

• 经验交流 •

1 岁以上小儿肠套叠 132 例诊治分析

蔡泽平 滕水生

【关键词】 肠套叠/外科学;诊断;治疗结果;儿童

肠套叠是小儿外科常见急腹症之一,以 4~10 个月婴幼儿最多见^[1]。作者自 2007 年 1 月至 2011 年 2 月共收治小儿急性肠套叠 402 例,其中年龄 >1 岁儿童肠套叠 132 例,现回顾性分析 132 例 1 岁以上患儿临床资料,探讨较大年龄儿童肠套叠的诊治特点。

临床资料

一、一般资料

132 例患儿中,男 98 例,女 34 例,男:女为 2.88:1,与文献报道男:女为 2~3:1 相符^[2]。发病时间最短为 5 h,最长 6 d,临床症状:阵发性哭闹占 68.18%,呕吐占 81.81%,血便占 75%,能扪及肿块占 47.72%,4 个症状均存在占 23.86%。在手术患儿中,7 例同时存在器质性病变,占手术病人的 28%,其中合并憩息 4 例,息肉 3 例。

二、治疗方法与结果

患儿均经 B 超或 X 线空气灌肠明确诊断。明确诊断后,首选 X 线空气灌肠复位或在 B 超引导下盐水灌肠复位,复位成功 107 例,占 81.06%,非手术复位失败 25 例,占 18.94%,均予手术治疗。

107 例非手术复位成功患儿,经住院观察 2~4 d 后痊愈出院。25 例非手术复位失败患儿予手术治疗,其中 16 例单纯行手术复位,2 例发生肠坏死行坏死肠袢切除术,4 例发现合并小肠憩息,行憩息切除术,3 例发现存在息肉,行息肉切除术。术中发现肠套叠类型为:回回型 6 例,回盲型 3 例,回结型 12 例,回结结型 3 例,回回结型 1 例。

手术患儿平均住院时间 9.1 d,术前有 2 例合并过敏性紫癜,1 例合并先天性心脏病,1 例合并支气管炎。所有手术患儿均治愈出院,无一例出现并发症。

讨 论

原发性肠套叠病因至今尚不明确,不少学者认为与病毒感染有关^[3-5]。也有人认为与饮食改变及肠痉挛、生长抑素、回盲部系膜固定不完善以及回盲部活动度较大的解剖特点有关^[2,6]。

患儿通常有典型的临床表现,如阵发性哭闹、呕吐、果酱样大便、腹部肿块,诊断上并不困难。但早期症状不明显或合并有其他器质性病变时,临床上往往容易误诊或漏诊,影响治疗时机,因此,早期诊断是提高非手术复位成功的关键。作者体会对于不明原因的阵发性哭闹、血便患儿,应高度怀疑肠套叠,行彩超或空气灌肠检查,既可达到进一步诊断的目的,又可对确诊患儿行复位治疗。

肠套叠一旦形成,很少能自行复位,因此,一旦确诊应积极治疗^[7-8]。治疗上以非手术治疗为首选,一般采用空气灌肠复位或 B 超下盐水灌肠复位,文献报道小儿急性肠套叠非手术复位成功率在 90% 以上,本组病例经非手术治疗,复位成功的有 107 例,占 81.06%,比文献报道偏低,究其原因可能与患儿就诊较晚有关。本组 25 例手术病例中就诊时间超过 24 h 者 20 例,占 80%,就诊时间超过 48 h 者 12 例,占 48%,部分患儿为基层医院经治疗效果欠佳而转诊,一定程度上延误了诊断与治疗时机。

尽管绝大部分患儿可以通过空气灌肠复位或 B 超下盐水灌肠复位达到治疗的目的,但作者认为下列情况仍应积极手术:①发病时间较长,出现全身炎症反应如高热等。②合并腹膜炎体征。③合并休克。④诊断性空气灌肠发现套头深或复杂性套叠,估计难于复位。⑤B 超检查发现套叠肠袢血运差,有可能并发肠坏死。⑥高度怀疑合并有肠道其他器质性病变,如憩息、先天畸形、肿瘤、息肉等。

关于手术治疗小儿急性肠套叠,作者体会:①发病时间不能作为是否手术的主要依据,只能供临床参考。虽然有作者将 48 h 的病程作为是否手术

的时间参考分界线,但作者认为由于小儿发病时间的不确定性,是否需要手术应结合患儿全身及局部情况进行综合分析。安妮妮等^[8]报告一组 48 例患儿中,发生肠坏死超过 24 h 者 42 例,6 例在 24 h 内即发生肠坏死。本组中有发病 4 d 经非手术复位成功,也有发病仅 6 h 非手术复位不成功而改行手术者。②手术动作要轻柔,否则容易损伤已经水肿的肠袢,如浆肌层破裂,造成医源性损伤。③不要轻易切除肠袢,部分血运欠佳的肠袢复位后在热敷等改善微循环的情况下可以恢复肠袢的血运与活力。更不要过度考虑吻合口的愈合而随意扩大肠袢切除范围,因小儿肠道较短,过度切除容易引起术后因肠袢过短而引起诸多并发症。④因病变部位多发生在回盲部,不管是否切除肠袢,一般主张同时将阑尾切除,尤其是已经合并阑尾炎症或阑尾上有嵌痕的情况下。综上所述,要重视对儿童肠套叠的早期诊断,尤其是对症状不典型的 1 岁以上小儿肠套叠,正确判断、选择合适的治疗方式是减少并发症的关键。

参考文献

- 1 刘玉献,范燕伟. 婴幼儿肠套叠 567 例临床分析[J]. 医学信息手术学分册,2006 年,3:19-20.
- 2 李正,王慧贞,吉士俊. 实用小儿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:738.
- 3 林志川,李建国. 彩超引导下水压灌肠治疗小儿肠套叠疗效分析[J]. 临床小儿外科杂志,2010,9(1):37-39.
- 4 李小松,张金哲. 原发性肠套叠血浆生长抑素测定及其临床意义[J]. 中华小儿外科杂志,2000,12(1):40.
- 5 李良波,刘自光,黄茂伦,等. Cajal 间质细胞与肠质叠关系的探讨[J]. 临床小儿外科杂志,2011,10(3):202-203.
- 6 余亚雄,童尔星. 小儿外科学[M]. 第 3 版,北京:人民卫生出版社,1997:4.
- 7 王勇,汤绍涛,童强松,等. 腹腔镜辅助治疗小儿难治行肠套叠 81 例[J]. 临床小儿外科杂志,2010,9(1):43-44.
- 8 安妮妮,张应权,王建平,等. 48 例小儿肠套叠坏死的治疗体会[J]. 贵州医药,2004,28(3):247-248.

(上接第 72 页)

何手术和麻醉时间的延长对患儿都是致命的打击,应尽量缩短手术和麻醉时间,减少对患儿的打击。多数人认为,在胆汁性腹膜炎的情况下,行囊肿切除、胆道重建术是十分危险的,且炎症刺激造成囊壁水肿增加了术中分离困难,故宜选择外引流术,3~6 个月后行根治手术。本组 7 例患儿于穿孔点行 T 管引流加腹腔引流术;未找到穿孔部位的 2 例患儿切开囊肿前壁行 T 管引流加腹腔引流术。作者曾对 1 例未找到穿孔点的患儿行胆囊引流术,术后 3 d 复发,考虑胆总管部隐匿穿孔点压力较胆囊部低,故胆汁仍可漏出,后切开囊肿前壁行 T 管引流加腹腔引流术好转,未再行胆囊引流。不建议缝合修补微小的穿孔,相反,推荐在穿孔区肝门处单纯引流而不予缝合修补穿孔的方法。

婴幼儿胆总管囊肿自发穿孔容易误诊,腹腔穿刺对诊断该病有重要意义。提前诊断、早期手术是

决定治疗效果及减少术后并发症的关键。

参考文献

- 1 Okada A, Nakamura T, Higaki J, et al. Congenital dilatation of the bile duct in 100 instances and its relationship with anomalous junction[J]. Surg Gynecol Obstet, 1990, 171:291-293.
- 2 印其有,周以明,肖现民. 小儿胆道穿孔的诊治经验[J]. 临床小儿外科杂志, 2004, 3(2): 88-91.
- 3 陈亚军,张金哲,王燕霞,等. 小儿先天性胆总管囊肿自发性穿孔的临床分析[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(2):102-103.
- 4 武溪清. 小儿胆汁性腹膜炎诊治分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2010, 9(5):358-359.
- 5 张金山,刁美,李龙. 先天性胆总管囊肿病因及病理研究进展[J]. 临床小儿外科杂志, 2011, 10(6):447-449.