

## · 论著 ·

# 儿童原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠的手术治疗



全文二维码

黄召 刘登辉

湖南省儿童医院普外二科,长沙 410007

通信作者:刘登辉,Email:380727981@qq.com

**【摘要】 目的** 探讨外科手术对于儿童原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠的治疗意义。**方法** 回顾性收集湖南省儿童医院 2017—2020 年收治的 12 例原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠并接受手术治疗的患儿临床资料,总结分析患儿临床表现特点、诊治过程以及预后情况。**结果** 12 例均为男性,年龄( $8.77 \pm 2.99$ )岁,临床表现为腹痛、呕吐、血便,均以肠套叠急诊入院,均经空气灌肠复位失败转急诊手术治疗,手术复位均成功并切除病变段肠管,术后均恢复良好。病理诊断均为非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin lymphoma,NHL),其中 I 期 1 例,II 期 7 例,III 期 3 例,IV 期 1 例。11 例术后予及时化疗,预后良好;1 例(IV 期)失访。**结论** 大年龄儿童肠套叠需考虑原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠的可能,应及时手术切除原发病灶,患儿通常预后良好,不影响后续治疗。

**【关键词】** 淋巴瘤,非霍奇金;肠套叠;外科手术;治疗结果;儿童

**基金项目:**国家临床重点专科建设项目-湖南省儿童医院小儿外科(湘卫医发[2022]2 号)

DOI:10.3760/cma.j.cn101785-202204042-013

## Surgical treatment on secondary intussusception with primary intestinal lymphoma in children

Huang Zhao,Liu Denghui

The Second Department of General Surgery,Hunan Children's Hospital,Changsha 410007,China

Corresponding author:Liu Denghui,Email:380727981@qq.com

**【Abstract】 Objective** To investigate and analysis surgical treatment on secondary intussusception of primary intestinal lymphoma in children. **Methods** A retrospective analysis was made on 12 children who received surgical treatment after secondary intussusception with primary intestinal lymphoma from January 2017 to 2020 in the Hunan Children's Hospital. And some tips about operation were made simultaneously. **Results** All the 12 children were emergency admission due to intussusception as the first manifestation. Intussusception reduction and nidus local resection were performed successfully for each case in emergency operation after air enema failed in reduction. All the 12 cases received satisfied postoperative recovery and were diagnosed as non-Hodgkin lymphoma(NHL). 1 case was stage I, 7 cases were stage II, 3 cases were stage III, 1 case was stage IV. 11 cases had received combined chemotherapy in time after operation, and satisfied postoperative recovery by now. The stage IV case refused combined chemotherapy and had not reviewed ever. **Conclusion** Primary intestinal lymphoma should be concerned in older children with intussusception. Surgical treatment with nidus local resection should be performed as quickly as possible. There would be good further prognosis and rare negative effects in subsequent treatment in common.

**【Key words】** Lymphoma, Non-Hodgkin; Intussusception; Surgical Procedures, Operative; Treatment Outcome; Child

**Fund program:** National Key Clinical Specialty Construction Project-Pediatric Surgery of Hunan Children's Hospital (XWYF[2022]No. 2)

DOI:10.3760/cma.j.cn101785-202204042-013

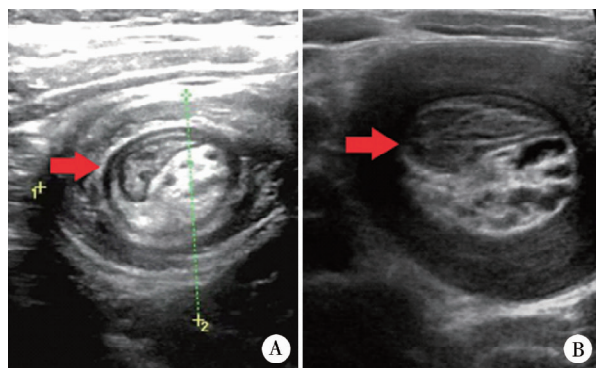
肠套叠是儿童常见急腹症之一<sup>[1]</sup>。大多数肠套叠为原发性,少数为继发性。大多数原发性肠套

叠确诊后经空气灌肠可复位,如空气灌肠复位失败则需手术治疗。继发性肠套叠是指在胃肠道病变的基础上发生的肠套叠,通常空气灌肠复位的失败率较高,需要手术复位并处理相关原发病。淋巴瘤是儿童常见恶性肿瘤,部分原发于肠道,是引起继发性肠套叠的重要因素。本文总结湖南省儿童医院收治的 12 例原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠患儿临床资料,探讨手术对于儿童原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠的治疗意义以及经验。

## 资料与方法

### 一、临床资料

回顾性收集湖南省儿童医院 2014 年 7 月至 2020 年 12 月收治的 12 例原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠患儿临床资料。12 例均为男性,年龄 5 岁 2 个月至 12 岁 5 个月。临床症状均为腹痛、呕吐、血便,其中 2 例近期有肠套叠并空气灌肠复位成功病史,但无其他异常表现,且未行相关影像学检查。与原发肠套叠 B 超表现相比,8 例未见异常,4 例疑为继发性肠套叠(图 1)。12 例均急诊行 X 线透视下空气灌肠,明确诊断且复位失败(图 2)。12 例患儿临床资料见表 1。



注 A:典型同心圆表现,未见其他异常;B:除典型同心圆表现外,套头内箭头所指疑为肿物,考虑继发性肠套叠可能

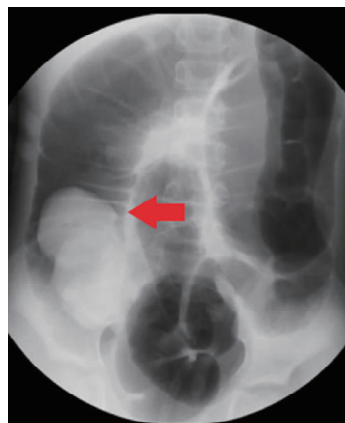
图 1 继发性肠套叠典型 B 超表现

Fig. 1 Typical ultrasonic findings of intussusception

根据 Dawson 标准,诊断原发性肠道恶性淋巴瘤需满足以下条件:①浅表淋巴结不肿大;②外周血白细胞计数及分类正常;③纵隔淋巴结无肿大;④肝脾无淋巴瘤病变;⑤原发病灶位于肠道,可合并周围淋巴结肿大或脏器浸润<sup>[2]</sup>。本研究经湖南省儿童医院伦理委员会审核批准(KS2022-81),患儿家长知情并签署知情同意书。

### 二、治疗过程

12 例均于空气灌肠复位失败后转急诊手术探



注 箭头所指为套头,未能复位

图 2 1 例继发性肠套叠患儿 X 线透视下空气灌肠影像学表现

Fig. 2 Imaging findings of air enema with X-rays

查。术中明确诊断为肠套叠,予复位后进一步探查发现,所有病例套头内均存在肠道肿块,11 例位于回盲部或回肠末端,1 例位于距回盲部约 30 cm 处回肠。其中 10 例行回盲部切除、肠吻合术,1 例行回肠部分切除、肠吻合术,1 例行回盲部切除、回肠末端造瘘术。术中均切除肿瘤及病变肠管;解剖标本,观察肠腔是否梗阻及侵犯周围组织器官,再由本院病理科对标本进行诊断。

术后常规予禁食、抗感染、补液等治疗,病情好转后转入血液内科,并根据 2011 版《儿童非霍奇金淋巴瘤诊疗建议》进行肿瘤分期<sup>[3]</sup>。后续治疗:10 例于术后 2 周内接受化疗(8 例在本院,2 例在外院),1 例于术后 18 d 接受化疗(本院),均在本院门诊复查随访;1 例 IV 期患儿未在本院进一步治疗及复查。

## 结 果

解剖 12 例患儿肠管标本发现,肿瘤均未阻塞肠腔形成肠梗阻,11 例肿瘤未突破肠壁,未见周围组织器官侵犯;1 例肠管僵硬,周围淋巴结明显肿大,考虑侵犯肠壁及周围组织。

病理检查均提示为 B 细胞非霍奇金淋巴瘤(图 3),其中 6 例为伯基特淋巴瘤,4 例为弥漫大 B 细胞淋巴瘤,2 例为高级别 B 细胞淋巴瘤;1 例为 I 期,7 例为 II 期,3 例为 III 期,1 例为 IV 期。

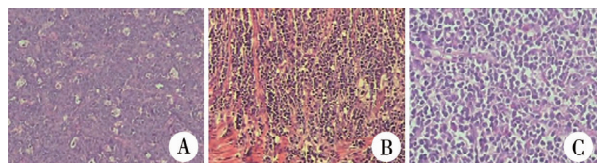
12 例术后均恢复良好,分别于术后 4~10 d 恢复进食,无一例出现吻合口漏、腹腔感染、肠粘连、肠梗阻、切口感染等术后并发症。

11 例接受化疗的患儿治疗过程顺利,完成化疗及相关治疗并评估病情后结束治疗。第 1 年每月门诊复查一次,第 2~3 年每 3 个月复查一次,第 3~5

表 1 12 例原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠患儿临床资料

Table 1 Clinical data of 12 children with primary intestinal lymphoma secondary to intussusception

病例序号	性别	年龄	病史	B 超表现	手术方式	肿瘤位置	术后病理检查及分期	化疗开始时间
1	男	5 岁 2 个月	腹痛 10 余小时,既往无特殊	套头内未见异常	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回肠末端	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-伯基特淋巴瘤, I 期	术后 14 d
2	男	5 岁 2 个月	间断腹痛、呕吐 4 d,近期肠套叠 2 次	套头内可见肿物,考虑继发性	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回肠末端	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-伯基特淋巴瘤, II 期	术后 12 d
3	男	5 岁 9 个月	间断腹痛 20 d,加重 10 余小时,既往无特殊	套头内未见异常	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回盲部	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-伯基特淋巴瘤, III 期	术后 9 d
4	男	6 岁 9 个月	间断腹痛 4 d,血便 1 次,近期肠套叠 3 次	套头内未见异常	肠套叠复位术、回肠部分切除术、肠吻合术	距回盲部约 30 cm 处回肠	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-伯基特淋巴瘤, II 期	术后 11 d
5	男	11 岁 10 个月	腹痛 2 d,既往无特殊	套头内可见肿物,考虑继发性	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回肠末端	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-伯基特淋巴瘤, II 期	术后 9 d
6	男	11 岁 11 个月	间断腹痛 18 d,血便 2 次,既往无特殊	套头内未见异常	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回盲部,侵犯肠壁及周围组织	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-弥漫大 B 细胞淋巴瘤, IV 期	未化疗
7	男	6 岁	间断腹痛 6 个月,加重 1 d,既往无特殊	套头内可见肿物,考虑继发性	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回盲部	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-弥漫大 B 细胞淋巴瘤, III 期	术后 18 d
8	男	6 岁 7 个月	间断腹痛 1 月余,加重 2 d,既往无特殊	套头内未见异常	肠套叠复位术、回盲部切除术、回肠末端造瘘术	回盲部	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-弥漫大 B 细胞淋巴瘤, II 期	术后 12 d
9	男	11 岁 5 个月	间断腹痛 7 d,加重 2 d 伴呕吐,既往无特殊	套头内未见异常	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回肠末端	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-弥漫大 B 细胞淋巴瘤, II 期	术后 13 d
10	男	12 岁 8 个月	腹痛 2 d,既往无特殊	套头内未见异常	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回肠末端	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-高级别 B 细胞淋巴瘤, II 期	术后 9 d
11	男	9 岁 7 个月	间断腹痛 2 月余,既往无特殊	套头内未见异常	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回盲部	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-伯基特淋巴瘤, II 期	术后 11 d
12	男	12 岁 5 个月	间断腹痛 2 d,既往无特殊	套头内可见肿物,考虑继发性	肠套叠复位术、回盲部切除术、肠吻合术	回盲部	B 细胞非霍奇金淋巴瘤-高级别 B 细胞淋巴瘤, III 期	术后 13 d



注 A:伯基特淋巴瘤; B:弥漫大 B 细胞淋巴瘤; C:高级别 B 细胞淋巴瘤

图 3 B 细胞非霍奇金淋巴瘤病理检查结果

Fig. 3 Pathological examination results of B cell NHL

年每 6 个月复查一次,5 年后每年复查一次。11 例按时复查,无一例肿瘤复发;1 例 IV 期患儿失访。

## 讨论

肠套叠是指部分肠管及其肠系膜套入临近肠腔,进而造成腹痛、呕吐、腹部肿块、血便的一种疾病<sup>[4-5]</sup>。肠套叠是婴幼儿常见的急腹症之一,80% 的患儿年龄在 2 岁以内<sup>[6-7]</sup>。大多数肠套叠为原发性,仅 5%~10% 的肠套叠为继发性,多由于肠道肿瘤、肠息肉、麦克尔憩室、肠重复畸形等引起<sup>[8]</sup>。继

发性肠套叠多见于大年龄儿童。据报道,<1 岁的肠套叠患儿中约 5% 为继发性,5~14 岁的肠套叠患儿中继发性占比超过 60%<sup>[9]</sup>。

淋巴瘤是儿童常见恶性肿瘤之一,以非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin lymphoma, NHL)多见<sup>[10-11]</sup>。NHL 是一种全身性疾病,原发于胃肠道,为淋巴结以外 NHL 最常见的受累部位<sup>[12]</sup>。儿童肠道 NHL 最常见的病理类型为伯基特淋巴瘤,占 50%~60%,其次为弥漫大 B 细胞淋巴瘤<sup>[13]</sup>。原发于肠道的 NHL 起病隐匿,无特异性临床症状,容易被忽视。当病情进展之后,可能出现腹痛、呕吐、腹部不适、纳差等症状,后期可能出现腹部肿块、消化道出血、肠梗阻、肠坏死穿孔等严重并发症<sup>[14]</sup>。由于回盲部周围有大量淋巴组织汇集,因此成为肠道 NHL 最高发的部位<sup>[15]</sup>。同时回盲部位于回肠和升结肠交界处,解剖结构特殊,是儿童肠套叠的高发部位。当肠道(尤其是回盲部或回肠末端)有 NHL 病变存在时,就有可能继发肠套叠,但一般较为少见<sup>[16]</sup>。



本研究中,患儿均处于继发性肠套叠高发年龄段(5岁2个月至12岁5个月)。此外,本研究中12例均为男性,目前儿童肠套叠及NHL的相关资料中,未见如此明显的性别差异,有待进一步研究。本研究12例患儿术后病检均为B细胞NHL,其中6例为伯基特淋巴瘤,4例为弥漫大B细胞淋巴瘤,2例高级别B细胞淋巴瘤。

原发性肠道NHL是否需要手术治疗存在争议。一般认为,I期和II期的病变建议切除,但应注意切除范围不宜盲目扩大<sup>[17]</sup>。也有学者认为,NHL的治疗主要依赖于化疗,当肠道NHL已出现相应症状,但没有肠梗阻表现,通过相关检查可以确诊的情况下,直接予化疗可获得良好效果。尤其是对于一些中晚期病例,手术可能对患儿造成进一步打击,导致患儿无法及时完成后续治疗<sup>[18]</sup>。

本研究发现,对于年龄大于2岁(尤其是大于5岁)的肠套叠患儿,应考虑到继发性肠套叠可能性大。在空气灌肠复位成功后,应进一步完善相关检查,确认是否存在原发病。如空气灌肠复位失败,则需及时手术治疗,以解除肠管套叠,避免因长时间套叠引起肠管缺血,甚至坏死、穿孔等严重并发症。术中探查如发现肠道肿物(尤其是回盲部或回肠末端),要高度怀疑肠道NHL。此时如果仍根据肿瘤分期来决定如何处理病灶显然是不够完善的,因为急诊手术前无法完善相关检查,仅凭术中探查情况无法明确NHL的诊断及分期。本研究得到的经验是,术中探查发现肠道肿块并高度怀疑NHL时,在条件允许的情况下,无需考虑病理类型及分期,应果断切除病变肠段,术后再明确病理诊断及肿瘤分期。

儿童原发性肠道NHL早期多无特异性临床表现。当患儿出现继发肠套叠表现时,大多数为疾病早期或中期,肠套叠的发生反而在某种程度上有利于更早发现原发病的存在。此时患儿身体状况通常良好,能及时从手术创伤中恢复。切除原发病灶可明确病理诊断,同时减少肿瘤负荷,避免出现再次肠套叠、肠梗阻及肿瘤坏死继发肠坏死穿孔、肿瘤溶解综合征等严重并发症。肠道NHL术后一般恢复较快,出现并发症的概率很小,并不会影响后续的治疗。因此手术带来的收益远大于可能存在的风险,尤其当继发肠套叠时,及时进行手术是非常有必要且可靠的。

手术方面建议采取开腹手术,因为肠道NHL继发的肠套叠原发病变一般位于套头内,肠套叠后水

肿致复位较为困难。同时,由于病变位于肠腔内,外观上难以肉眼辨别,行腹腔镜手术存在遗漏可能。其次,复位肠套叠后需仔细探查,尤其是套叠段肠管,应观察肿块的范围及周围组织器官是否受侵犯。特别要注意的是,发生肠套叠后的肠管会出现僵硬及颜色变化,且肠道NHL不一定以肿块形式出现,可能表现为溃疡或弥漫浸润<sup>[19]</sup>。因此术中需仔细判断,必要时局部予以热敷后再观察,避免漏诊或误诊。对于病变肠段,如患儿一般情况良好,未见明显周围组织器官侵犯,无论是否有肠梗阻表现,均建议切除。对于周围组织器官侵犯无法切除的病变,或患儿一般情况较差时,建议行近端肠造瘘术,以利于后续治疗。

综上所述,年龄较大的儿童如诊断肠套叠,要警惕原发性肠道NHL继发肠套叠可能,及时行手术治疗。建议行开腹手术,术中尽量切除病变肠段,积极追踪病理检查结果。手术一般恢复较快,不会影响后续治疗,且预后良好。

**利益冲突** 所有作者声明不存在利益冲突

**作者贡献声明** 黄召、刘登辉负责研究的设计、实施和起草文章;黄召进行病例数据收集及分析;黄召、刘登辉负责研究设计与酝酿,并对文章知识性内容进行审阅

## 参 考 文 献

- [1] Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, et al. Intestinal intussusception; etiology, diagnosis, and treatment[J]. Clin Colon Rectal Surg, 2017, 30(1): 30-39. DOI: 10.1055/s-0036-1593429.
- [2] Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis[J]. Br J Surg, 1961, 49(213): 80-89. DOI: 10.1002/bjs.18004921319.
- [3] 中华医学会儿科学分会血液学组, 中国抗癌协会儿科专业委员会, 《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童非霍奇金淋巴瘤诊疗建议[J]. 中华儿科杂志, 2011, 49(3): 186-192. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2011.03.006. Hematology Group of Pediatric Branch of Chinese Medical Association, Pediatric Committee of China Anti Cancer Association, Editorial Committee of Chinese Journal of Pediatrics. Recommendation for pediatric non-Hodgkin's lymphoma[J]. Chin J Pediatr, 2011, 49(3): 186-192. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2011.03.006.
- [4] Applegate KE, Sadigh G. Intussusception in infants and children: diagnostic evidence-based emergency imaging and treatment [M]// Kelly A, Cronin P, Puig S, et al. Evidence-Based Emergency Imaging. Cham: Springer, 2018: 567-582.
- [5] Xie XL, Wu Y, Wang Q, et al. Risk factors for recurrence of intussusception in pediatric patients: a retrospective study[J]. J Pediatr Surg, 2018, 53(11): 2307-2311. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2018.03.023.
- [6] Kaiser AD, Applegate KE, Ladd AP. Current success in the treatment of intussusception in children[J]. Surgery, 2007, 142(4):

- 469-477. DOI:10.1016/j.surg.2007.07.015.
- [7] Saka R, Sasaki T, Matsuda I, et al. Chronic ileocolic intussusception due to transmural infiltration of diffuse large B cell lymphoma in a 14-year-old boy: a case report [J]. Springerplus, 2015, 4:366. DOI:10.1186/s40064-015-1157-6.
- [8] Lin XK, Xia QZ, Huang XZ, et al. Clinical characteristics of intussusception secondary to pathologic lead points in children: a single-center experience with 65 cases [J]. Pediatr Surg Int, 2017, 33(7):793-797. DOI:10.1007/s00383-017-4101-8.
- [9] Blakelock RT, Beasley SW. The clinical implications of non-idio-pathic intussusception [J]. Pediatr Surg Int, 1998, 14(3):163-167. DOI:10.1007/s003830050475.
- [10] 吴艳林. 儿童非霍奇金淋巴瘤 61 例临床特点和预后影响因素分析 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(7):535-538. DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-428X.2017.07.016.
- Wu YL. Clinical characteristics and prognostic factor analysis of 61 children with non-Hodgkin's lymphoma [J]. Chin J Appl Clin Pediatr, 2017, 32(7):535-538. DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-428X.2017.07.016.
- [11] 高怡瑾. 儿童非霍奇金淋巴瘤的诊断与治疗 [J]. 实用儿科临床杂志, 2012, 27(3):160-162. DOI:10.3969/j.issn.1003-515X.2012.03.003.
- Gao YJ. Diagnosis and treatment of childhood non-Hodgkin lymphoma [J]. J Appl Clin Pediatr, 2012, 27(3):160-162. DOI:10.3969/j.issn.1003-515X.2012.03.003.
- [12] Ha CS, Cho MJ, Allen PK, et al. Primary non-Hodgkin lymphoma of the small bowel [J]. Radiology, 1999, 211(1):183-187. DOI:10.1148/radiology.211.1.r99ap30183.
- [13] Minard-Colin V, Brugières L, Reiter A, et al. Non-Hodgkin lymphoma in children and adolescents: progress through effective collaboration, current knowledge, and challenges ahead [J]. J Clin Oncol, 2015, 33(27):2963-2974. DOI:10.1200/JCO.2014.59.5827.
- [14] Munden MM, Bruzzi JF, Coley BD, et al. Sonography of pediatric small-bowel intussusception: differentiating surgical from nonsurgical cases [J]. AJR Am J Roentgenol, 2007, 188(1):275-279. DOI:10.2214/AJR.05.2049.
- [15] Bussell HR, Kroiss S, Tharakan SJ, et al. Intussusception in children: lessons learned from intestinal lymphoma as a rare lead-point [J]. Pediatr Surg Int, 2019, 35(8):879-885. DOI:10.1007/s00383-019-04488-z.
- [16] Gupta H, Davidoff AM, Pui CH, et al. Clinical implications and surgical management of intussusception in pediatric patients with Burkitt lymphoma [J]. J Pediatr Surg, 2007, 42(6):998-1001. DOI:10.1016/j.jpedsurg.2007.01.033.
- [17] 张正筠, 徐敏, 褚珺, 等. 外科手术在原发性胃肠道非霍奇金淋巴瘤诊治中的作用 [J]. 实用儿科临床杂志, 2009, 24(23):1809-1810. DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-428X.2009.23.109.
- Zhang ZJ, Xu M, Chu J, et al. Effect of surgical treatment on primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma in children [J]. J Appl Clin Pediatr, 2009, 24(23):1809-1810. DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-428X.2009.23.109.
- [18] Attarbaschi A, Mann G, Dworzak M, et al. The role of surgery in the treatment of pediatric B-cell non-Hodgkin's lymphoma [J]. J Pediatr Surg, 2002, 37(10):1470-1475. DOI:10.1053/jpsu.2002.35417.
- [19] 陈淑超, 黄崇权, 都继成, 等. 原发性肠道 B 细胞淋巴瘤大体类型与 CT 表现的对比研究 [J]. 医学研究杂志, 2019, 48(4):47-51, 57. DOI:10.11969/j.issn.1673-548X.2019.04.012.
- Chen SC, Huang CQ, Du JC, et al. Comparative analysis of CT findings and tumor type of primary intestinal B cell lymphoma [J]. J Med Res, 2019, 48(4):47-51, 57. DOI:10.11969/j.issn.1673-548X.2019.04.012.

(收稿日期:2022-04-11)

**本文引用格式:** 黄召, 刘登辉. 儿童原发性肠道淋巴瘤继发肠套叠的手术治疗 [J]. 临床小儿外科杂志, 2023, 22(2):163-167. DOI:10.3760/cma.j.cn101785-202204042-013.

**Citing this article as:** Huang Z, Liu DH. Surgical treatment on secondary intussusception with primary intestinal lymphoma in children [J]. J Clin Ped Sur, 2023, 22(2):163-167. DOI:10.3760/cma.j.cn101785-202204042-013.

· 编读往来 ·

## 本刊关于作者署名的书写要求

作者姓名在文题下按顺序排列, 排序应在投稿时写明, 在投稿后编排过程中不得再作更改, 如确需改动时必须出示单位证明以及所有作者亲笔签名的署名无异议书面证明。作者应同时具备以下四项条件: ①参与论文选题和设计, 或参与资料分析与解释; ②起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容; ③能按编辑部的修改意见进行核修, 对学术问题进行解答, 并最终同意论文发表; ④除了负责本人的研究贡献外, 同意对研究工作各方面的诚信问题负责。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者, 仅对科研小组进行一般管理也不宜列为作者。请提供中英文作者及作者单位信息。一般不建议著录同等贡献作者, 同一单位同一科室作者不宜著录同等贡献, 作者申请著录同等贡献时需提供全部作者的贡献声明, 期刊编辑委员会进行核查。

仅有 1 位作者的, 不再标注“通信作者:”, 直接在作者单位下另起一行著录 Email 地址。

示例:

陈楠

上海交通大学医学院附属瑞金医院肾内科, 上海 200025

Email: cnrj100@126.com