

小儿过敏性紫癜并发急性肠套叠的诊治体会

王 勇 李 帅 李金朋 汤绍涛 冯明洁

【摘要】 目的 探讨小儿过敏性紫癜并发急性肠套叠的诊断策略和治疗原则。 **方法** 回顾性分析 17 例小儿过敏性紫癜并发急性肠套叠患儿的临床资料,包括临床表现、辅助检查、治疗方法及治疗效果。 **结果** 1 例在 X 线下空气灌肠复位成功,16 例手术病例均顺利完成手术。无严重并发症,无肠套叠复发病例。 **结论** 小儿过敏性紫癜并发的急性肠套叠以小肠套叠为主,早期诊断困难,易出现小肠坏死及穿孔。详细的病史采集结合 B 超等辅助检查对于早期诊断小儿过敏性紫癜并发急性肠套叠至关重要,积极手术探查有利于明确诊断并给予及时处理。

【关键词】 紫癜,过敏性;肠套叠;儿童

The experience of treatment and diagnosis for acute intussusceptions in children with allergic purpura.

WANG Yong, LI Shuai, LI Jin-peng, et al. Dept. of Pediatric Surgery, Xiehe Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China Corresponding author: FENG Ming-jie, Email: wangyf188@sohu.com

【Abstract】 Objective To explore the principle of treatment and diagnosis for acute intussusceptions in children with allergic purpura. **Methods** Retrospective analysis was given to the clinical data (clinical symptoms, auxiliary examination, surgical procedures and the results) in 17 pediatric patients with known cases of allergic purpura who were treated for acute intussusceptions. **Results** Successful air insufflation reduction under X-ray was achieved in only 1 case. 16 cases required surgical intervention without major complication. No recurrent case was registered. **Conclusions** Most of acute intussusceptions in children with allergic purpura were located in the small intestinal. Ultrasonography examination with detailed history collection is very important for early diagnosis of intussusceptions. Unfortunately the diagnosis was confirmed too late with 88% (14) of the patients ended with either intestinal necrosis or perforation. Active operative exploration is likely the most helpful to diagnose and to treat intussusceptions.

【Key words】 Purpura, Schoenlein-Henoch; Intussusception; Child

过敏性紫癜是一种以小血管炎为主要病变的变态反应性疾病,约有 2/3 的病例中可出现消化道症状,有时亦可见血便或大便隐血阳性^[1]。并发肠套叠、肠梗阻或肠穿孔的紫癜少见,但其症状易与过敏性紫癜所致胃肠道症状相混淆,早期诊断困难,且一旦发生,后果严重。本文回顾性分析本院 2003 年 1 月至 2014 年 8 月收治的 17 例小儿过敏性紫癜并发急性肠套叠患儿的临床资料,报告如下:

资料与方法

一、临床资料

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2015.05.022

基金项目:国家自然科学基金青年项目,项目编号 81402301。

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院小儿外科(武汉市,430022),通讯作者:冯明洁, E-mail: wangyf188@sohu.com

17 例患儿中,男性 10 例,女性 7 例;年龄在 2 岁 10 月至 12 岁之间,平均年龄 (6.5 ± 1.5) 岁。病程 < 24 h 者 5 例 (29.4%), 24 ~ 48 h 者 3 例 (17.6%), > 48 h 者 9 例 (52.9%)。17 例患儿均有腹痛及皮疹症状。13 例 (76.5%) 以阵发性腹痛为首发症状,其中 4 例 (23.5%) 体检时发现皮疹,另 9 例 (52.9%) 于腹痛 2 ~ 7 d 后出现皮疹;4 例 (23.5%) 以皮疹为首发症状,皮疹后 1 ~ 2 d 出现腹痛。15 例 (88.2%) 出现便血症状。6 例 (35.3%) 诉关节痛,其中踝关节或膝关节疼痛 5 例 (29.4%),手及前臂疼痛 1 例 (5.9%)。查体:17 例均有腹部压痛,10 例 (58.8%) 有腹肌紧张,8 例 (47.1%) 有反跳痛,4 例 (23.5%) 可触及腹部腊肠样、有触痛的包块。实验室检查:12 例 (70.6%) 白细胞升高 $(10.2 \times 10^9/L \sim 25.6 \times 10^9/L)$,大便潜血试验均为阳性。9 例行气钡灌肠检查患儿中 3 例显

示气柱前端呈杯口状、或螺旋状阴影,阳性率为 33.3%;15 例患儿行腹部 B 超检查其中 14 例显示腹部肿块,切面呈“靶样征”,阳性率为 93.3%。

二、诊断和治疗方法

14 例(82.4%)患儿根据其症状、体征结合 X 线及 B 超等辅助检查得以确诊,3 例(17.6%)肠穿孔并急性弥漫性腹膜炎病例术前未确诊,经术中探查明确诊断。其中回回型肠套叠 14 例(82.4%),回回结型 1 例(5.9%),回结型 2 例(11.8%)。3 例在 X 线透视下试行空气灌肠复位,1 例复位成功,空气灌肠复位成功率为 33.3%;16 例(94.1%,包括 2 例空气灌肠复位失败病例)行剖腹探查术或腹腔镜腹腔探查术,1 例术中行手法复位成功,术中复位成功率为 6.3%,15 例(88.2%)行坏死或穿孔小肠切除加一期吻合术。所有患儿均给予糖皮质激素抗过敏、抗感染及对症支持治疗。腹痛、皮疹及呕吐便血等症状缓解后激素渐减量。

结 果

1 例(5.9%)在 X 线下空气灌肠复位成功,16 例(94.1%)手术病例均顺利完成手术。所有病例术后均出现不同程度的腹痛、皮肤出血点及血便,经保守治疗症状均逐渐缓解,无严重并发症,无肠套叠复发病例。

讨 论

通过对临床资料的总结和归纳,不难看出本组过敏性紫癜并发肠套叠病例具有以下临床特点:①发病年龄较大。原发性肠套叠常见于 2 岁以下的婴幼儿,而本组患儿平均年龄 6.5 岁,与过敏性紫癜的好发年龄一致。过敏性紫癜患儿出现消化道症状的机理是由于抗原抗体作用于肠壁致毛细血管,导致其通透性增加^[2],使肠壁发生广泛性水肿并浆膜下及粘膜节段性出血,肠道发生不规则蠕动、痉挛而引起腹痛。如果因水肿出血而肠壁僵硬的肠段牵引近侧肠管套入远侧肠管,则形成肠套叠^[1],属继发性肠套叠。②不易早期诊断。本组病例术前的诊断率为 82.4%,尚有 3 例患儿术前未明确诊断,直至手术探查时方确诊。当过敏性紫癜并发肠套叠患儿腹部绞痛症状先于皮疹出现时,易误诊为急腹症,本组病例中这一比例高达 52.9%。对于已并发急性肠套叠的病例,由于其症状与腹型紫癜本身的腹痛、呕

吐和便血等消化道症状相似,使过敏性紫癜并发肠套叠早期诊断困难,容易误诊或漏诊。③小肠套叠的比例较高。本组病例中回回型和回回结型肠套叠患儿达 15 例,占总病例数的 88.2%,明显高于原发性肠套叠的 20%,也高于过敏性紫癜并发肠套叠相关文献报告的 40.7%^[3]。由于气钡灌肠时气钡很难通过回盲部进入回肠,所以气钡灌肠诊断小肠套叠假阴性率高,而空气灌肠复位效果也较差。本组病例中有 9 例行气钡灌肠检查,仅 3 例患儿呈阳性,且仅 1 例空气灌肠复位成功。④肠坏死、肠穿孔的发生率较高。本组 17 例患儿中就有 15 例出现肠坏死或穿孔,占 88.2%。因为胃肠型过敏性紫癜患儿受累肠管的病理改变主要为无菌性血管炎,表现为粘膜下水肿、出血,进而发生粘膜灶状坏死和溃疡,如同时并发肠套叠,则局部肠管缺血加重,易导致并发肠坏死、肠穿孔和腹膜炎等的发生^[3]。⑤B 超诊断价值高。本组病例行术前 B 超提示肠套叠的准确率达 93.3%,与文献报告 94.2% 的结果相近,显示了 B 超诊断过敏性紫癜并发肠套叠的价值^[4]。

回顾本组病例的诊治过程,我们认为过敏性紫癜并发肠套叠的诊断和治疗应遵循以下原则:首先应重视 B 超的诊断价值。过敏性紫癜并发肠套叠病例中小肠套叠的比例较高,但气钡灌肠诊断小肠套叠的准确率是较低的。而 B 超检查不仅有很高的准确率,还可以判断套叠肠管的血运情况^[5],能够为确定进一步治疗方案提供依据。同时 B 超还具有无创和无 X 线辐射污染等优点,必要时可反复检查以提高其诊断的准确率,所以在诊断上应将 B 超作为首选的检查方法,气钡灌肠不宜作为常规检查项目。只有当 B 超检查提示为回结型肠套叠时方可进一步行气钡灌肠检查及整复治疗。其次,由于过敏性紫癜并发肠套叠并发肠坏死、肠穿孔的发生率较高,所以一旦诊断明确,除一部分单纯回结型病例可试行空气或盐水灌肠复位外,均应尽早手术探查。第三,手术方式以肠切除吻合术为主。有作者主张肠切除术后常规行肠造瘘术^[6],本组病例的经验表明,由于患儿年龄较大,多可行满意的肠管吻合,所以只要术中能正确判断肠坏死的范围和保留肠管的活力,可不行肠造瘘术,从而避免二次还瘘手术带给患儿及其家属的负担和风险。另外需要注意的是过敏性紫癜并发肠套叠患儿术后腹痛、呕吐及便血等症状可持续存在一段时间,容易误诊为肠套叠复发或吻合口瘘。应给予抗感染、抗过敏及对症支持等严格的内科治疗,特别是合理应用糖皮质激

素^[6,7],同时密切观察病情变化,必要时复查腹部 B 超,再次手术一定要谨慎,以免手术探查阴性给患儿造成不必要的创伤。

本组病例的临床特点和诊治经验与文献报告并不完全一致,可能是病例数较少而造成的偶然性所致。但作为一家之言,希望能提供一种借鉴。

参 考 文 献

- 1 Schwab J, Benya E, Lin R, et al. Contrast enema in children with Henoch-Schönlein purpura [J]. *Pediatr Surg*, 2005, 40 (8):1221-1223.
- 2 Brown PJ, Haught JM, English JC. Periumbilical purpura prior to gastrointestinal involvement in Henoch-Schönlein purpura [J]. *Am J Clin Dermatol*, 2009, 10(2):127-130.
- 3 周良,侯广军,耿宪杰,等. 小儿过敏性紫癜并发肠套叠

的诊断与治疗[J]. *临床小儿外科杂志*, 2012, 11(4):315-316.

- 4 胡良勇. 超声诊断小儿急性肠套叠的价值[J]. *中国医学影像学杂志*, 2014, 22(7):511-514.
- 5 覃伶俐,符少清,刘秉彦,等. 超声对小儿继发性肠套叠的诊断价值[J]. *中国超声医学杂志*, 2014, 30(1):48-51.
- 6 高欣凤,郭志平,李宗凯,等. 小儿过敏性紫癜合并急性肠套叠的综合诊治[J]. *天津医药*, 2013, 41(9):927-928.
- 7 Weiss PF, Feinstein JA, Luan X, et al. Effects of corticosteroid on Henoch-Schönlein purpura: a systematic review [J]. *Pediatrics*, 2007, 120(5):1079-1087.
- 8 张荣鹏,杜国强,孙福涛. 儿童过敏性紫癜合并肠套叠临床分析[J]. *临床小儿外科杂志*, 2014, 13(06):540-542.

(上接第 404 页)

- 13 Moursy EE. Outcome of proximal hypospadias repair using three different techniques. *J Pediatr Urol*. 2010 Feb; 6 (1):45-53.
- 14 Mousavi SA, Aarabi M. Tubularized incised plate urethroplasty for hypospadias reoperation: a review and meta-analysis [J]. 2014, 40(5):588-595.
- 15 Hueber PA, Antczak C, Abdo A, et al. Long-term functional outcomes of distal hypospadias repair: A single center retrospective comparative study of TIPs, Mathieu and MAGPI [J]. *J Pediatr Urol*. 2015 Mar 4. pii: S1477-5131 (15)00011-X. doi: 10.1016.
- 16 Kureel SN, Gupta A, Sunil K, et al. Surgical anatomy of the penis in hypospadias: magnetic resonance imaging study of the tissue planes, vessels, and collaterals [J]. *urology*, 2015 May; 85(5):1173-1178. doi: 10.1016.
- 17 Sarhan O, Saad M, Helmy T, et al. Effect of Suturing Technique and Urethral Plate Characteristics on Complication Rate Following Hypospadias Repair: A Prospective Randomized Study [J]. *J Urol*, 2009 Aug; 182(2):682-685; discussion 685-686.

- 18 Mosharafa AA, Agbo-Panzo D, Priso R, et al. Hypospadias repair: The effect of urethral plate configuration on the outcome of Duplay-Snodgrass repair [J]. *Prog Urol*, 2009 Jul; 19(7):507-510.
- 19 Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, et al. Neo-modified Koyanagi technique for the single-stage repair of proximal hypospadias [J]. *J Pediatr Urol*, 2007 Jun; 3(3):239-342.
- 20 Pfistermuller KL, McArdle AJ, Cuckow PM. Meta-analysis of complication rates of the tubularized incised plate (TIP) repair [J]. *J Pediatr Urol*, 2015 Feb 26. Pii: S1477-5131 (15): 0031-5. doi:10.1016.
- 21 Joshi RS, Bachani MK, Uttarwar AM, et al. The Bracka two-stage repair for severe proximal hypospadias: A single center experience [J]. *J Indian Assoc Pediatr Surg*, 2015 Apr-Jun; 20(2):72-76.
- 22 Fan ZQ, Sun JT, Huangfu XH, et al. Prefabricated partial distal urethral in 2-staged repair of proximal hypospadias with severe chordee [J]. *Int J Clin Exp Med*, 2015 Feb 15; 8(2):2453-2458.