状结肠多发,直肠相对较少,幼年性息肉最多,其次为腺瘤性息肉和炎性息肉,且病理均提示为良性病变。以往认为幼年性息肉绝大部分为良性,极少数有恶变的报道,一般认为是不需要长期随访的。但近来有资料显示,幼年性息肉也有潜在的癌变可能,其演变过程为:“幼年性息肉—腺瘤—癌”。如果幼儿存在以下情况则需要随访^[1-9]:①息肉的病理类型为较为特殊类型的息肉,比如息肉数目在 5 个以上幼年性息肉病,并且有家族病史;②腺瘤型息肉。所有

[收稿日期]2007-09-25;[修回日期]2007-11-06
[作者简介]唐文,女,硕士,副主任医师。主攻方向:消化系统炎症性疾病,消化系统疾病内窥镜诊治。

的腺瘤均为异型增生,被明确为癌前病变;③Peutz-Jepher 综合征的病人,为常染色体显性遗传病,有2%~5%可发生恶变;④有家族性息肉病史的患儿。

因此,在幼儿期行息肉摘除,对于防止结肠癌的发生有着极其重要的意义,并且可以终止小儿便血,对于其发育成长都有积极的意义^[10~12]。本文的患儿因为就诊时间较短,尚无随访资料。

由于患儿年纪小,检查合作性差,以往的报道多选用氯胺酮为麻醉用药,虽然氯胺酮亦能达到麻醉目的,但有副作用较大、唾液增多、不自主活动,眼球震颤,易呕吐,喉痉挛和苏醒慢等缺点^[13]。本文采用的静脉麻醉药物得普利麻起效迅速,诱导期平稳,少有躁动,其完全清醒的恢复特性更显示出优势,我们在术中同时行心电,呼吸,脉氧监测,术中小儿安静,平稳,术后清醒时间短,41例患儿均有着良好的顺应性和安全性。

我院及周边地区没有专科的小儿结肠镜,我们应用成人结肠镜代替儿科专用结肠镜成功地完成了所有患儿的检查。因此,在缺乏儿科专用结肠镜的情况下,使用成人结肠镜为小儿进行结肠镜检查是安全可行的。

[参 考 文 献]

[1] Thomas MA, Rosemary JY. Diagnosis and management of gastro-

intestinal polyps pediatric considerations[J]. Gastroenterol Nursing, 2006, 29(1):16-22.

[2] Lowichik A, Jackson WD, Coffin CM. Gastrointestinal polyposis in childhood: clinicopathologic and genetic features[J]. Pediatr Dev Pathol, 2003, 6(5):371-391.

[3] Mandhan P. Sigmoidoscopy in children with chronic lower gastrointestinal bleeding[J]. J Paediatr Child Health, 2004, 40(7):365-368.

[4] Mandhan P. Juvenile colorectal polyps in children: experience in Pakistan[J]. Pediatr Surg Int, 2004, 20(5):339-342.

[5] Oncel M, Church JM, Remzi FH, Fazio VW. Colonic surgery in patients with juvenile polyposis syndrome: a case series[J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(1):49-55.

[6] 欧弼悠,陈肖肖,吴秀英,陈洁,江米足,章许平,等. 小儿消化道出血病因研究[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(Suppl):12-14.

[7] Hoffenberg EJ, Sauaia A, Maltzman T, Knoll K, Ahnrn DJ. Symptomatic colonic polyps in childhood: not so benign[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 1999, 28(2):175-181.

[8] 温凌. 小儿胃肠道肿瘤及瘤样病变12例内镜分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2001, 3(6):715.

[9] 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.

[10] 吴秀英. 消化内镜在儿科的临床应用和进展[J]. 现代实用医学, 2005, 17(5):253-256.

[11] 黄晓磊,童美琴,陈飞波,欧弼悠,吴秀英,陈肖肖,等. 儿童结肠息肉内镜诊治及病理特点[J]. 中华医学杂志, 2004, 84(18):1560-1561.

[12] 徐彰,朱欢,徐辉,黄开宇,黄爱芬. 小儿纤维结肠镜检查243例[J]. 实用儿科临床杂志, 2006, 21(7):422-423.

[13] 孙涛,李欣. 异丙酚静脉麻醉辅助内镜检查的临床应用现状[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(2):156-158.

(本文编辑:吉耕中)

(上接第530页)

[2] Bryan SA, O'Connor BJ, Matti S, Leckie MJ, Kanabar V, Khan J, et al. Effects of recombinant human interleukin-12 on eosinophils, airway hyper-responsiveness, and the late asthmatic response[J]. Lancet, 2000, 356(9248):2149-2153.

[3] 沈华浩,王苹莉. 支气管哮喘小鼠模型应用评价[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2005, 28(4):284-286.

[4] Sakai K, Yokoyama A, Kohno N, Hiwada K. Effect of different sensitizing doses of antigen in a murine model of atopic asthma[J]. Clin Exp Immune, 1999, 118(1):9-15.

[5] Sigurs N, Bjarnadon R, Sigurtersgion F, Kjellman B, Bjorksten B. Asthma and immunoglobulin E antibodies after respiratory syncytial virus bronchiolitis: a prospective cohort study with matched controls[J]. Pediatrics, 1995, 95(4):500-505.

[6] Kagoshima M, Wilcke T, Ito K, Tsaprouni L, Barnes PJ, Panchard N, et al. Glucocorticoid-mediated transrepression is regulated by histone acetylation and DNA methylation[J]. Eur J Pharmacol, 2001, 429(1-3):327-334.

[7] Moore KW, Malefyt R de Waal, Coffman RL, O'Garra A. Interleukin-10 and the interleukin-10 receptor[J]. Annu Rev Immunol, 2001, 19(1):683-765.

[8] Hawrylowicz CM, O'Garra A. Potential role of interleukin-10-secreting regulatory T cells in allergy and asthma[J]. Nat Rev Immunol, 2005, 5(4):271-283.

[9] 徐毛治,黄茂. 转化生长因子β1与支气管哮喘的关系[J]. 国外医学呼吸分册, 2005, 25(4):275-276.

[10] Karagiannidis C, Akdis M, Holopainen P, Woolley NJ, Hense G, Ruckert B, et al. Glucocorticoids upregulate FOXP3 expression and regulatory T cells in asthma[J]. J Allergy Clin Immunol, 2004, 114(6):1425-1433.

[11] 郑峻松,吴军,易绍萱,贺伟峰,陈希炜,解志杰,等. 细胞因子及胸腺微环境影响Treg细胞增殖机制研究[J]. 第三军医大学学报, 2003, 25(21):1885-1887.

[12] Cottrez F, Groux H. Regulation of TGF-beta response during T cell activation is modulated by IL-10[J]. J Immunol, 2001, 167(2):773-778.

[13] Fuss IJ, Boirivant M, Lacy B, Strober W. The interrelated roles of TGF-beta and IL-10 in the regulation of experimental colitis[J]. J Immunol, 2002, 168(2):900-908.

[14] Jonuleit H, Schmitt E, Kakirman H, Stassen M, Knop J, Enk AH. Infectious tolerance: human CD25⁺ regulatory T cells convey suppressor activity to conventional CD4⁺ T helper cells[J]. J Exp Med, 2002, 196(2):255-260.

[15] Dieckmann D, Bruett CH, Ploettner H, Lutz MB, Schuler G. Human CD4⁺ CD25⁺ regulatory, contact-dependent T cells induce interleukin 10-producing, contact-independent type 1-like regulatory T cells[J]. J Exp Med, 2002, 196(2):247-253.

(本文编辑:吉耕中)