

## · 临床研究 ·

## 238 例便血患儿结肠镜检查分析

陈志勇 游洁玉 欧阳文献 赵红梅 周小渔 段白萍

**【摘要】 目的** 探讨小儿便血的病因、诊断方法和治疗手段。**方法** 回顾性分析 2007 年 1 月至 2009 年 6 月本院收治的 238 例便血患儿的临床资料。**结果** 238 例中,结、直肠息肉 116 例(48.7%),结、直肠炎 68 例(28.6%),美克尔憩室 24 例(10.1%),过敏性紫癜 6 例,肠套叠 5 例,肛裂 4 例,十二指肠溃疡 3 例,P-J 综合征 2 例,溃疡性结肠炎 2 例,直肠外伤 2 例,克隆病 1 例,术后吻合口出血 1 例,不明原因 4 例。238 例患儿中,228 例行结肠镜检查,发现息肉 112 例,同时予电凝电切摘除,无一例并发症,另 4 例直肠息肉已脱落。85 例行 14 项食物不耐受检测,73 例提示对 1 种及 1 种以上食物过敏(85.9%),其中结、直肠炎 61 例(71.8%),结肠炎 6 例,过敏性紫癜 6 例。25 例行腹腔镜探查术,切除美克尔憩室 20 例,肠套叠 1 例,诊断克隆病 1 例。**结论** 结肠息肉、结、直肠炎及美克尔憩室是小儿便血的主要原因,大部分小儿便血可借助结肠镜及 14 项食物不耐受检测明确病因,必要时行腹腔镜辅助诊断。应用结肠镜诊断和治疗结肠息肉安全可靠,辅助应用 14 项食物不耐受检测可指导结、直肠炎的诊断和治疗。

**【关键词】** 便血;结肠镜检查;儿童

小儿便血是临床常见症状,湖南省儿童医院表现程度不一,慢性少量出血病程可长达数年,急性大量出血可导致休克,便血诊断有时非常棘手。本文总结本湖南省儿童医院 2007 年 1 月至 2009 年 6 月收治的便血患儿 238 例,现分析如下。

## 资料与方法

## 一、临床资料

238 例中,男 154 例,女 84 例,男女之比 1.83:1,年龄 1~12 个月 85 例,1 岁以上 153 例。病程 2 h 至 4 年。

临床表现均为不同程度便血,呈血丝便、鲜红、暗红或柏油样血便,少数呈果酱样混合性稀便。反复大便带血,有黏液血便,并逐渐加重 116 例,血丝便伴腹泻 60 例,暗红色无痛血便伴贫血 24 例,黏液血便伴发热 4 例,腹痛伴双下肢皮疹 6 例,肛门疼痛伴便后滴血 4 例,柏油样血便伴呕血 3 例,黏膜皮肤色素沉着伴胃肠多发息肉 2 例,体温计断于直肠内 2 例。

## 二、检查和诊断方法

直肠指检:截石位,先观察肛门情况再行直肠指检。影像学检查:腹部 B 超,腹部平片,消化道钡

餐。胃镜检查:应用 Olympus-xp260 电子胃镜进行,术前晚 9 点开始禁食禁饮。结肠镜检查:应用 Olympus-xp230 电子结肠镜,术前常规查血小板、凝血功能。食物不耐受检测:对便血小于 1 岁或伴皮疹者行 14 项食物特异性 IgG 抗体检测。腹腔镜检查:有中度以上贫血患儿先予纠正贫血,胃、结肠镜检查阴性者,在全麻、气管插管下行腹腔镜探查术。

## 结果

14 项食物特异性 IgG 抗体检测:85 例患儿中,73 例有 1~8 种不等食物特异性 IgG 升高,阳性率为 85.9%,其中结、直肠炎 61 例,过敏性紫癜 6 例。对检测结果为阳性的食物忌食 1~3 个月,并进行综合治疗。

胃镜检查:30 例患儿胃镜检查发现浅表性胃炎 8 例,十二指肠炎症 4 例,十二指肠溃疡 3 例,胃内息肉 1 例,未见异常 14 例。

结肠镜检查:发现异常 198 例(86.8%),其中结、直肠单发息肉 108 例,多发息肉 4 例,P-J 综合征 2 例,直肠息肉已脱落 4 例,结、直肠炎 68 例,过敏性紫癜 5 例,溃疡性结肠炎 2 例,直肠异物 2 例,肠套叠 1 例,克隆病 1 例,直肠吻合口出血 1 例,未见异常 30 例。高频电凝电切摘除息肉 114 例,并送病理活检。

腹腔镜辅助下美克尔憩室切除:25 例行胃、结

肠镜检查,排除食管、胃、十二指肠、结肠出血,在全麻气管插管麻醉下行腹腔镜探查术。术中找到并切除憩室 20 例,治疗肠套叠 1 例,克隆病 1 例,取异常组织及肠黏膜送病理检查。

病理检查:所摘除息肉 114 例中,幼年型息肉 104 例(91.2%),炎性息肉 5 例,错构瘤 2 例。68 例结、直肠炎所取异常肠黏膜均为相应部位黏膜糜烂出血,中性粒细胞及淋巴细胞浸润,嗜酸性粒细胞浸润,红细胞渗出。5 例过敏性紫癜所取异常肠黏膜为黏膜糜烂出血,中性粒细胞及淋巴细胞浸润,红细胞渗出。2 例溃疡性结肠炎所取异常肠黏膜表现为淋巴细胞浸润,中性粒细胞浸润,增生,肉芽肿形成,隐窝脓肿。1 例克隆病所取异常肠黏膜表现为干酪样肉芽肿,淋巴细胞浸润,中性粒细胞浸润。

## 讨 论

便血在小儿消化道疾病中较多见,由于便血的年龄、病因、部位和出血量不同,临床表现及诊断治疗方法也不同,明确病因是处理小儿便血的关键。详细询问病史和全面体格检查非常重要。应采取常规检查、直肠指检、腹部 B 超等排除消化道以外疾病,排除口腔、鼻咽、支气管和肺等部位出血被咽下后所引起的黑便。直肠指检可直接发现肛门狭窄、肛裂、肛管炎及部分直肠息肉。腹部 B 超可发现肠套叠。胃肠镜、腹部 B 超、食物特异性 IgG 抗体检测、腹腔镜探查及病理检查多可明确小儿便血的原因。小儿慢性便血的原因中占首位的是大肠息肉,以结肠及直肠为主,多为幼年型息肉<sup>[1-2]</sup>。结肠、直肠息肉表现为长期慢性发作的大便带血,一般无伴随症状。

结肠镜检查是小儿便血的首选检查方法,结肠镜可检查全结肠,病因检出率为 85%~96%,对结、直肠息肉的检出率达 98%~100%,对结肠炎、憩室、畸形等均有较高的诊断价值<sup>[3]</sup>。且可取活检及作息肉摘除或电凝、喷洒止血药物等治疗。本组 228 例通过结肠镜检查,病因检出率 86.8%。

14 项食物特异性 IgG 抗体检测对于明确病因也很重要。本组对 85 例 1 岁以下或伴皮疹患儿做检测,发现 1 种及 1 种以上食物特异性 IgG 抗体升高 64 例,阳性率为 75.3%,对牛奶、蛋清和(或)蛋黄敏感性最高,停用对应食物,予综合治疗后病情

控制。

正常人群中美克尔憩室的发病率为 2%,多数终身无症状<sup>[4]</sup>。对大量出血,胃、肠镜检查阴性患儿可行腹腔镜探查。已有报道证实:腹腔镜探查不仅提高了美克尔憩室的诊断率,而且是治疗美克尔憩室的一种安全、可靠、创伤小、恢复快的有效方法<sup>[5-6]</sup>。

小儿胃、十二指肠溃疡较成人少见,如有呕血、解柏油样血便时应考虑,并行胃镜检查。部分过敏性紫癜患儿在皮疹出现前有腹痛、便血,通过胃、肠镜检查可协助诊断。肠套叠所致便血时有发生,多见于 6 个月至 1 岁患儿,临床表现为阵发性哭吵,可有频繁呕吐及排果酱样血便,腹部 B 超及空气灌肠可确诊。本组中有 2 例过敏性紫癜经腹部 B 超发现肠套叠,1 例美克尔憩室在腹腔镜探查时发现憩室内陷套入回肠。另外,肛裂所致便血也非常普遍,多见于年长儿,有长期便秘史,排便时有肛门疼痛,便后滴血,可见肛裂。

结肠镜检前应注意肠道准备关系到检查的深度,如果患儿肠腔内粪汁较多,则可能影响操作者顺利进镜,肠腔观察有盲区,延长操作时间,增加患儿痛苦。关于进镜深度,理论上需进镜至回盲部。但小儿肠腔窄,肠壁薄,血管丰富,乙状结肠系膜长,若强行进镜易发生出血,影响视野,不利于进一步进镜,甚至导致穿孔<sup>[5]</sup>。故操作时不应盲目追求深度,发现病变而进镜有困难时可及时退镜。在发现病变时应及时处理,行电凝电切摘除息肉及活检,避免损伤肠壁。

## 参 考 文 献

- 1 陈其民. 小儿消化道出血的特征[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(2): 76-78.
- 2 王继山, 陈俭红. 实用小儿胃肠病学[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1997, 495-496.
- 3 张素桂, 盖志敏. 小儿胃肠病诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004, 1: 5-110.
- 4 诸福棠. 实用儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009, 1332.
- 5 金兴硕, 柳宏, 连树华. 腹腔镜辅助下治疗小儿下消化道出血 13 例[J]. 中国微创外科杂志, 2005, 5(8): 653-654.
- 6 储波. 小儿便血 95 例临床分析[J]. 海南医学杂志 2007, 18(1): 68.