文章编号:1000-5404(2010)07-0719-03

论著

5例婴幼儿幽门管增生性息肉临床特征分析

赵利华,金先庆,梁 睿,李晓庆 (400014 重庆,重庆医科大学附属儿童医院普外科)

[摘要] **目的** 总结婴幼儿幽门管增生性息肉的临床特点和诊治要点。**方法** 收集5例婴幼儿幽门管息肉病例资料,均为男性,平均年龄15.6个月,分析其临床特点。**结果** 5例患儿起病急、重,经内科保守治疗无效,辅助检查包括胃镜均不能明确诊断。患儿均通过剖腹探查术明确诊断,予以息肉切除和幽门管成形术治疗,并获得治愈。**结论** 婴幼儿幽门管息肉目前较难通过辅助检查明确诊断,剖腹探查是其重要诊疗手段。息肉于剖腹探查术同时切除,治疗效果良好。

[关键词] 婴幼儿;幽门;息肉;诊断;治疗
[中图法分类号] R725.736; R726.565 **[文献标志码]** A

Clinical characteristics of hyperplastic pyloric canal polyp in infant and toddler: an analysis of 5 cases

Zhao Lihua, Jin Xianqing, Liang Rui, Li Xiaoqing (Department of General Surgery, Children's Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing, 400014, China)

[Abstract] **Objective** To review the diagnosis and treatment of pyloric canal polyp in infants and toddlers suffering progressive gastric outlet obstruction. **Methods** Clinical data of 5 male infants and toddlers, at age of 10 to 26 months (mean 15.6 months) with pyloric canal polyp admitted in our department from January 1993 to February 2009 were analyzed. **Results** Of 5 cases, the starting was acute and severe. the conservative treatment was out of effect and no any assistant examination was helpful during diagnosis, and every case was diagnosed clearly through exploratory laparotomy, cured with polypectomy and classic pyloroplasty. **Conclusion** Currently, the exploratory laparotomy is an important way to diagnose pyloric canal polyp in infants and toddlers, while other assistant examination seems useless in this aspect. Polypectomy and classic pyloroplasty should be carried out during exploration, and it is dangerous for their life without correct therapy in time.

[Key words] infants; toddlers; pyloric canal; polyp; diagnosis; treatment

Corresponding author: Li Xiaoqing, Tel: 86-23-63628679, E-mail: xiaoqingli0904@163.com

胃息肉的发病率低,目前未见确切统计学资料,国外报道显示胃息肉发病率为0.33%~0.90%,胃镜检出率为0.4%~1.0%[1]。我国胃镜检出率为2%左右[2]。发生于胃幽门管的息肉,特别是发生于婴幼儿幽门管的息肉非常罕见。由于婴幼儿幽门管解剖、组织结构的特殊性,目前,婴幼儿幽门管息肉较难通过辅助检查明确诊断。现将我院1993年1月至2009年2月共收治的5例婴幼儿幽门管息肉病例诊治情况进行总结和分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

5例幽门管息肉患儿,年龄10~26个月,平均15.6个月,均为男性患儿。患儿均经过内科诊治无效且不能明确诊断后转入小儿普外科进一步诊治。

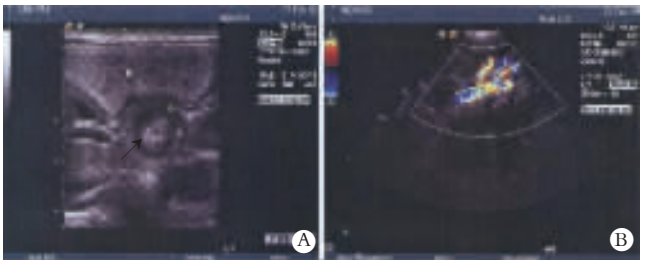
急诊入院4例,平诊1例。反复呕吐胃内容物伴进行性贫血病例3例;呕血、黑便伴贫血2例。患儿早期呕吐物为胃内容物,呕吐进行性加重并出现咖啡样呕吐物,不含胆汁,呕吐为非喷射性,多在进食后2~3 min或1~2 h内发生,伴食欲减退、中重度贫血、黑便、腹泻或消瘦。既往健康,无胃肠道息肉或胃肠道肿瘤家族史。入院后体格检查:轻度至中度消瘦貌,轻度至重度贫血貌,腹壁、四肢、面部皮下脂肪减少(0.4~0.7 cm),皮肤弹性差,肌肉松弛,轻度至中度脱水貌,体质量均不低于该年龄段正常小儿体质量的15%,有2例患儿肝脏肋下1 cm 2例,此外无特殊异常。

1.2 辅助检查

所有病例行血液学常规检查:外周血白细胞计数增高2例(11.4×10^8/L和12.7×10^8/L),1例以"腹泻病"入院,1例以"感冒"伴呕吐入院;红细胞计数降低4例[$(2.4\sim3.3)\times10^9$/L];血

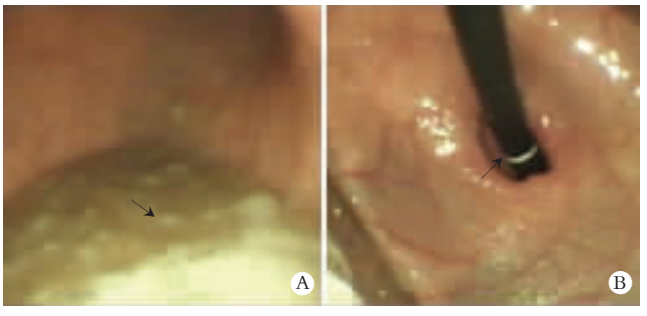
[通信作者] 李晓庆,电话:(023)63628679, E-mail: xiaoqingli0904@163.com

红蛋白显著降低4例(70~88 g/L),呈小细胞低色素性贫血表现。大便常规示隐血试验阳性(+)3例。血电解质检查:低K^+2例(2.5 mmol/L和3.3 mmol/L)、低Cl^-2例(75.6 mmol/L和78.4 mmol/L)。腹部B超提示:胃扩张、胃潴留、幽门梗阻3例;幽门肌肉增厚1例;幽门狭细、十二指肠-胃-食管返流、十二指肠梗阻1例(图1)。钡餐X线造影显示:幽门梗阻3例;胃扩张、幽门狭细、胃-食管返流1例,1例未做钡餐X光线造影。胃镜显示:幽门梗阻、食管裂孔疝可疑1例;食道炎、幽门梗阻1例;上消化道或幽门梗阻1例(图2);2例未做胃镜。^{99}Tc扫描:未见麦克憩室显像。骨髓穿刺检查未见异常。胸部X线片肺纹理增粗1例,其余4例均正常。小便常规、肝肾功能均正常。辅助检查结果提示:①中度小细胞低色素性贫血。②胃流出道梗阻影像。



A:动态扫描 胃内容物通过幽门困难,幽门显示清晰,管径1.2 cm,肌层厚0.3 cm,无肌层增厚(箭头所示);B:多切面扫描 进食6 h后胃内容物潴留明显,幽门管腔内结构显示困难

图1 幽门管增生性息肉患儿腹部超声检查结果



A:胃底黏液湖内较多宿食残留(箭头所示);B:幽门梗阻 镜头无法通过(箭头所示),十二指肠球部及降部无法到达

图2 幽门管增生性息肉患儿上消化道胃镜观察

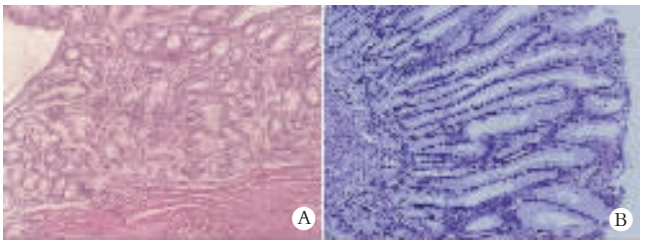
1.3 治疗方法

患儿入院后给予能量合剂、止血、输血等对症支持治疗均不能缓解症状。由于患儿病情急、重,反复呕吐咖啡样物,进行性贫血、脱水加重,多项辅助检查不能明确诊断,5例患儿均予以剖腹探查术,探查发现5例患儿的幽门管均被息肉阻塞而形成完全性或不完全性胃流出道梗阻,给予息肉摘除和幽门管成形术治疗。

2 结果

5例患儿共摘除息肉6枚。息肉部位:幽门管,其中1例患儿于幽门入口处有息肉2枚;1例患儿的幽门管息肉有溃疡病灶、息肉表面有散在浅表溃疡出血灶。息肉性质:病理组织学检查示粘膜息肉样增生,细胞无异型性2例;幽门腺体增生,腺体无异型性3例(图3)。息肉大小:最小0.8 cm×0.6 cm×0.8 cm,最大2.0 cm×1.0 cm×0.5 cm。

5例患儿均经过剖腹探查术确诊为幽门管息肉,行息肉摘除、幽门管成形术后幽门梗阻症状消失,贫血好转,患儿于手术后7~10 d出院,平均住院时间16.6 d。其中2例随访11年,1例随访8年,1例随访7年,1例随访20 d,平均随访时间约5年2个月,患儿均生长发育良好,未见呕吐、便血、厌食或贫血等症状再次出现,未见息肉复发表现。



A:胃幽门黏膜息肉样增生;B:幽门腺增生,腺体无异型性

图3 幽门管增生性息肉患儿息肉活检组织病理观察 (HE ×50)

3 讨论

胃息肉是指胃黏膜局限性良性隆起病变,息肉这一名称不代表它的病因及组织学构造,只表示肉眼观察到的新生物。胃息肉的病因及发病机制目前仍不清楚,研究显示幽门螺旋杆菌感染是胃息肉发生的重要危险因素[3-5]。胃息肉多发生于胃窦,少数于胃体上部、贲门和胃底,婴幼儿胃息肉仅有罕见国外文献报道[6,7],从可以获得的中英文文献中未见婴幼儿幽门管息肉报道。胃息肉发病率低,主要发生于40~69岁年龄组,女性:男性为2.4:1[8]。本组患儿平均年龄15.6个月,均为男性患儿,虽然病例较少,但我们应该对此引起注意,可能小于3岁的男性患儿是幽门管息肉的临床特点和发病因素。

胃息肉临床常无明显症状,常在胃镜及胃肠X线钡餐检查时发现,同时,其临床表现还因息肉大小和发生部位不同而不同,可为偶然上腹部不适、上腹胀、食欲减退、恶心、呕吐、呕血、黑便及罕见的胃流出道梗阻症状,极少数患者出现失血性休克[7,9]。本组病例息肉发生部位(幽门管)和发生年龄(<2.5岁)特殊,其临床表现突出,患儿早期即有持续性进行性加重的幽门梗阻症状,甚至出血引起中重度贫血、脱水甚至电解质紊乱,患儿病情急、重,需要及时处理。

胃息肉的诊断主要依靠胃镜和上消化道X线钡餐造影检查。Morais[8]及Diana等[10]报道电子胃镜和上消化道钡餐是发现胃息肉的主要手段,检出率高。

造影检查可检查出较大的息肉,表现为突出于胃腔的隆起性病变,但诊断率较低。气钡双重对比造影也仅能发现0.5 cm以上的息肉,而对大的息肉易发生误诊。诊断胃息肉可靠的手段是胃镜。内镜下所见到的息肉常规活检,组织病理活检是诊断息肉的金标准。然而,在本组病例中,电子胃镜、上消化道钡餐以及B超除了显示幽门梗阻外均不能发现幽门管息肉,不能术前获得息肉而不能明确诊断,其原因在于婴幼儿幽门管狭细,正常的幽门管直径1.0~1.3 cm,息肉堵塞幽门管,电子胃镜探头不能进入幽门管而不能发现管内息肉,也不能行内镜息肉摘除术;钡剂不能进入幽门管并涂布于息肉表面以至显像失败;由于患儿胃内存在大量气体而较难通过B超识别息肉。剖腹探查术是确诊本组病例的重要手段,在临床实践中对于不能术前诊断的婴幼儿幽门管息肉可以考虑作上消化道CT或MRI检查,争取术前诊断[11]。引起婴幼儿幽门梗阻症状的疾病较多,除了常见的先天性幽门肥厚幽门狭窄外,还包括胃黏膜脱垂症、幽门闭锁、幽门前瓣膜、胃重复畸形、迷走胰腺组织、嗜酸细胞性胃肠病、慢性肉芽肿病、先天性胆总管囊肿等,这些疾病的临床表现、电子胃镜、B超或消化道钡剂造影等检查结果可以与婴幼儿幽门管息肉的相应表现进行鉴别诊断[12,13]。经过本组5例婴幼儿幽门管息肉的诊治经过,作者对婴幼儿幽门管息肉的诊治有如下体会:虽然胃息肉可以较容易的通过胃镜或上消化道X线钡餐造影以及病理活检获得明确诊断,但是婴幼儿幽门管息肉的诊断却相当困难,且一旦发病则起病急,发病快而重,出血发生率明显高于幽门管的其他疾病(如先天性幽门肥厚梗阻、幽门狭窄、幽门前半膜或幽门失迟缓症等),辅助检查不能明确诊断,婴幼儿幽门管息肉的最后诊断依靠于剖腹探查术。息肉于剖腹探查术同时切除,治疗效果良好。

胃息肉在病理上主要分为增生性息肉(75%~90%)和腺瘤性息肉(10%~25%)[6,14]。儿童胃息肉发病率低,一旦发现多属于腺体良性增生,很少有恶性变趋势,且胃息肉有自行消退的趋势,预后良好[15]。本组病例行息肉摘除术治疗后随访20 d至11年,平均随访时间约5年2个月,均未见息肉复发或恶性病变者。

本次病例分析目的在于,如遇婴幼儿幽门梗阻病例,在结合临床表现与B超、电子胃镜和钡剂造影检查结果均不能明确诊断时,应将婴幼儿幽门管息肉考虑为可能的病因之一,果断进行剖腹探查术以获得及时有效治疗,避免延误病情给患儿带来生命危险,给家长带来痛苦。希望本组病例分析资料能为广大儿科医师提供参考。

参考文献:

[1] Ljubicic N, Banic M, Kujundzic M, *et al*. The effect of eradicating Helicobacter pylori infection on the course of adenomatous and hyperplastic gastric polyps [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1999, 11(7): 727-730.

[2] 姚希贤. 临床消化病学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 1368-1641.

[3] Matsumoto Y, Marusawa H, Kinoshita K, *et al*. Helicobacter pylori infection triggers aberrant expression of activation-induced cytidine deaminase in gastric epithelium[J]. Nat Med, 2007, 13(4): 470-476.

[4] Moodley Y, Linz B, Yamaoka Y, *et al*. The peopling of the Pacific from a bacterial perspective[J]. Science, 2009, 323(5913): 527-530.

[5] Kwok T, Zabler D, Urman S, *et al*. Helicobacter exploits integrin for type IV secretion and kinase activation[J]. Nature, 2007, 449(7164): 862-866.

[6] Kim S, Chung C J, Fordham L A, *et al*. Coexisting hyperplastic antral polyp and hypertrophic pyloric stenosis[J]. Pediatr Radiol, 1997, 27(12): 912-914.

[7] Cerwenka H, Bacher H, Mischinger H J. Pyloric obstruction caused by prolapse of a hyperplastic gastric polyp[J]. Hepatogastroenterology, 2002, 49(46): 958-960.

[8] Morais D J, Yamanaka A, Zeitune J M, *et al*. Gastric polyps: a retrospective analysis of 26, 000 digestive endoscopies[J]. Arq Gastroenterol, 2007, 44(1): 14-17.

[9] Alper M, Akcan Y, Belenli O. Large pedinculated antral hyperplastic gastric polyp traversed the bulbus causing outlet obstruction and iron deficiency anemia: endoscopic removal[J]. World J Gastroenterol, 2003, 9(3): 633-634.

[10] Diana A, Penninck D G, Keating J H. Ultrasonographic appearance of canine gastric polyps[J]. Vet Radiol Ultrasound, 2009, 50(2): 201-204.

[11] Clemente G, Sarno G, De-Rose A M. Electronic clinical challenges and images in GI. Giant gastric polyp prolapsing into the duodenum [J]. Gastroenterology, 2009, 136(3): e5-e6.

[12] Al-Salem A H. Congenital pyloric atresia and associated anomalies [J]. Pediatr Surg Int, 2007, 23(6): 559-563.

[13] Lubrano J, Scatton O, Schlesser C, *et al*. Aberrant pancreas and duodenal diaphragm: an exceptional association[J]. Ann Chir, 2006, 131(5): 334-337.

[14] Espejo-Romero L H, Navarrete-Siancas J. Gastric epithelial polyps (part two)[J]. Rev Gastroenterol Peru, 2004, 24(1): 50-74.

[15] Chen P C. Gastric polyp autoregression[J]. Gastrointest Endosc, 2003, 58(2): 254.

(**收稿**:2009-09-23;**修回**:2009-12-06)

(编辑 汪勤俭)