

(11):102-103.

[6] Steeg PS, Bevilacqua G, Kopper L, Thorgeirsson UP, Talmadge JE, Liotta LA, et al. Evidence of a novel gene associated with low tumor metastatic potential [J]. J Natl Cancer Inst, 1988, 80(3): 200-204.

[7] Kapoor S. nm23-H₁ expression and its role in the evolution of non-gastrointestinal malignancies [J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(4):506-507.

[8] Korabiowska M, Hönig JF, Jawien J, Knapik J, Stachura J, Cor-

don-Cardo C, et al. Relationship of nm23 expression to proliferation and prognosis in malignant melanomas of the oral cavity [J]. In Vivo, 2005, 19(6):1093-1096.

[9] Yaguchi H, Ohkura N, Tsukada T, Yamaguchi K. Menin, the multiple endocrine neoplasia type 1 gene product, exhibits GTP-hydrolyzing activity in the presence of the tumor metastasis suppressor nm23 [J]. J Biol Chem, 2002, 277(41):38197-38204.

(本文编辑:徐福兰)

· 病例报告 ·

床边碘水灌肠 X 线照片诊断先天性肠旋转不良 1 例

郑丽玲, 黄仲玲, 杨鸿, 许丽萍

(福建医科大学附属漳州市医院儿科, 福建 漳州 363000)

[中图分类号] R726.2 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2009)11-0884-01

患儿,男,2 h,因生后呻吟、发绀 2 h 入院。患儿系第 2 胎第 1 产,足月,因“宫内窘迫”行剖宫产出生。出生时羊水清,出生体重 3 400 g, Apgar 评分 1、5、10 min 分别为 9 分、10 分、10 分,生后无痰鸣、气促,反应差,哭声稍弱。生后半小时内出现面色苍白,呻吟、口周发绀。入院查体:体重 3 400 g,心率 165 次/min,呼吸 78 次/min, SaO₂ 50%,反应差,呻吟,口周及四肢发绀,呼吸急促,三凹征阳性,双肺呼吸音粗,可闻及较多水泡音,右下腹可触及一 5 cm×6 cm 大小肿物,质地稍硬,可活动,表面光滑,肝脾肋下未触及。入院诊断为“急性呼吸窘迫综合征、新生儿肺炎、腹部肿物待查”,予气管插管、呼吸机辅助呼吸及抗感染等治疗。患儿于生后第 2 天排胎粪 3 次后未再出现排大便,且逐渐出现腹胀、胃管内引流出草绿色胃内容物,量约 20 mL/日,腹胀逐步加剧,肠鸣音明显减弱,腹肌稍紧张,肿物未见改变,考虑可能合并外科疾患,于生后第 4 天行床边腹部立位平片,未见典型的双泡征及肠梗阻的表现。由于患儿呼吸情况不稳定,不宜外出检查,故选择床边碘水灌肠 X 线检查。摄片前于肛门口注入 76% 泛影葡胺 20 mL,加注射用水稀释成 40 mL,缓慢注入 5 min 后,置患儿于抢救台上 30 度倾斜位,行 X 线检查,显示回盲部位于右上腹。请外科会诊,考虑先天性肠旋转不良,即行剖腹探查术,术中见腹腔黄褐色腹水约 100 mL,回盲部位于右上腹, Ladd 带压迫十二指肠降段致十二指肠肠腔狭窄,距离回盲瓣 5 cm 处回肠末段系膜上见一 4 cm×4 cm 大小囊性肿物,包膜完整,末段回肠与回盲部顺时针 360°扭转,末段回肠坏死,长约 10 cm,无穿孔。术后诊断:1、肠旋转不良并十二指肠降段梗阻;2、回肠末段扭转坏死;3、腹腔囊性肿物:肠重复畸形。经治疗后痊愈出院。

讨论:先天性肠旋转不良是胚胎时期肠发育异常,肠管以肠系膜为轴的正常回转运动障碍,使肠管位置变异;肠系膜附着不全和异常腹膜系带导致十二指肠、空肠受压和肠扭转等的病变,是小儿尤其是新生儿急性肠梗阻的主要原因之一^[1]。多数在新生儿期即出现症状,表现为呕吐,吐出物内都含有胆汁。若十二指肠梗阻较轻,则立位腹部平片很少出现典型的双泡征,腹部平片缺乏本病的定性诊断依据,价值有限。大多数文献报告胃肠钡餐造影检查是确诊先天性肠旋转不良的首选方法^[2]。但因小儿结肠冗长,走行弯曲,检查时应透视观察钡剂头部走向,增加放射线对患儿的损伤^[3]。同时对于危重的患儿,造影剂检查容易出现吸入性肺炎,有窒息死亡的可能。对于病情危重的患儿不宜到放射科检查,较难早期获得诊断。通过此例的诊断,对于基层医院无胃肠造影机、CT、MRI 等检查措施,同时病情较危重的患儿,选择用 76% 泛影葡胺床边 X 线片检查既经济、方便、简单、快速,又减少患儿放射线的吸入,无疑是一种较好较简单的检查方法。但对于回盲部位置正常的患儿,通过此检查有一定缺陷,这时需要注意观察临床表现及体征及是否有外科手术指征等进一步明确诊断。

[参 考 文 献]

[1] 齐新. 肠旋转不良术后并坏死性小肠结肠炎致肠狭窄 1 例 [J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(3):205.

[2] 刘林祥, 赵己未. 先天性肠旋转不良 1 例 [J]. 医学影像杂志, 2008, 18(2):150-154.

[3] 李洪火. 先天性肠旋转不良 X 线诊断探讨 [J]. 现代实用医学, 2002, 14(1):33-34.

(本文编辑:王庆红)

[收稿日期] 2009-03-23; [修回日期] 2009-05-19
[作者简介] 郑丽玲, 女, 大学, 医师。主攻方向: 新生儿疾病。