

本例便血量少, 未见柏油样便, 而且同位素^{99m}Tc-红细胞显像未见明显异常。

(4) 肠重复畸形: 可发生于任何年龄, 较多见于1岁以内小儿, 症状因所在部位、大小及发展情况而不同, 长管状重复畸形多以无痛、反复发作的严重消化道出血为主要表现, 也可因肠内容物积聚过多发生部分或完全性肠梗阻, 本例患儿便血不严重, 无梗阻症状, 腹部外形及触诊未见异常, X线钡剂灌肠及钡餐检查可排除。

(5) 肠结核: 临床表现可有不规则发热、腹痛、食欲减退、恶心呕吐、腹胀腹泻或便秘交替, 溃疡型肠结核可大便带血, 有时是脓血便, 但大多为潜血试验阳性, 大出血不多见。本例无慢性结核中毒症状, 无结核菌接触史。可通过结核菌素试验, 大便细菌培养及X线钡餐或灌肠检查助诊或排除。

(6) 慢性局限性结肠炎: 小儿较少见, 临床症状有腹痛、腹泻、发热、大便稀、有粘液或脓血, 患儿可有乏力、消瘦、食欲减退, 本例无发热, 腹痛、腹泻不明显, 但大便有粘液或脓血, 病程较长, 乏力、消瘦尚符合, 但X线钡餐及钡灌检查未见异常, 尚需再进行结肠纤维镜检查助诊。

3. 住院经过及结论 患儿住院1个月, 共便血3次, 每次便血量约5ml, 为鲜红色或暗红色, 附着在大便末端, 在进行各种检查及病因未明之前给予对症治疗, 口服多种维生素及抗贫血药物, 输血100ml, 血红蛋白上升至90g/L。住院中作纤维结肠镜检查, 镜下所见, 肛门外观正常, 进镜约50cm至脾曲、结肠、降结肠、乙状结肠广泛散在活动性溃疡并出血, 以乙状结肠、脾曲及直肠远端明显, 纤维镜诊断: 溃疡性结肠炎活动期、中度。病理诊断: 距肛门17cm处少许粘膜组织慢性炎症。最后诊断: 慢性非特异性溃疡性结肠炎。

4. 讨论 便血在小儿时期并非少见, 溃疡性结肠炎是引起便血的常见病因之一, 它是一种慢性非特异性的结肠炎症, 主要病变为直肠及结肠粘膜充血、水肿和溃疡。常见症状有腹泻、便血、腹痛, 病因尚未清楚, 免疫异常和细菌感染可能与病因有关。

小儿结肠疾病病因诊断多数依靠X线钡剂灌肠检查, 但漏诊率也较高。现在使用纤维结肠镜诊断正确性高, 可直接观察病变的大小、形态, 可了解整段结肠病变的广泛程度。因此, 对原因不明的便血、腹泻、腹痛患儿可做纤维结肠镜检查, 提高诊断率。

临床教训

肠阿米巴病并发大量肠出血反复误诊1例报告

(225700) 江苏省兴化市大邹医院 王如兴

临床资料 患者, 女, 20岁, 农民, 因便血后10小时, 量约1000ml左右, 伴头昏、心悸入院。患者有反复便血病史5年余, 每次便血始为暗红色, 量多时可呈鲜红色, 无明显腹痛, 无恶心、呕吐, 无畏寒、发热, 自发病以来曾在国内许多医院诊治, 均拟为“上消化道出血”共行7次胃镜检查, 其中包括第二军医大学长海医院电子胃镜检查(检查号904716)和苏州医学院第一附医电子胃镜检查(检查号91791), 但均未发现明显病变, 另为排除血液系统疾病, 共行5次骨髓检查, 其中苏州医学院血液研究室骨髓检查报告示: 缺铁性贫血(片号93-326)。幼红细胞内和骨髓细胞外铁染色阴性。患者家族及本人既往无特殊病史可询。入院查: T37℃, P120次/分, R22次/

分, BP13/5kPa, 神萎, 严重贫血貌, 巩膜和全身皮肤粘膜无黄染及出血点, 浅表淋巴结未及, 两肺呼吸音清, 未闻及干湿性罗音, 心率120次/分, 律齐, 无杂音。腹软, 肝脾肋下未及, 右下腹压痛(±), 肠鸣音稍亢进, 双下肢无水肿, 双肾区无叩痛, 四肢活动自如, 神经系统检查未发现异常体征。辅检: 血常规+血小板示: Hb15g/L, RBC $0.52 \times 10^{12}/L$, WBC $10.8 \times 10^9/L$, N0.8 L, 0.2, BPC $1.6 \times 10^{11}/L$, 尿常规无异常, 粪常规+隐血示: 暗褐色便, 红细胞满视野, 白细胞0~2个/HP, 隐血试验呈强阳性反应, 患者入院后结合病史, 临床表现及辅检, 并经多次会诊, 考虑肠阿米巴病合并肠出血可能性大, 于是反复行粪便阿米巴检查, 多次找到阿米巴包囊及滋养体, 予以口服土霉素、静滴甲硝唑等综合治疗10日后治愈出院, 出院后2个月行结肠镜检查: 全结肠未发现息肉等病变。

讨论 消化道出血是临床上常见的疾病, 但引起消化道出血的病因则往往不易发现, 尤其是少见病, 尽管解暗红色或紫黑色大便是上消化道出血常见的临床表现, 但多次胃镜和骨髓检查均无阳性发现, 在这种辅助检查不能支持自己的诊断的情况下, 作为一个临床医师在分析病例时的思路绝对不能狭窄, 应善于鉴别, 否则只凭印象武断, 将会导致误诊。