

·经验交流·

845 例小儿急性肠套叠诊治体会

蒋跃先

【摘要】 目的 总结小儿急性肠套叠的诊治经验。 方法 回顾性分析 845 例小儿急性肠套叠患儿的病例资料。 结果 本组空气灌肠复位 845 例,成功 843 例,复位成功率为 97%,全部患儿无 1 例出现肠破裂及因此造成气腹者。2 例复位不成功者术中证实为多发型肠套叠。全部患儿均痊愈出院。 结论 早期诊断是治疗小儿急性肠套叠的关键,随着医疗卫生条件的改善和科学知识的普及,大多数患儿能够得到早期诊断和空气灌肠整复治疗,需行手术治疗的病例越来越少。

【关键词】 肠套叠/外科学;诊断;治疗

急性肠套叠是小儿最常见的急腹症之一,早期诊断,及时合理的治疗是确保疗效的关键,我院 1985 年~2005 年收治 845 例急性肠套叠患儿,疗效满意,现总结如下。

资料与方法

一、一般资料

本组 845 例,男性 735 例,女性 110 例。平均年龄 17.8 个月(3 个月~12 岁),其中 2 岁以内 765 例,占 91.5%。发病时间在 24 h 内 50 例,占 70%,24~48 h 15 例,占 21%,超过 48 h 以上 6 例,占 8%。

665 例有阵发性哭闹,159 例有呕吐,48 例伴有血便,36 例腹部扪及包块,56 例伴有腹胀,脱水酸中毒 11 例。

肠套叠类型:回结肠型 755 例,回回型 75 例,回回结肠型 10 例,回结结肠型 3 例,多发型 2 例。

二、方法

全部患儿均行空气灌肠复位治疗。先做腹部透视,了解有无肠梗阻、肠穿孔。使用 Foley 气囊导尿管插入直肠内约 6~10 cm,自气囊注入空气约 20~30 ml。调节空气灌肠压力为 60 mm Hg,自肛管注入空气,利用 JS-818 型灌肠整复仪,在 X 线透视下观察气体的进入,了解有无气体受阻的杯形影区,如套叠头部与周围比较,呈现一椭圆形阴影区,即为肿块阴影。继续注气加压至 80 mm Hg 左右,最大压力不能超过 90 mm Hg,观察肿块阴影的变化,直到套叠复位,此时肿块逐渐消失,右下腹出现几个明亮的气泡影,并很快扩展至中腹和左腹部,显示套叠肠管已经复位。2 例复位不成功者转开腹手术。

结 果

本组空气灌肠复位 845 例,成功 843 例,复位成功率为 97%,全部患儿无 1 例出现肠破裂及因此造成气腹者。2 例复位不成功者术中证实为多发型肠套叠。全部患儿均痊愈出院。

讨 论

急性肠套叠是婴幼儿时期常见急腹症,是引起小儿肠梗阻的常见原因。男孩多见,多发生于 4 个月~2 岁小儿,1 岁以内更多见,2 岁以后随着年龄的增长发病逐渐减少。阵发性腹痛、呕吐、血便、腹部包块是其主要症状。早期诊断是治疗的关键,随着医疗卫生条件的改善和科学知识的普及,大多数患儿能够得到早期诊断和空气灌肠整复治疗,需行手术治疗的病例越来越少。

一、易患因素

婴幼儿时期容易发生肠套叠与以下因素有关:

①婴幼儿时期回盲部发育不健全,活动度大,很多婴幼儿出生 4 个月起开始添加辅食,受辅食的影响,肠蠕动更加活跃,加上婴幼儿肠神经节发育不健全,远近端肠蠕动不协调,因而容易发生肠套叠。②与病毒感染有关,有学者认为,小儿肠套叠的发生与上呼吸道感染和婴幼儿腹泻有关联^[1],可能是病毒感染引起回盲部末端肠壁的淋巴组织增生,肠蠕动失去正常节律性,或者肠管发生持续性局部痉挛,使痉挛肠管被推如远端肠管,形成肠套叠。

二、容易误诊的因素

小儿急性肠套叠多具有典型的临床表现,如患儿有阵发性哭闹、呕吐、腹痛,特别是伴有果酱样大便,腹部扪及腊肠样包块则可明确诊断。但少数患儿

作者单位:湖南省益阳市人民医院外一科(413000)。

由于病情的发展或合并其他疾病,临床症状不典型,家属观察病情不仔细,小儿体检困难等因素,容易误诊或漏诊而延误治疗。常误诊为细菌性痢疾、急性出血性小肠炎、上呼吸道感染等,因此,需仔细询问病史,采取必要的辅助检查,如肛诊、空气灌肠造影等,降低误诊率。

通常对疑似病例,空气灌肠造影是常用的辅助检查方法,即可协助诊断,又可对检查过程中明确诊断的病例进行整复治疗,急性肠套叠患儿空气灌肠造影时可见空气在结肠受阻,阻端呈“杯口状”。

三、空气灌肠复位治疗

利用空气灌肠使套叠的肠管在一定压力下复位是治疗小儿急性肠套叠的首选方法,肠套叠空气灌肠复位率可达 90% 以上^[2]。绝大多数患儿预后良好,但如患儿套叠时间长,一般情况差或多发型肠套叠则不宜选用,因此掌握好肠套叠复位的适应症是治疗的关键,我们认为在患儿全身情况良好,发病时间不超过 48 h,无明显腹膜刺激征,腹胀不剧烈情况下选用空气灌肠复位易于获得成功。发病时间长短对复位成功与否有明显的关系,时间越短则成功率越高。对时间超过 48 h,且患儿一般情况差的患儿应果断采取剖腹手术复位,以防复位过程中发生结肠穿孔等严重并发症。

复位过程中应注意以下几点:①根据患儿以及肠套叠实际情况灵活掌握好压力,以既达到整复效果,又不致引起肠穿孔为原则。②整复过程中应于透视下密切观察肿块阴影的大小、位置及结肠变化情况,如肿块阴影停止不前或在停止注气后阴影又有回升,不可盲

目增加压力,以防止结肠过度扩张,而应停止灌肠而行手术。③有些套叠较紧而致复位困难的病例可暂不加压,放开肛管尽量排除结肠内气体,于腹部轻柔按摩肿物或者待患儿安静或休息片刻后再次加压注气,促进套叠复位。④按步骤仔细操作,逐渐注气加压,当充气压力达到一定程度后可维持即能满足灌肠复位的要求,注气过程中如出现气体向四周弥散,肿物阴影模糊不清,急剧腹胀,且腹肌紧张,为肠穿孔的表现,应立即停止注气,行腹部透视,并作腹腔穿刺排气,缓解腹胀后手术治疗。⑤肠穿孔是空气灌肠复位最严重的并发症,如患儿套叠时间过长易引起肠坏死,此时如仍予增压可导致肠壁破溃穿孔,因此空气灌肠的压力应控制在 110 mm Hg 以内,若连续 3 次复位不成功应考虑手术治疗,强行增加压力是导致肠穿孔的主要原因。⑥复位前半小时肌肉注射镇静剂,必要时加用手法按摩等能提高灌肠复位的成功率。

四 手术治疗

对于空气灌肠复位失败或者发病时间超过 48 h,腹胀明显,有肠坏死可能者应果断采取手术治疗,术中应操作轻柔,复位后应观察肠壁的颜色、弹性,蠕动及肠系膜动脉搏动情况,判断肠管血运,根据肠管血运情况决定是否行肠切除肠吻合手术。

参 考 文 献

- 1 吴荣德 外科学 [M]. 第 5 版, 北京: 人民卫生出版社, 2001, 2:524.
- 2 莫崖冰, 郭细军, 王志强, 等. 急性肠套叠空气灌肠复位治疗体会[J]. 临床小儿外科杂志, 2004, 3(4): 291-292.
- 11 Cheong YC, Laird SM, Li TC, et al. Peritoneal healing and adhesion formation/reformation[J]. Hum Reprod Update, 2001, 7:556-766.
- 12 Holmdahl L, Falkenberg M, Ivarsson M L & Risberg B (1997) Acta Pathol Microbiol [J]. Scand 105: 25-30. 13 Holmdahl L, Eriksson E, Eriksson B. I & Risberg B. (1998) Surgery 123, 539-544.
- 14 Holmdahl L, Kotseos K, Bergstrom M, et al. Overproduction of transforming growth factor-beta1 (TGF-beta1) is associated with adhesion formation and peritoneal fibrinolytic impairment [J]. Surgery, 2001, 129:626-632.
- 15 刘映红, 袁芳, 肖平, 刘伏友等. TGF-beta1 对人腹膜间皮细胞分泌细胞外基质和 bFGF 的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2005 年, 12(14): 10-13.
- 16 Tietze L, Elbrecht A, Schauerte C, et al. Modulation of pro- and antifibrinolytic properties of human peritoneal mesothelial cells by transforming growth factor beta1 (TGF-beta1), tumor necrosis factor alpha (TNF-alpha) and interleukin 1beta (IL-1beta) [J]. Thromb Haemost, 1998, 79:362-370.
- 17 Sitter T, Spannagl M, Schiffel H et al. Imbalance between intraperitoneal coagulation and fibrinolysis during peritonitis of CAPD patients; the role of mesothelial cells [J]. Nephrol Dial Transplant, 1995, 10:677.
- 18 Liu HJ, Wu CT, Duan HF, et al. Adenoviral-mediated gene expression of hepatocyte growth factor prevents postoperative peritoneal adhesion in a rat model[J]. Surgery, 2006, 140:441-447.
- 19 Reed KL, Fruin AB, Gower AC, et al. A neurokinin 1 receptor antagonist decreases postoperative peritoneal adhesion formation and increases peritoneal fibrinolytic activity[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 2004, 101:9(1): 15-20.
- 20 Lucas PA, Warejcka DJ, Young HE, et al. Formation of abdominal adhesions inhibited by antibodies to transforming growth factor beta1 [J]. JSurg Res, 1996, 65(2): 135-138.
- 22 王德娟, 莫家骢等. 剖腹术后腹膜粘连发生机制和预防的研究现状及进展[J]. 中华小儿外科杂志, 2005 年, 26(5): 273-276.
- 23 Falk K, Björquist P, Stromqvist M, et al. Reduction of experimental adhesion formation by inhibition of plasminogen activator inhibitor type 1 [J]. Br J Surg 2001; 8: 11.

(上接第 62 页)

845例小儿急性肠套叠诊治体会

作者：[蒋跃先](#)
作者单位：[湖南省益阳市人民医院外一科, 413000](#)
刊名：[临床小儿外科杂志](#) **ISTIC**
英文刊名：[JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年，卷(期)：2007，6(2)
被引用次数：2次

参考文献(2条)

1. [吴荣德](#) 外科学 2001
2. [莫崖冰](#); [郭细军](#); [王志强](#) 急性肠套叠空气灌肠复位治疗体会[期刊论文]-[临床小儿外科杂志](#) 2004(04)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [何祖平](#). [马克杰](#). [He Zhuping](#). [Ma Kejie](#) 成人肠套叠九例误诊分析 -[临床误诊误治](#)1999, 12(4)
我院1985年4月~1996年3月诊治9例成人肠套叠均误诊, 现分析报告如下.
1 临床资料
1. 1 一般资料本组男8例, 女1例; 年龄21~67岁, 50岁以上占半数.
2. 期刊论文 [李建省](#). [于泳](#) 小儿肠套叠空气灌肠诊断及整复 -[中国误诊学杂志](#)2001, 1(7)
我院1999~2000年间, 采用空气灌肠明确诊断小儿肠套叠38例, 均进行加压整复, 复位困难者辅手法按摩和推压, 效果明显, 现予以分析探讨.
3. 期刊论文 [刘凤武](#). [LIU Fong-wu](#) 小儿急性肠套叠的诊治体会 -[临床小儿外科杂志](#)2006, 5(1)
目的探讨近2年来我科小儿急性肠套叠的诊治特点. 方法回顾性分析我科2003年5月~2005年5月收治的78例小儿急性肠套叠的临床资料, 结合自己的诊治体会进行分析. 结果78例小儿急性肠套叠空气灌肠前均行B超检查确诊, 整复成功72例, 成功率为92. 3%. 所有空气灌肠的患儿无肠破裂造成气腹者. 6例空气灌肠复位不成功者转行肠坏死肠切除2例, 手法复位固定3例, 手术入腹后见套叠块消失1例. 结论B超对诊断小儿肠套叠的准确率高, 应为首选的方法; X线空气灌肠对治疗早期小儿急性肠套叠复位成功率高, 是最经济简单而又安全有效的方法, 便于基层医院推广应用.
4. 期刊论文 [舒国顺](#). [李永国](#). [周建平](#) 成人肠套叠28例诊治体会 -[湖南医学](#)2002, 19(2)
成人肠套叠临床上较少见, 且临床表现多样, 诊断较为困难. 本院自1990年1月至2000年12月共收治成人肠套叠28例, 现分析报道如下.
5. 期刊论文 [田平](#). [康健](#). [龚爱民](#). [张波](#). [刘俊](#) 成人肠套叠(附46例报告) -[中国普通外科杂志](#)2001, 10(3)
目的提高成人肠套叠术前确诊率, 减少误诊, 提高治疗效果. 方法回顾性分析成人肠套叠46例的诊断及治疗经过. 结果 46例中表现为急性肠梗阻9例, 亚急性肠梗阻13例, 慢性肠梗阻24例; 术前确诊19例, 误诊27例均在术中确诊. 属小肠-小肠型肠套叠11例, 回肠-结肠型29例, 结肠-结肠型6例. 46例均经手术治疗, 44例痊愈, 2例死亡. 结论成人肠套叠临床表现缺乏特异性, 容易误诊, 但只要医生对该疾病认识及重视, 仔细询问病史, 了解其发生、发展及演变经过, 借助必要的辅助检查, 大多数病例术前是可以确诊的. 由于成人肠套叠绝大多数都继发于肠管的器质性病变或解剖学异常, 所以均需手术治疗.
6. 期刊论文 [杨尚玉](#) 成人肠套叠35例多层螺旋CT诊断与临床分析 -[中国误诊学杂志](#)2008, 8(1)
目的: 探讨成人肠套叠的多层螺旋CT(MSCT)征象与临床价值, 以提高对该病的早期诊断和治疗. 方法: 回顾分析35例成人肠套叠的MSCT影像学表现及相关病理改变. 结果: 35例肠套叠患者的CT表现为: 靶征17例、彗星尾征或肾形征10例、肿块样改变8例. 35例成人肠套叠的病因分别为: 胃肠原发癌19例, 转移瘤5例, 淋巴瘤4例, 息肉3例, 阑尾炎4例. 按套入部类型分为结-结套17例, 回-结套9例, 回-回套5例, 空-回套4例. 结论: MSCT表现有一定特征性, 能很好地显示肠套叠的套入部, 尤其增强对成人肠套叠的诊断、治疗有重要的指导作用.
7. 期刊论文 [张泳](#). [张学渊](#). [王治全](#). [张滨](#) 成人肠套叠40例临床分析 -[中国普通外科杂志](#)2003, 12(4)
目的探讨成人肠套叠的临床特点及诊治措施. 方法对1971~2001年收治的40例成人肠套叠诊治经过进行回顾性分析. 结果成人肠套叠临床表现主要是腹痛、腹胀、呕吐、腹部肿块、血便或便秘. 全组病例有腹痛、腹胀、血便三联症者仅占17. 4%(7/40). 急性肠套叠者易发生肠绞窄, 慢性肠套叠者多表现为不全性肠梗阻, 早期易于误诊. 本组39例行手术治疗, 治愈37例, 死亡1例; 另1例经灌肠复位成功. 结论 B超检查对早期诊断有帮助. 肠道肿瘤、息肉、炎症和解剖学异常为本病的主要诱因. 肠切除术是根除病因、防止复发的主要手段.
8. 期刊论文 [邹焱](#). [李成昌](#). [朱德力](#). [朱自强](#). [夏慧敏](#) 小儿复发性肠套叠诊治体会 -[临床小儿外科杂志](#)2004, 3(3)
目的总结小儿复发性肠套叠的发病特点. 方法回顾性分析近5年来收治的47例复发性肠套叠患儿的复发年龄、次数、间隔时间、复发病状以及治疗情况并进行总结. 结果47例患儿共复发82次, 复发年龄大多数在2岁以内(84%), 复发间隔时间大多在1年以内(44例), 临床表现多见腹痛、呕吐及腹部包块, 血便少见, 治疗经空气灌肠复位治愈者40例(85%), 手术复位治愈7例(15%). 结论小儿复发性肠套叠与年龄有密切关系, 2岁以上患儿复发率明显下降; 治疗上应以保守治疗即空气灌肠复位为首选, 对于多次复发、灌肠失败及疑有器质性病变者, 宜手术探查.
9. 期刊论文 [谭继红](#). [尹云炎](#). [TAN Ji-hong](#). [YIN Yun-yan](#) 小儿肠套叠的诊治体会 -[临床小儿外科杂志](#)2003, 2(1)
1992年~2002年, 我科共收治小儿肠套叠86例, 现对所有资料进行分析, 总结小儿肠套叠的临床特点及诊治经验.
10. 期刊论文 [许亮](#) 成人肿瘤性肠套叠急诊手术治疗 -[医学临床研究](#)2009, 26(6)
[目的]探讨成人肿瘤所致肠套叠的手术治疗特点. [方法]对24例因急诊手术治疗而确诊为原发性小肠肿瘤所致肠套叠进行了临床分析. [结果]其中良性肿瘤10例, 主要分布在空肠; 恶性肿瘤14例, 主要分布在回肠, 多系恶性淋巴瘤、腺癌和平滑肌肉瘤, 治愈22例. 随访18例, 14例恶性肿瘤术后2年和5年生存率分别为85. 7% 和42. 9%. [结论]原发性小肠肿瘤所致肠套叠的发病、诊断及治疗有明显的特点, 用以确定原发性小肠肿瘤的病理类型及其与肠套叠的关系.

引证文献(2条)

1. [马少锋](#). [曹志清](#). [陈江谊](#) 腹腔镜下治疗小儿难复性肠套叠[期刊论文]-[中国微创外科杂志](#) 2010(8)
2. [丛力宁](#). [李玉楼](#). [潘军](#). [闫春明](#). [田喜军](#). [王俊霞](#) 小儿肠套叠误诊36例分析[期刊论文]-[中国误诊学杂志](#) 2009(15)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200702028.aspx

授权使用：黔南民族师范学院(gnnzsfxy)，授权号：23da397e-0d4c-4121-bec3-9ed40110b8ba

下载时间：2011年4月29日