

· 疑难病例讨论 ·

阵发性哭闹、血便、反复肠套叠复发 1 年

俞 钢 葛午平 朱小春 肖尚杰 洪 淳

病例介绍

患儿钟某某,男,1岁10个月,因“阵发性哭闹2h”于2006年11月4日第7次住院。起病以来肛门排大便1次。腹部B超检查提示“肠套叠声像”,入院诊断为“肠套叠”。患儿近1年内先后6次因“肠套叠”分别在我院或广州市其它医院行X线下灌肠复位及水压灌肠复位。曾于第5次灌肠复位后行肠镜检查、钡灌肠检查,均未见异常。其外公有浸润性肺结核,患儿有密切接触史。

入院体查:T 36.8℃,Wt 12 Kg,一般情况可,消瘦,发育正常,全身皮肤粘膜无黄染,浅表淋巴结无肿大。双肺呼吸音清,未闻及干湿罗音。腹部平、软,肝脾肋下未扪及,右中腹扪及一腊肠样包块,轻压痛,移动性浊音阴性,肠鸣音稍亢进。肛门指检入指顺利,退指时未见血迹、粘液。

实验室检查:血常规:WBC $9.63 \times 10^9 / L$, Hb117g/L,PLT $309 \times 10^9 / L$ 。大便常规:RBC(+), WBC(+), 轮状病毒检测阴性。HbsAb 阳性,抗-HCV、HIV-Ab 阴性。红细胞沉降率为52 mm/h。CRP 为12.06 mg/dl。结核抗体检测阴性。

入院后在B超下行水压灌肠复位术,注入生理盐水600 ml后同心圆包块消失,小肠被生理盐水充盈,复位成功,复位过程中无呕吐,术后予抗炎补液治疗。

患儿18h后再次哭闹不安,复查腹部B超提示肠套叠复发。家属要求再次水压灌肠复位,遂再次在B超下行水压灌肠复位术,注入生理盐水800 ml后同心圆包块消失,复位成功。3d后行腹部CT检查提示:右下腹部升结肠内见一类圆形软组织密度肿块影,最大层面约3.6 cm×3.0 cm,肿块呈典型“靶环征”,套鞘部及套入肠管腔内可见造影剂充盈,予增强扫描见套入肠壁增厚、强化尚可,邻近空

肠稍扩张。肠系膜脂肪间隙尚清晰。腹主动脉周围未见明确肿块及肿大淋巴结。肝、胆、胰、双肾无异常。考虑右下腹不完全性肠套叠。于2006年11月10日行剖腹探查术。

讨 论

一、中山大学第一附院小儿外科 李桂生教授

患儿先后8次因反复发作腹痛、呕吐,又经多家医院诊断为肠套叠,予灌肠复位治疗。此次入院亦有典型的肠套叠症状和体征,故临床诊断肠套叠是很明确的。因其反复发作,应考虑存在诱发肠套叠的原因,是否有器质性病变存在。一般常见的器质性病变有麦克尔憩室、肠息肉、血管瘤、肿瘤,如非何杰金氏恶性淋巴瘤等。治疗上应首选手术探查,明确病因后作相应的处理。

二、广州市儿童医院小儿外科 李成昌主任医师

本例患儿慢性肠套叠的诊断是成立的。引起肠套叠的原因包括两个方面:一是找不到明显器质性病变,即原发性肠套叠;二是可以找到器质性病变。以我院多年来收治情况来看,2岁左右的患儿仍以原发性肠套叠居多。本例首次发病年龄在10个月,结肠镜及消化道造影未发现异常,此符合原发性肠套叠。至于引起反复复发的原因,不排除部分病例回盲部过度游离所引起。至于肠系膜淋巴结核以及腹型紫癜,本例在体查和实验室检查中无阳性发现,也没有相关病史记录。结肠镜检查无异常,可以排除结肠病变。因此,本例患儿病灶应在小肠。美克尔氏憩室、小肠息肉、小肠肿瘤等病变在消化道造影中很难有阳性结果,但不排除有这些可能。因小肠息肉及肿瘤在婴儿期较少见,故要考虑美克尔氏憩室引起的肠套叠。治疗上,由于患儿复发间歇期较短,灌肠复位的成功率有逐渐下降的趋向,且又不能完全排除小肠器质性病变,故治疗方案应以手术探查为妥。

三、广州市儿童医院小儿外科 朱德力主任医师

本例患儿有多次肠套叠病史,每次套叠均经空气灌肠或水压灌肠顺利整复,在无肠套叠症状时 CT 检查发现右下腹升结肠内有肿物影,结合患儿年龄超出 1 岁,较消瘦,诊断上应考虑肠管器质性病变引起的慢性或复发性肠套叠。

器质性病变引起的肠套叠多见于憩室、息肉、淋巴瘤、结核、肠重复畸形、血管瘤、错构瘤、紫癜血肿等。患儿平素健康,无血便史,无紫癜表现,结核抗体检查阴性,CT 提示肿物约 $3.6\text{ cm} \times 3.0\text{ cm}$ 大小,应考虑是否存在淋巴瘤或肠重复畸形(囊肿形),如能行 ECT 检查将有助于鉴别诊断。

本例患儿钡灌肠及肠镜检查虽未发现结肠有病变,但发生在回盲部回肠末段的肿物钡灌肠及肠镜检查未必能检查出。本病例肿物最有可能位于回盲部,由于肿物导致肠腔狭窄,在肠管蠕动收缩下易反复产生肠套叠进入升结肠,而引起一系列的临床表现。

治疗上患儿已具备手术探查指征(如有条件可行腹腔镜手术),如发现病变再作相应处理,如肠切除肠吻合术,如无病变则仅行肠套叠整复即可。

四、广东省妇幼保健院小儿外科 葛午平副主任医师

本例于 2006 年 11 月 10 日行剖腹探查术。采取气管插管下全身麻醉,取右下中腹腹直肌旁切口,开腹后,见回盲部与末端回肠肠系膜上满布散在淋巴结,约花生米与黄豆大小,约 $1/3$ 的回肠肠壁上附有针尖大小散在乳白色颗粒。盲肠肿胀,见有回肠套入,遂轻推盲肠,挤出约 3 cm 回肠及肿大的淋巴结。套入部复位后,发现回盲肠交接处有 3 枚显著肿大的淋巴结,距回盲部约 6 cm 处回肠肠腔内扪及一条索海绵状软组织块,与肠壁粘连,约 $2 \sim 3\text{ cm}$ 长。不游离盲肠系膜,切除回盲部 3 个超过蚕豆大小淋巴结送冰冻切片,术中冰冻报告:肠系膜淋巴结结核。关腹,完成手术。术后病理报告:符合肠系膜淋巴结结核。术后第 3 天行抗结核治疗,7 天后伤口拆线出院。出院后继续行抗结核治疗,2 个月后复查,生长发育正常,肠套叠暂无复发。

五、广东省妇幼保健院病理科 张佳立副主任医师

该患儿病理检查发现肠系膜淋巴结呈干酪样病变,符合肠系膜淋巴结结核的诊断。

六、广东省妇幼保健院小儿外科 俞钢主任医师

本病例年龄 1 岁 8 个月,男性,先后 8 次发生肠套叠,每次复位均较顺利,CT 显示升结肠内有一园形软组织密度影,临床诊断考虑慢性肠套叠,有病理性因素存在的可能,进行剖腹探查手术,查明原因是很有必要的。在可能的病理性因素中,需考虑肠内肿瘤、肠外肿瘤、慢性炎症等。


临床上肠系膜淋巴结结核在小儿较少见,大多与肠及腹膜结核同时存在,但在临床上以肠系膜淋巴结结核的表现为主,肠系膜受累淋巴结肿大,其数目多少不一致,大小也不等,均有干酪样病变,数个淋巴结可融合成团块,可与肠管、腹膜、大网膜粘连,产生肠梗阻等各种压迫症状。或坏死液化可破溃至腹腔、肠腔,或通过腹壁向体外排出,引起结核性腹膜炎、肠内瘘或腹壁瘘。早期因无明显症状,较难作出诊断。随着病情发展逐渐出现一般结核中毒症状,如低热、食欲减退、消瘦、盗汗、贫血、腹痛、腹泻,或肠梗阻表现。根据结核病接触史,慢性结核中毒症状,结核菌素试验阳性及腹部结节状肿块等改变有助于诊断。一般治疗与肺结核相同。出现并发症,如肠梗阻、淋巴结化脓破溃引起腹膜炎时,则应考虑外科手术治疗。有时因腹部肿块性质不明,为排除淋巴瘤或其它肿瘤,也需作剖腹探查切除组织活检,以明确诊断。本例患儿进行手术在于明确诊断,术后进一步抗结核治疗。

慢性肠套叠多见于有器质性病变者,偶为原发性肠套叠。一般多见于年长儿及成人,肠管器质性病变常见有结核、息肉、紫癜血肿、肿瘤等。慢性肠套叠往往有器质性病变,因此均应手术治疗。术中如有器质性病变,应予去除。无器质性病变者,只需手术整复。

本例患儿因肠系膜淋巴结结核引起反复肠套叠,临床上少见报道。近几年来,全球结核病有增多趋势,应引起临床医生的警惕。

欢迎来稿, 欢迎订阅。本刊 E-mail: china_jcps@sina.com

阵发性哭闹、血便、反复肠套叠复发1年

作者: [俞钢](#), [葛午平](#), [朱小春](#), [肖尚杰](#), [洪淳](#)
作者单位: [广东省妇幼保健院小儿外科, 510000](#)
刊名: [临床小儿外科杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年, 卷(期): 2007, 6(2)
被引用次数: 0次

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200702025.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: bcbc4ba8-b1b9-4063-a3d1-9ed40110a377

下载时间: 2011年4月29日