



明明白白看病·医患对话丛书 52

医患对话

痉挛性肠绞痛





明明白白看病·医患对话丛书 52

医患对话

痉挛性肠绞痛

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室 组织编写

科学普及出版社
·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

医患对话. 痉挛性肠绞痛/赵淑珍, 曹静等编著. —北京: 科学普及出版社, 2003.

(明明白白看病·医患对话丛书)

ISBN 7-110-05703-8

I. 医... II. ①赵...②曹... III. 肠痉挛-防治-普及读物 IV. R4-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 008945 号

科学普及出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话:62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京三木印刷有限责任公司印刷

开本:787 毫米×1092 毫米 1/32 印张:1 字数:22 千字

2003 年 5 月第 1 版 2003 年 5 月第 1 次印刷

印数:1-5000 册 定价:3.00 元

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、
脱页者,本社发行部负责调换)

明明白白看病·医患对话丛书

编委会

顾问	主任	曹荣桂	迟宝兰	李士			
主编	副主任	于宗河	赵淳				
主编	编	陈春林	李恩	武广华			
主编	编	于宗河	宋振义	刘建新	宋光耀		
副主编	编	李慎廉					
委员		(按姓氏笔画排序)					
		于宗河	王正义	王西成	王国兴	王继法	
		马番宏	叶任高	孙建德	李玉光	李连荣	
		李金福	李恩	李继光	李道章	李慎廉	
		李镜波	朱耀明	刘玉成	刘世培	刘兵	
		刘学光	刘运祥	刘建新	刘冠贤	刘湘彬	
		许风	江观玉	杜永成	苏汝好	杨秉辉	
		陈孝文	陈春林	陈海涛	宋光耀	宋述博	
		宋宣	宋振义	欧石生	张阳德	苗志敏	
		范国元	林金队	武广华	周玉皎	郑树森	
		姜恒丽	郎鸿志	赵升阳	赵建成	赵淳	
		贺孟泉	郭长水	殷光中	高东宸	高岩	
		寇志泰	康永军	黄卫东	黄光英	黄建辉	
		曹月敏	崔耀武	彭彦辉	傅梧	黄湛忠	
		韩子刚	董先雨	管惟苓	管伟立	戴建平	
		赵淑珍	曹静	王蓓			
		李卫雨					

本册编著
特约编辑

策划 许英 林培
责任校对 赵丽英

责任编辑 高纷云
责任印制 王洁



痉挛性肠绞痛是怎么回事

医生问答

痉挛性肠绞痛



痉挛性肠绞痛又名肠痉挛、肠绞痛，是儿科临床上常见疾病之一。本病一般没有任何阳性体征，只是表现为阵发性腹痛，疼痛多在脐部，可自行缓解，也可发生较严重的并发症，家长及医生应提高警惕，病程有的可达2~3年或更长的时间，患儿表现一般情况好，疼痛过后玩耍如常。病情随着年龄的增长可以减轻，也可自愈。如无合并症，预后较好，目前在治疗方面尚无特效的办法。由于本病经常反复发作，给患儿带来很大的痛苦，增添了家长的经济和精神负担。故此家长应对痉挛性肠绞痛的基本知识有所了解。

1

● 肠道在人体的位置、主要结构与功能是怎样的

肠道属于人体的消化系统(图1)，位于人体的腹腔内，呈长管状，为中空性器官，包括小肠和大肠。其中小肠是消化道中最长的一段，也是消化吸收的最主要部位，上端接幽门(即

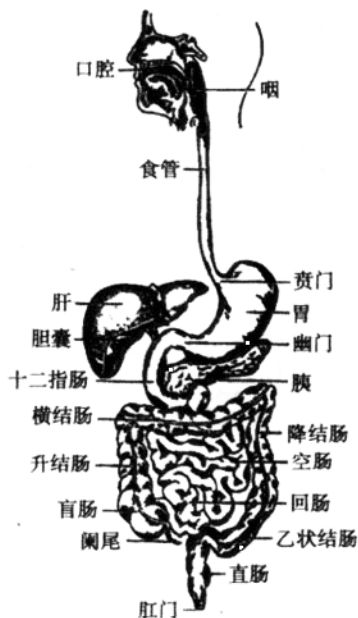


图 1 人消化系统解剖图

胃的下口)下端与大肠相接,在成人全长约为5~7米,在腹腔呈来回盘旋状,主要占据脐部周围位置。肠道具有一定活动性,如左侧卧位,小肠流向左侧腹,右侧卧位,小肠流向右侧腹,且有肠系膜牵拉,相对固定于腹后壁。小肠可分为十二指肠、空肠和回肠三部分。消化道壁由消化管内部向外部分为四层,最内层为黏膜层,与食物直接接触,具有保护吸收和分泌功能。第二层为黏膜下层,主要由疏松结缔组织组成,可使其接触的黏膜层有一定的移动性,以利保护和吸收,该层内还含血管、淋巴管和神经等。第三层为肌肉层,主要为平滑肌。平滑肌的特点:经常保持在一种微弱的持续收缩状态。这



样既能使肠道保持一定的形状和位置,又能使消化道的管腔内经常保持一定的压力,有利于食物的消化和吸收,可以容纳好几倍于自己原初体积的食物。平滑肌又分为二层,内层为环形肌,外层为纵形肌,这样内外层肌可以协调活动,使肠管既可扩张收缩又可延长缩短,使肠道蠕动,从而推动肠内容物向前运动。第四层(即最外层)为浆膜层,直接位于腹腔内,对肠道起保护作用。另外,十二指肠内有胆总管开口,进食后胆囊收缩,胆汁进入十二指肠,有中和胃酸和促进消化的作用。大肠是消化道的末段,长约1.5米,上接小肠末端于右下腹,终止于肛门,包括盲肠、阑尾、结肠和直肠,具有分泌吸收作用以及形成并排出粪便的作用。

● 什么是痉挛性肠绞痛

痉挛性肠绞痛又称肠绞痛或肠痉挛,是由于肠壁平滑肌阵发性强烈收缩而引起的阵发性腹痛,是小儿急性功能性腹痛中最常见原因,以婴幼儿最常见,学龄前及学龄儿童亦可出现,特点是发作突然,发作间歇时缺乏异常体征。

▲ 紧张性收缩

当食物进入肠腔后,为了与消化液混合和向前运送,肠壁平滑肌需要保持一定的紧张性,这是其他运动形式有效进行的基础。当小肠紧张性降低时,肠腔易于扩张,肠内容物的混合和转运减慢,相反,当小肠紧张性升高时,食糜在小肠中的混合和转运作用就加快。

▲ 分节运动

在肠壁平滑肌保持紧张性的基础上,为了将食物与消化液充分混合,小肠还需具有其他运动形式,其中包括分节运动。它是一种以环形肌为主的节律性收缩和舒张运动。在食



糜所在的一段肠管上,环形肌在许多点同时收缩,把食糜分割成许多节段,随后,原来收缩处舒张,而原来舒张处收缩,使原来的节段分为两半,而相邻的两半则合拢来形成一个新的节段,如此反复进行,食糜得以不断地分开,又不断地混合(图2)。

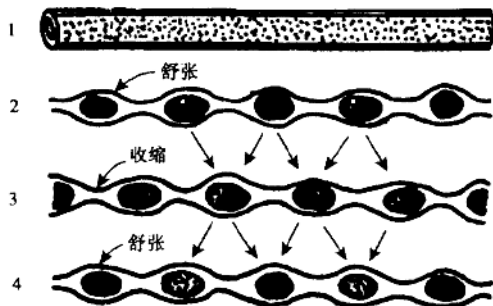


图2 小肠的分节运动模式图

1. 肠管表面观 2、3、4. 肠管切面观,示不同阶段的食糜节段分割和合拢情况

分节运动的推进作用很小,它的作用在于使食糜与消化液充分混合,便于进行化学性消化,它可使食糜与肠壁紧密接触,为吸收创造了良好的条件。分节运动还能挤压肠壁,有助于血液和淋巴液的回流。

4

▲ 蠕动

在食物的消化过程中,分节运动的推动作用很小,此时,就需要另一种运动形式将食物向前推进一步,到达一个新肠段,再开始新的分节运动,这就是蠕动。小肠的蠕动可发生在小肠的任何部位,其速度约为0.5~2.0厘米/秒,近端小肠的蠕动速度快于远端。

在小肠还常可见到一种进行速度很快(2~25厘米/秒),



传播较远的蠕动,称为蠕动波。它可把食糜从小肠始端一直推送到末端,有时还可推送到大肠。蠕动波可能是由于进食吞咽动作或食糜进入十二指肠引起的。正是由于具有以上三种运动形式,肠道才能完成其各种功能,维持人体的正常机能。

● 痉挛性肠绞痛是怎样得的

为了更好地理解肠痉挛的起因,首先应了解小肠运动的正常调节,它大致可分为以下三种。

▲ 内在神经丛的作用

大家知道,骨骼肌的收缩运动需要神经纤维的支配,同样,肠壁平滑肌的运动也受到神经纤维的支配。在纵行肌和环行肌之间存在肌间神经丛,它对小肠起主要调节作用。当食物和消化液等物质作用于肠壁时,通过刺激肌间神经丛,可引起平滑肌的蠕动运动。如果切断小肠的外来神经,小肠的蠕动仍可进行,这就可充分表明肌间神经丛的作用。

▲ 外来神经的作用

支配肠壁平滑肌的神经除了肌间神经丛外,还有外来神经,它包括交感神经和副交感神经。一般来说,交感神经兴奋产生抑制作用,副交感神经兴奋产生兴奋作用。但它们的作用还会根据肠肌当时的状态而改变。如肠肌的紧张性高,无论交感或副交感神经都使之抑制;相反,如紧张性低,这两种神经兴奋都有增强其活性的作用。

▲ 体液因素的作用

人体内有許多重要的内分泌器官,它们分泌多种激素,随循环系统至体内多处脏器,(其中包括肠壁)发挥作用。同时,神经末梢还会分泌多种神经递质,作用于肠壁平滑肌。又



由于小肠壁内神经丛和平滑肌对各种化学物质具有广泛的敏感性,这些都增强了激素和递质的作用。到目前为止,该病的发病原因尚不完全明了。可能原因有:①对牛乳过敏。比较公认的是部分患儿由于对牛乳过敏导致。特别是生牛乳,因其蛋白质分子量大,更易引起过敏。②上呼吸道感染。在上呼吸道感染后,病毒或细菌毒素刺激胃肠黏膜,使肠道功能紊乱,胃液分泌减少,食欲下降,使食物中糖不能完全利用,无氧酵解增加,血中乳酸增多,乳酸刺激肠管导致腹痛;同时,上呼吸道感染后,对蛋白质的消化功能亦减低,使蛋白质不能完全分解成可被人体肠道利用的小分子蛋白质,反而产生大量的氨及硫化氢,导致腹胀腹痛。上呼吸道感染的病毒、细菌还能使体内脂肪代谢异常,使脂肪不能正常地代谢成能量给人体利用。相反,代谢不全的脂肪可产生大量的酮体,血中酮体增加,可使肠道积气蠕动增强,腹痛腹胀。故上呼吸道感染后应吃清淡的食物。③身体或腹部处于寒冷的环境中。如穿衣服少,盖被子薄或睡觉蹬被子后着凉,肠蠕动增强。④消化不良。如暴饮暴食,积食,喂养不当等。⑤大量食用冷食冷饮。⑥缺钙。如早产儿、小儿出生后未及时补钙、晒太阳较少等,由于体内低钙造成肠道平滑肌兴奋性增高,易痉挛致腹痛。⑦便秘。⑧奶中糖量过多或喂奶过量致肠道内积气所致。⑨肠炎,细菌毒素或病毒可致肠道运动功能异常。⑩肠道内寄生虫及毒素刺激。⑪剧烈运动。以上原因均可导致肠壁缺血或副交感神经兴奋,引起一过性肠壁肌肉痉挛,暂时阻断肠内食物通过,导致近端肠端肌肉强力收缩及蠕动紊乱,随蠕动程度增强,使腹痛阵发性加剧,引起呕吐,经过一定时间的痉挛后,肌肉松弛,腹痛开始缓解,一段时间后又复发。



● 痉挛性肠绞痛有哪些临床表现

▲ 症状

健康小儿突然发作阵发性腹痛，有时从睡眠中突然痛醒，有些患儿过去有同样发作病史。每次发作持续时间多不长，从数分钟至数十分钟，时痛时止，多反复发作数十分钟至数小时而自愈，个别患儿可延至数日。腹痛程度轻重不等，严重者哭闹不止，翻滚，出汗。重者面色苍白，手足发凉。

▲ 体征

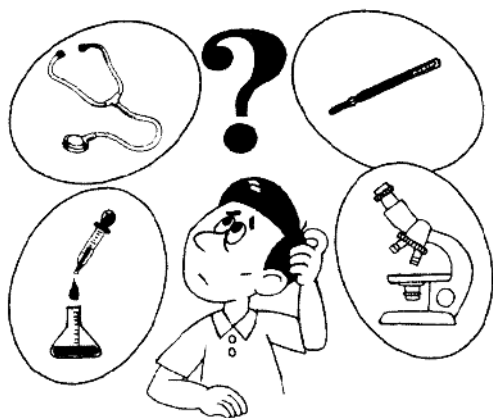
发作时，可见全腹触痛过敏，似有腹肌紧张，但发作间歇时全腹柔软，不胀，无固定压痛点或腹肌紧张，无肠形或肿物。有时能摸到索条状痉挛的肠管。发病中患儿营养不受影响，少见重病容或脱水表现。不发作时能步行就诊，但继发于呼吸道感染等疾病者，可有发热等原发病表现。

▲ 典型病例肠痉挛多发生在小肠

腹痛部位以脐周为主，多伴有呕吐。远端大肠痉挛绞痛放射至右下腹。降结肠或乙状结肠绞痛常在大便前出现。较小儿童及幼儿痉挛可发生在胃或幽门部，绞痛以剑突为主。呕吐常为突出症状，在饭后发生轻度腹痛时，常精神不佳，吐出食物后，精神好转，玩乐等活动时同平常一样。少数较大儿童痉挛发生于结肠肝曲或脾曲，绞痛以一侧季肋部为主。3个月以下小婴儿绞痛的主要表现为阵发性哭闹，可突然大声哭叫持续数小时。哭时面部潮红，口周苍白，腹部胀而紧张，双腿向上蜷曲，双手紧握，足发凉。发作可因患儿力竭、排气或排便而中止。腹痛虽多次发作，但可自愈。



诊断痉挛性肠绞痛需要做哪些检查



● 基本、必做什么检查

诊断痉挛性肠绞痛要做的检查,应该根据患儿患病后具体的临床表现不同选择相应的检查,但有些常规性的检查还是应该做的,有如下几项。

▲ 大便常规

如果患儿面色苍黄,食欲好,而身体却消瘦,眼睛巩膜(俗称白眼珠)上有点状的蓝斑,下唇黏膜有许多小的隆起,隆起与黏膜颜色一致,手指甲表面有小白点,此时应该首选化验大便常规。方法:取患儿粪便少许,显微镜下查虫卵,可确诊是否有蛔虫等寄生虫的感染。如果患儿患病前吃过不干净的食物(如变质的食物、没洗干净的生菜瓜果)并伴有腹



痛、腹泻、粪便里含有脓血,同时患儿有发烧、头痛、头晕、浑身无力等症状,此时亦首先化验大便常规,化验结果中若有红细胞及多数白细胞及脓细胞即可诊断为急性肠炎或菌痢。如果患儿是较小婴儿,喂养不当,饮食量不合理,或突然改变食物品种或过早喂给大量淀粉或脂肪类食品,或若为较大患儿,年龄在1~3岁,发病前有过暴饮暴食等饮食不当史,粪便为稀水样或蛋花汤样,应检查粪便中是否有脂肪球,如显微镜下查到脂肪球则为脂肪性腹泻。俗称消化不良或小儿腹泻。

▲ 大便潜血实验

如果较小患儿食欲差、呕吐、进食后啼哭、腹胀、贫血、生长发育迟缓,大便时有发黑、怀疑患儿消化道出血可做此项检查。若为较大患儿,可自诉为反复发作的脐周及上腹部胀痛、烧灼感,严重时疼痛剧烈并放射至背部或左右上腹部,考虑患儿为胃炎及胃溃疡时,可选取做大便潜血的检查。大便潜血正常时为阴性。

▲ 血常规

如果患儿表现为转移性右下腹疼痛,即开始可先为脐周疼,然后疼痛可转移到右下腹部,伴有恶心、呕吐、腹泻等消化道症状,同时有发热、浑身无力、食欲不振等全身中毒症状考虑为急性阑尾炎时,可做此检查。若患儿几天前曾患上呼吸道感染或肺炎等呼吸道疾病,近几日腹部剧痛,多在脐周附近,如用手轻按压,可触及有多个有压痛的淋巴结,考虑为肠系膜淋巴结炎时,也可做此项检查。血常规检查方法为取患儿手指血一滴化验,如果白细胞计数高于正常值 $[(4\sim 10)\times 10^9/\text{升}]$ 的最高值,分类中性粒细胞偏高时,表示有细菌感染。正常6岁以上的儿童血常规白细胞正常值为 $(4.0\sim 10)\times 10^9/\text{升}$,中性粒细胞 $0.50\sim 0.70$,嗜酸粒细胞 $0.005\sim 0.050$,红细



胞 $(4.0\sim 4.5)\times 10^2/\text{升}$;血红蛋白为 $120\sim 140\text{克}/\text{升}$,新生儿白细胞计数正常值 $(12\sim 15)\times 10^9/\text{升}$,新生儿中性粒细胞0.65,淋巴细胞0.30,生后4~6天中性粒细胞和淋巴细胞大致相等,随后中性粒细胞0.35,淋巴细胞0.60,4~6岁中性粒细胞和淋巴细胞又一次大致相等。

▲ 拍立位腹平片

如果患儿有停止排气并有停止排大便,同时有腹部剧烈胀痛,伴有呕吐尤其是呕吐物常有前一天食物,并有发酵的酸臭味,呕吐后常略感腹部舒适,可在体表见到胃和肠的形状和蠕动波,特别是饭后更明显,此时可以拍立位腹平片,观察如果有阶梯状的液气平面(即肠内下面为液体,而上面则是密度较小的气体,表现为阶梯状的液气平面),可确诊为肠道梗阻性疾病。该检查需患儿配合,小量X线对患儿无损害。

● 选用检查有哪些

根据以上检查,基本可以判断出痉挛性肠绞痛的原因,但若根据上述检查仍不能做出诊断时,可根据具体情况选做下列检查。

▲ 消化道造影或胃镜

如果患儿上腹部烧灼痛、胀痛或剧痛,有时在饥饿时痛(饭前疼痛,进食后可缓解),同时伴上腹胀满、厌食、反酸、嗝气等症状,用手按压剑突下(即胃部),患儿可因疼痛而表现出烦躁拒按,甚至哭闹不止。为确诊是否为胃溃疡或胃炎,应做消化道造影检查。如果消化道造影显示钡剂轮廓周围可见到一光滑环堤、外面为辐射状黏膜皱襞;胃镜检查可看到圆形或椭圆形、边缘光整、底部充满灰黄色或白色渗出物,周围黏膜可有充血、水肿,黏膜皱襞向溃疡集中,则可确诊为胃溃



疡。一般先选择消化道造影,消化道造影仅服一口白色的糊状钡剂,痛苦小,小婴儿及新生儿也能接受此检查。而胃镜适于年长儿童,痛苦较大,但是比消化道造影更直观。

▲ 结肠镜

如果患儿腹痛伴腹泻(大便一天数次,便中带脓血黏液,有时可为稀水样),腹痛主要是左下腹疼痛,若疼痛剧烈时可在左下腹摸到痉挛的降结肠或乙状结肠,较重患儿可表现为消瘦、贫血及电解质紊乱等症状,并且症状持续时间较长,可达数周至数月,考虑为结肠炎时要做此检查,若结肠镜下能看到黏膜上附有脓血分泌物,黏膜弥漫性充血、水肿、血管模糊、质脆易出血或有炎性息肉等黏膜炎性病变时,可确诊为结肠炎。该检查适于年大儿童。

▲ 肝功能

若患儿腹痛表现为全身不适、乏力、食欲减退、肝区疼痛、腹胀、夜间失眠、低热,体检时发现面部发黄甚至全身皮肤都黄染,巩膜(俗称白眼珠)也发黄,可做此项检查。肝功能中血清转氨酶和胆红素升高、血清清蛋白降低、球蛋白升高、凝血酶原时间延长、血清碱性磷酸酶和 γ -谷氨酰转移酶升高,可确诊为甲型肝炎。肝功能化验方法,清晨空腹取静脉血2毫升送验。较小的孩子取血困难,一般情况下无明显的指征,不轻易取血做该项检查。

▲ 肝胆B超

如果患儿右上腹持续剧烈疼痛,常伴恶心、呕吐,可有高热、惊厥,检查右上腹明显压痛及腹肌紧张,血象检查有白细胞升高、中性粒细胞升高、核左移等现象时,可以选做此项检查。若见到胆囊明显增大有液性暗区或有结石影,可作出胆囊炎或胆结石的诊断。检查方法:受检者清晨空腹,较小的孩



子清晨5点不要喂奶,此项检查没有任何痛苦。

▲ 脑电图

如果患儿有突然发作的腹部绞痛,多在脐周,有时在其他部位,持续数分钟至数小时,可以反复发作,经腹部检查及
以上有关化验及心电图均正常,考虑为腹型癫痫时可做此项检查,脑电图有棘波或尖波、棘慢或尖慢复合波、高幅阵发性慢波等癫痫波形时,可确诊为腹型癫痫。该项检查对较大患儿无痛苦,但较小的孩子不能配合大夫检查,此时必须用镇静剂,如10%水合氯醛每千克第一次0.5毫升,对水等量口服,无论体重有多重,最大量不超过10毫升。或鲁米那每次每千克4毫克,肌肉注射,最大量不超过100毫克,或用安定每次每千克0.3毫克,最大量每次不超10毫克。以上三种镇静剂仅选一种。最好采用口服水合氯醛,其效果好,睡眠快,无痛苦。





痉挛性肠绞痛怎样治疗



● 西医治疗痉挛性肠绞痛有哪些方法

▲ 寻找病因、对因治疗

▲ 解痉镇静止痛治疗

△多数患儿在保暖条件下睡眠后可自愈。

△常用的解痉止痛药有颠茄片，每岁每次服颠茄片1毫克(相当于1/10片)，超过10岁的最大量亦不超过10毫克。如疼痛反复发作，两次服药间隔不小于4个小时。疼痛严重时，除外急腹症后，可注射阿托品，必须由大夫指导使用。阿托品每次每千克体重0.01毫克，必要时肌注。颠茄及阿托品均有口干、面红、心率加快的不良反应，如疼痛能自行缓解或不严重，最好不用解痉止痛药。

△腹部放置温水袋或用暖手按摩腹部。

△温盐水灌肠也能缓解痉挛及排出积气。

△大便干，可用开塞露通便。通便后多数都能缓解。