

## B 超在新生儿十二指肠梗阻诊断中的应用

陈永卫 侯大为 郭卫红

**【摘要】** 目的 探讨腹部 B 超检查在新生儿十二指肠梗阻诊断中的应用价值。方法 回顾性分析 95 例新生儿十二指肠梗阻患儿的腹立位平片、消化道钡餐及腹部 B 超检查、病因及术后诊断情况。结果 腹立位平片检查 75 例,确诊为十二指肠梗阻 46 例,诊断率为 61.33%;经消化道钡餐检查确诊 14 例,其中肠旋转不良 8 例(8/11 例),诊断率为 72.73%;腹部 B 超检查 79 例,诊断为十二指肠梗阻 78 例(98.73%),肠旋转不良诊断率为 95.65%(44/46)。结论 腹部 B 超对十二指肠梗阻的诊断与病因鉴别有重要意义,可作为十二指肠梗阻的首选检查方法。

**【关键词】** 十二指肠梗阻 新生儿 腹部 B 超

**Abdominal ultrasound scan for the diagnosis of duodenal obstruction in neonates.** CHEN Yong-wei, HOU Da-wei, GUO Wei-hong. Department of Surgery, Beijing Children's Hospital Affiliated to Capital University of Medical Sciences, Beijing, 00045, China

**【Abstract】 Objective** To evaluate the value of abdominal ultrasound scan for the diagnosis of duodenal obstruction in neonates. **Methods** X-ray findings, abdominal ultrasound scan and etiologic diagnoses of the operation in 95 neonates with duodenal obstruction were reviewed retrospectively. Abdominal plain films of 75 cases were obtained. UGI series and abdominal ultrasound scan were performed in 14 cases and 79 cases respectively. **Results** Diagnosis of duodenal obstruction were demonstrated on abdominal plain films in 46 cases. The diagnostic rate was 61.33%. Eight cases with intestinal malrotation were confirmed by UGI series, with the diagnostic rate of 72.73% (8/11 cases). Duodenal obstruction were found by abdominal ultrasound scan in 78 cases (98.73%), the diagnostic rate of intestinal malrotation were 95.65% (44/64 cases). **Conclusions** Abdominal ultrasound scan plays an important role in the diagnosis and etiologic differentiation of duodenal obstruction. It can be used as the first choice of examinal methods for the neonates with duodenal obstruction.

**【Key words】** Duodenal obstruction; Neonate; Abdominal ultrasound scan

先天性十二指肠梗阻是新生儿期常见的消化道畸形,其最常见原因是十二指肠膜式闭锁或狭窄、肠旋转不良和环状胰腺,以往由于诊断技术受限,难于术前明确病因。由于肠旋转不良常合并中肠扭转,随时有发生肠坏死的可能,正确诊断、及时手术非常重要。本文回顾性分析本院收治的 95 例新生儿十二指肠梗阻的相关资料,探讨腹部 B 超检查在诊断和病因鉴别中的应用价值。

### 材料与方法

#### 一、临床资料

1. 一般资料:95 例中,男 64 例,女 31 例。年龄为出生后 2 h 至 31 d;平均体重 2.88(1.3~4.2)kg。

产前 B 超检查诊断为十二指肠梗阻 12 例。经手术证实的病因包括:肠旋转不良 49 例,膜式闭锁或狭窄 21 例,环状胰腺 19 例,多发隔膜 3 例,膜式闭锁或狭窄合并肠旋转不良 3 例。

2. 临床表现:主要表现为呕吐,其中出生后第 1 天出现呕吐 52 例(54.74%),出生后 3 d 内出现呕吐 68 例(71.58%),1 周内出现呕吐 82 例(86.32%)。呕吐黄绿色液 78 例(82.10%),白色不含胆汁液体 10 例(10.53%),咖啡色液 3 例(3.16%),3 例未出现呕吐(3.16%,为产前 B 超检查发现,出生后即来医院),便血 1 例(1.05%)。

#### 二、诊断依据

1. 腹立位平片:显示典型的“双泡征”,偶有“单泡征”或“三泡征”。

2. 消化道钡餐检查:近端十二指肠扩张,梗阻部十二指肠狭窄,如果扩张的肠管突然终止,常提

作者单位:首都医科大学附属北京儿童医院外科(100045),  
E-mail: yongwei64@hotmail.com

示十二指肠膜式闭锁或严重狭窄。肠旋转不良可显示异常的十二指肠外形,十二指肠空肠连接部位位于中线的右侧,小肠位于右侧腹;当有肠扭转时,十二指肠和近端空肠呈“扭转的长带”或“螺旋状”。

3.腹部 B 超检查:十二指肠膜式闭锁或狭窄及环状胰腺患儿十二指肠积液扩张,梗阻部位突然变窄,有时可观察到隔膜;肠旋转不良患儿十二指肠球部及降段扩张,肠系膜上静脉(SMV)和肠系膜上动脉(SMA)关系异常,SMV 常围绕 SMA 旋转形成软组织团块,可以探查旋转的程度。

结 果

腹立位平片 75 例,显示单泡、双泡或三泡征等十二指肠梗阻征象者 46 例,占 61.33%,其余只表现为生理积气减少或未见明显梗阻。

上消化道造影检查 14 例,均诊断为十二指肠梗阻,其中诊断肠旋转不良 8 例,经手术证实肠旋转不良 11 例,诊断率为 72.73%。

腹部 B 超检查 79 例,检查率为 83.16%,手术证实肠旋转不良 46 例,膜式闭锁或狭窄 19 例,环状胰腺 13 例。B 超诊断十二指肠梗阻 78 例,诊断率为 98.73%,肠旋转不良 44 例,诊断率为 95.65%,膜式闭锁或狭窄 14 例,诊断率为 73.68%;环状胰腺 11 例,诊断率为 84.62%。见表 1~2。

表 1 不同病因致十二指肠梗阻腹部 B 超诊断情况

病因	B 超检查例数	诊断例数	诊断率(%)
肠旋转不良	46	44	95.70
膜式狭窄或闭锁	19	14	73.68
环状胰腺	13	11	84.62

表 2 十二指肠梗阻与肠旋转不良不同检查诊断率对比

病因	腹部 B 超(%)	腹部平片(%)	消化道钡餐(%)
十二指肠梗阻	98.73	44	100
肠旋转不良	95.65	—	73.68

讨 论

先天性十二指肠梗阻是引起新生儿期呕吐的常见原因,胆汁性呕吐是本病典型的临床特点,呕吐发生的时间主要取决于梗阻程度,梗阻越严重,呕吐发生越早,本组中 82.10% 呕吐黄绿色液,54.74% 呕吐发生在第 1 天,71.58% 出现在生后 3 d

内,86.32% 发生在生后 1 周内。

以往先天性十二指肠梗阻的诊断主要依靠 X 线检查,包括腹平片及消化道造影检查。对于胆汁性呕吐的新生儿首选检查是腹部立位平片,如发现典型的“双泡征”或“单泡征”及“三泡征”即可作出十二指肠梗阻的诊断,因患儿剧烈呕吐或胃肠减压,双泡征等阳性率并不高,陈常法等<sup>[1]</sup>报告仅 41.1% 显示双泡征,本组中只有 61.33% 通过腹立位平片确诊,其余病例只显示腹部充气肠管少、生理积气减少或未见明显梗阻。对于腹立位平片不能诊断的患儿需进一步作消化道造影检查,上消化道钡餐造影对梗阻部位的判断直接、明确,而且对判断十二指肠梗阻的病因有一定帮助,但是各种梗阻端形态与引起梗阻的病因之间存在一定的交叉性,尤其是肠旋转不良,其梗阻端形态表现各种各样,有些甚至看不到明显的梗阻征象,单凭梗阻端形态并不能完全作出十二指肠梗阻病因的诊断<sup>[2-3]</sup>。钡灌肠检查可作为肠旋转不良的辅助检查,但因盲肠较为游动及钡剂的重力作用,显示盲肠位置正常也不能完全排除肠旋转不良。目前,对于使用钡剂进行上消化道造影存在争议,钡剂造影病变显示清晰,但存在吸入的危险,且钡剂不易通过洗胃清除而影响吻合口愈合,因此有学者提出使用泛影葡胺替代钡剂,但泛影葡胺对肠粘膜有较明显的刺激作用,增强肠的动力,加快排空,且可被肠道吸收和稀释,易出现假阴性结果,而发生漏诊<sup>[4]</sup>。本组 1 例患儿在外院钡餐检查确诊为十二指肠梗阻,但同时发生了钡剂误吸,X 线表现为肺内沿气管支气管树枝样分布的钡剂影,虽经积极纤维支气管镜灌洗治疗,但仍不能完全清除,对患儿造成了难以弥补的危害。

随着腹部 B 超检查在小儿外科应用的日益增多,其在十二指肠梗阻诊断中的作用凸现出来,但相关报告较少。本组行腹部 B 超检查 79 例,78 例确诊,诊断率达 98.73%,明显高于腹立位平片检查。在十二指肠梗阻中,肠旋转不良是造成梗阻的最常见病因,肠旋转不良的新生儿绝大多数同时伴有中肠扭转,本组 49 例肠旋转不良患儿术中发现 46 例(93.88%)伴肠扭转,伴肠扭转的患儿随时有发生肠扭转、肠坏死的可能,及时诊断和手术非常重要。邓庆强等<sup>[5]</sup>报告应用 B 超诊断肠旋转不良,诊断准确率高。肠旋转不良在腹部 B 超检查中的特点是肠系膜上动静脉关系异常。本组肠旋转不良的腹部 B 超诊断率为 95.65%,而经上消化道造影检查肠旋转不

良的诊断率为 72.73%, 蔡金华等<sup>[2]</sup>报告腹部平片、上消化道钡餐及钡灌肠综合诊断肠旋转不良的准确率为 77.78%。腹部 B 超还可以判断肠扭转的程度, 本组 B 超发现肠扭转的程度与手术中的实际肠扭转程度基本相符。腹部 B 超对于区分十二指肠隔膜和环状胰腺也有一定价值, 可以根据梗阻的位置及与胰腺的关系鉴别, 隔膜可以发生在十二指肠的任何部位, 而环状胰腺仅发生在十二指肠降段, 并与胰腺组织关系密切, 但实际区分时仍有一定困难, 诊断率与 B 超医师的经验密切相关。

作者认为, 腹部 B 超检查对十二指肠梗阻的诊断和病因鉴别有重要作用, 可避免患儿接受 X 线辐射, 安全, 直观, 无创, 准确率高, 可重复, 对于胆汁性呕吐的新生儿应首选腹部 B 超检查。

## 参 考 文 献

- 1 陈常法, 李守林, 刘宇. 新生儿十二指肠梗阻诊治方法探讨[J]. 山东医药, 2004, 44(21): 15-16.
- 2 蔡金华, 向红, 郑鹤琳, 等. 新生儿十二指肠梗阻 59 例 X 线分析[J]. 临床放射学杂志, 2003, 22(2): 147-150.
- 3 王昶, 胡克非. 新生儿十二指肠梗阻性病变 CT 表现[J]. 放射学实践, 2006, 21(6): 617-619.
- 4 赵如恩, 刘立炜, 周少毅, 等. 先天性十二指肠梗阻的 X 线诊断(附 85 例分析)[J]. 影像诊断与介入放射学, 2001, 10(4): 193-195.
- 5 邓庆强, 黄金狮. 新生儿十二指肠梗阻 35 例临床治疗与分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2005, 4(3): 206-207.

## · 病例报告 ·

### 肾透明细胞肉瘤伴肾蒂周围淋巴结转移 1 例

李海霞 王 伟

肾透明细胞肉瘤(clear cell sarcoma of the kidney, CCSK)是易发生在儿童的肾脏恶性肿瘤, 临床上少见, 尤其有肾蒂周围淋巴结转移者更为罕见。本院近期收治 1 例 CCSK 伴肾蒂周围淋巴结转移患儿, 现报告如下。

患儿, 男, 11 岁。以“间歇性血尿、尿内含有烂肉样物质半年”入院。体查: 贫血貌, 右上腹可触及拳头大小无痛性肿块, 质硬, 上界不清, 固定。彩超显示右肾区无正常肾脏影像, 见 14.7 cm × 10.0 cm × 7.2 cm 大小实性肿物, 边界较清, 内呈中低混合回声。彩色多普勒血流成像检出血流信号。左肾及肝胆脾未见异常。MRI: 右肾体积增大, 正常结构消失, 呈分叶囊实混合信号影, 内部信号不均, 为多发囊变信号改变, 周围似有包膜, 肝脏受压向上及左侧移位变形。增强扫描病灶强化不均, 囊性部分未见强化, 实质部分轻度强化, 右肾静脉显示不清。胸片示肺部无转移。诊断为肾脏肿瘤。于全麻下行探查手术, 术中见右肾肿物表面血管扩张, 大小约 15.0 cm × 10.0 cm × 8.0 cm, 囊实混合性, 肾盂质硬, 已被肿瘤浸润, 行右肾肿物切除、肾周脂肪囊扫荡术, 并完整切除肾蒂周围肿大淋巴结 5 个。剖开肿物切面呈多彩烂肉样。病理结果: 右肾透明细胞肉瘤, 肾蒂周围的淋巴结内见异型细胞, 为转移所致。免疫组化: Wilms 瘤抑制癌基因(-), 波形蛋白(+), B 细胞淋巴瘤基因(±), CD99(±)。术后予表柔霉素化疗 2 个疗程。2 个月后复查患儿一般情况良好, 无复发。

讨论 CCSK 多发生于 7 个月至 6 岁的儿童, 是一种较为罕见的肾脏恶性肿瘤, 其发生率约占肾原发肿瘤的 4%~5%,

预后较差, 死亡率高达 50%。男女比例为 1.3 : 1。主要症状为腹部包块及肉眼血尿, 该肿瘤以易发生骨转移为特点, 又称为儿童骨转移性肾肿瘤, 最常见骨转移部位为颅骨, 其次为脊柱, 骨盆和肋骨, 其他部位有肺、肝、软组织和淋巴结等<sup>[1]</sup>。肿瘤大体边界较清楚, 有薄层的纤维性包膜, 切面均匀, 分叶状, 灰白色。显微镜下见肿瘤向周围肾组织浸润, 肿瘤细胞呈巢状分布, 细胞核圆形或椭圆形, 空泡状, 核仁不明显, 细胞浆呈透明或嗜酸性, 细胞核及细胞浆均为透明空泡样。肿瘤细胞巢由细薄的网状纤维组织分割, 其内含有较多的毛细血管。免疫组织化学检查提示: 波形蛋白阳性, CD99、CD34 和白细胞共同抗原均为阴性<sup>[1]</sup>。CCSK 曾作为肾母细胞瘤的一个亚型, 原发于肾脏, 但细胞来源不明, 有报道与 t(10;17)(q22;p13)异位有关<sup>[2]</sup>。随着研究的深入, 多数人认为这是不同于肾母细胞瘤的一种恶性肿瘤。宜采用手术、放疗和化疗等综合治疗, 有文献记载加用阿霉素可提高其生存率, 并认为预后与诊断年龄、是否使用阿霉素治疗、肿瘤的分期以及坏死程度有关, 但总体效果比肾母细胞瘤差, 复发率和死亡率都较高, 大部分患者死于骨转移<sup>[2]</sup>。

## 参 考 文 献

- 1 何乐健, 伏利兵, 王琳, 等. 肾透明细胞肉瘤的临床病理学研究[J]. 中华病理学杂志, 2001, 30(6): 422-425.
- 2 黄澄如, 等. 实用小儿泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1998, 344-345.
- 3 Dinesh Rakheja Arthur G, Weinberg, et al. Translocation t(10;17)(q22;p13): A recurring translocation in clear cell sarcoma of kidney[J]. Cancer Genetics and Cytogenetics, 2004, 154: 175-179.

作者单位: 中国医科大学附属盛京医院小儿外科(沈阳, 110004)  
通讯作者: 王伟, Email: lhx862363@163.com

## B 超在新生儿十二指肠梗阻诊断中的应用

作者: [陈永卫](#), [侯大为](#), [郭卫红](#), [CHEN Yong-wei](#), [HOU Da-wei](#), [GUO Wei-hong](#)  
作者单位: [首都医科大学附属北京儿童医院外科, 100045](#)  
刊名: [临床小儿外科杂志](#) **ISTIC**  
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)  
年, 卷(期): 2008, 7 (5)  
被引用次数: 0次

### 参考文献(5条)

1. [蔡金华](#); [向红](#); [郑鹤琳](#) [新生儿十二指肠梗阻59例X线分析](#) [期刊论文] - [临床放射学杂志](#) 2003 (02)
2. [陈常法](#); [李守林](#); [刘宇](#) [新生儿十二指肠梗阻诊治方法探讨](#) [期刊论文] - [山东医药](#) 2004 (21)
3. [邓庆强](#); [黄金狮](#) [新生儿十二指肠梗阻35例临床治疗与分析](#) [期刊论文] - [临床小儿外科杂志](#) 2005 (03)
4. [赵如恩](#); [刘立炜](#); [周少毅](#) [先天性十二指肠梗阻的X线诊断\(附85例分析\)](#) [期刊论文] - [影像诊断与介入放射学](#) 2001 (04)
5. [王昶](#); [胡克非](#) [新生儿十二指肠梗阻性病变CT表现](#) [期刊论文] - [放射学实践](#) 2006 (06)

### 相似文献(10条)

1. 期刊论文 [于春洲](#); [杨玉梅](#); [杨得清](#); [蔡金华](#) [新生儿十二指肠梗阻64例X线及病因分析](#) - [中国现代医药杂志](#) 2006, 8 (11)

目的 探讨新生儿十二指肠梗阻的X线表现. 方法 回顾性分析64例新生儿十二指肠梗阻的临床及X线资料, 其中肠旋转不良29例, 十二指肠闭锁24例, 十二指肠狭窄5例, 环状胰腺1例, 肠旋转不良合并十二指肠闭锁5例. 结果 平片主要表现为单泡 (2/64)、双泡 (52/64)、三泡 (5/64) 征. 52例双泡征中15例Dd/Ds>1.0 (Dd: 十二指肠泡直径, Ds: 胃泡直径), 其中完全性梗阻13例, 与不全性梗阻2例有显著差异 ( $P<0.01$ ). 上消化道钡餐显示梗阻端形态呈圆顶状35例, 鸟嘴状2例, 束腰状7例, 不规则状20例, 15例显示空肠位置异常. 钡灌肠显示盲肠位置异常8例 (8/11). 结论 双泡征是十二指肠梗阻最常见的X线征象; Dd/Ds $\geq$ 1.0时, 提示完全性梗阻; 梗阻端形态对判断十二指肠梗阻的病因帮助不大.

2. 期刊论文 [蔡金华](#); [向红](#); [郑鹤琳](#); [何玲](#) [新生儿十二指肠梗阻59例X线分析](#) - [临床放射学杂志](#) 2003, 22 (2)

目的 探讨新生儿十二指肠梗阻的X线表现. 资料与方法 回顾性分析59例新生儿十二指肠梗阻的临床及X线资料, 其中肠旋转不良27例, 十二指肠闭锁22例, 十二指肠狭窄5例, 环状胰腺1例, 肠旋转不良合并十二指肠闭锁4例. 结果 平片主要表现为单泡 (2/59)、双泡 (48/59)、三泡 (5/59) 征, 48例双泡征中14例Dd/Ds (十二指肠泡直径/胃泡直径) $\geq$ 1.0, 其中完全性梗阻13例, 与不全性梗阻1例有显著差异 ( $P<0.01$ ). 上消化道钡餐显示梗阻端形态呈圆顶状32例, 鸟嘴状2例, 束腰状6例, 不规则状19例; 14例显示空肠位置异常. 钡灌肠显示盲肠位置异常7例 (7/10). 结论 双泡征是十二指肠梗阻最常见的X线征象; Dd/Ds $\geq$ 1.0时, 提示完全性梗阻; 梗阻端形态对判断十二指肠梗阻的病因帮助不大.

3. 期刊论文 [陈俊杰](#) [B超下水检查诊断新生儿十二指肠梗阻的价值](#) - [现代实用医学](#) 2010, 22 (4)

目的 探讨彩色多普勒监视下水检查诊断新生儿十二指肠梗阻的临床价值. 方法 回顾性分析16例新生儿十二指肠梗阻的患儿, 经鼻腔插胃管后注入35℃~37℃ 0.9%氯化钠注射液50mL, 采取半卧位或右半卧位, 观察注水后胃、十二指肠彩色多普勒图像. 结果 16例患儿均发现胃及十二指肠部有两个典型的特征性的液性暗区, 内无光点, 边抽吸边观察, 两个液性暗区可减小或消失. 结论 彩色多普勒监视下水检查是诊断新生儿十二指肠梗阻的一种优良的检查方法, 值得推广应用.

4. 期刊论文 [徐清波](#); [姜国伟](#); [唐倩](#) [新生儿十二指肠梗阻的诊治方法探讨](#) - [中国医药指南](#) 2007, 5 (9)

目的 探讨新生儿十二指肠梗阻的病理特点和诊治方法. 方法 总结我院近17年来收治的35例新生儿十二指肠梗阻的临床诊疗经验, 着重对术前诊断、病理类型及治疗方法 进行回顾性研究. 结果 35例患儿术前均行X光腹部平片检查, 25例行钡灌肠检查, 15例行上消化道泛影葡胺造影检查, 所有患儿均行手术治疗, 手术证实先天性肠旋转不良23例 (66%), 十二指肠闭锁及狭窄7例次, 环状胰腺4例, 十二指肠周围异常韧带1例. 治愈33例, 死亡2例. 结论 新生儿十二指肠梗阻的主要原因是先天性肠旋转不良、十二指肠闭锁和狭窄、环状胰腺, 部分患儿有多种原因. 全面细致探查及正确的手术方式、术后并发症的正确防治是治疗成功的关键.

5. 期刊论文 [陈常法](#); [李守林](#); [刘宇](#) [新生儿十二指肠梗阻诊治方法探讨](#) - [山东医药](#) 2004, 44 (21)

目的 探讨新生儿十二指肠梗阻的诊治方法与病理特点. 方法 总结近10年来56例新生儿十二指肠梗阻的临床资料, 对术前诊断、病理分型及治疗方法进行回顾性分析. 结果 56例患儿术前均行X线腹部平片检查, 51例行上消化道造影检查, 28例行钡灌肠检查, 22例行超声检查. 56例患儿均在全麻下实施手术治疗, 手术证实先天性肠旋转不良28例 (50%), 十二指肠膜状狭窄、闭锁18例 (32.1%), 环状胰腺8例 (14.3%), 先天性异常索带2例 (3.6%). 治愈52例, 死亡4例 (7.14%). 结论 术前X线检查是诊断新生儿十二指肠梗阻的有效方法, 先天性肠旋转不良为首发病理类型, 一旦确诊宜积极早期手术.

6. 期刊论文 [逯元军](#); [刘宇](#); [诸葛继美](#) [新生儿十二指肠梗阻的病理分型及临床诊断的探讨](#) - [临沂医学专科学校学报](#) 2002, 24 (3)

目的 探讨新生儿十二指肠梗阻的常见病因和病理分型及有效诊疗措施. 方法 总结笔者近10年间对新生儿十二指肠梗阻的临床诊疗经验, 着重对术前诊断、病理分型进行回顾性研究. 结果 本组21例中, 先天性肠旋转不良11例, 十二指肠膜状狭窄5例, 二者占76.1%; 环状胰腺及先天性异常索带5例, 占23.9%. 结论 术前各种胃肠造影是诊断新生儿十二指肠梗阻

7. 期刊论文 [王昶](#); [胡克非](#); [WANG Chang](#); [HU Ke-fei](#) [新生儿十二指肠梗阻性病变CT表现](#) - [放射学实践](#) 2006, 21 (6)

目的: 探讨新生儿十二指肠梗阻的CT诊断价值. 方法: 回顾性分析9例新生儿十二指肠梗阻的临床及CT资料. 9例均行腹部CT平扫及增强检查. 结果: CT显示肠狭窄段2例, “乳头征”2例, 胰头下方肠系膜根部类团块影3例, 肠系膜上动静脉位置异常3例. 手术证实肠旋转不良3例, 十二指肠闭锁1例, 十二指肠狭窄5例. 结论: 作为消化道造影的重要补充, CT增强前后可了解血管走行情况、与周围器官的毗邻情况及其他伴发病变如肠扭转、环状胰腺等, 为指导临床治疗方案的选择提供重要依据.

8. 会议论文 [王昶](#); [胡克非](#); [费维敏](#) [19例新生儿十二指肠梗阻回顾性分析](#) 2007

目的:探讨新生儿十二指肠梗阻的X线及CT表现。

方法:回顾性分析19例新生儿十二指肠梗阻的临床及影像资料,其中肠旋转不良6例,十二指肠闭锁3例,十二指肠狭窄8例,环状胰腺2例。

结果:上消化道钡餐显示梗阻端形态呈圆顶状12例,鸟嘴状2例,束腰状2例,不规则状9例;4例显示空肠位置异常。钡灌肠显示盲肠位置异常4例(4/10)。CT显示胰头下方肠系膜根部类团块影6例,隔膜1例,乳头征1例。

结论:将平片、上消化道造影及选择性CT相结合分析,将可明确梗阻病因,为指导临床治疗方案的选择提供重要依据。

#### 9. 期刊论文 王琪. 杨毅军. 白明 新生儿十二指肠梗阻86例病因及治疗分析 - 陕西医学杂志 2009, 38 (1)

目的:探讨新生儿十二指肠梗阻病因及手术治疗方法. 方法:对86例新生儿十二指肠梗阻患儿手术资料进行分析. 结果:86例十二指肠梗阻患儿根据临床表现、造影及手术可分为:肠旋转不良46例,十二指肠闭锁狭窄24例,环行胰腺15例,肠系膜上动脉综合征1例. 行Ladd手术62例,十二指肠瓣膜切除肠管纵切横缝31例,十二指肠菱形吻合21例,十二指肠侧侧吻合2例,结肠后十二指肠空肠吻合2例,结肠后空肠十二指肠Roux-Y吻合1例. 86例中70例痊愈,16例自动出院. 结论:先天性十二指肠梗阻肠旋转不良为最常见病因,应及时手术,术中注意合并消化道其他畸形的治疗.

#### 10. 期刊论文 张正茂 新生儿十二指肠梗阻12例诊治体会 - 临床小儿外科杂志 2010, 9 (2)

新生儿十二指肠梗阻在新生儿呕吐病例中十分常见,主要以胆汁性呕吐为主. 2002年6月至2009年2月本院共收治该类患儿12例,疗效较好,现报告如下.

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_lcxewkzz200805011.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200805011.aspx)

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: 3f67469e-0108-4436-aee1-9ed4010743bf

下载时间: 2011年4月29日