

婴幼儿急性肠套叠 45 例手术治疗分析

周正强,董明武,张晓军,李功俊,齐新

辽宁省大连市儿童医院外二病房,辽宁大连 116012

[摘要] 目的:探讨婴幼儿肠套叠的诊断和治疗。方法:回顾性分析我院于2010年1~12月收治的45例住院手术的肠套叠患儿的临床表现、诊断方法、手术方法等临床资料,并进行总结分析。结果:45例患儿全部治愈,无一例死亡。结论:早期诊断、合理选择辅助检查及术中、术后正确处理是成功治疗急性肠套叠、降低手术并发症的关键。

[关键词] 肠套叠;婴幼儿;手术

[中图分类号] R574.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1673-7210(2012)01(a)-162-02

Surgery analysis on acute intussusception in 45 cases of infants

ZHOU Zhengqiang, DONG Mingwu, ZHANG Xiaojun, LI Gongjun, QI Xin

Department of Surgical, the Children's Hospital of Dalian City, Liaoning Province, Dalian 116012, China

[Abstract] **Objective:** To discuss the diagnosis and treatment of infants with intussusception. **Methods:** The clinical data of clinical manifestation, diagnostic method, surgical method in 45 cases of infants with intussusception in our hospital from January to December 2010 were analyzed retrospectively, and the results were summarized. **Results:** 45 cases were all cured, no case was dead. **Conclusion:** Early diagnosis, rational selection of auxiliary examination, corrective dispose of in-traoperation and postoperation is the key to successfully treat acute intussusceptions and reduce the complications.

[Key words] Intussusception; Infants; Operation.

急性肠套叠是小儿较常见的急腹症之一。现就我院2010年1~12月收治的45例住院手术的急性肠套叠患儿的临床资料进行分析总结,报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2010年1~12月我院收治的急性肠套叠患儿45例,其中,男26例,女19例;年龄最大33个月,最小3个月,平均10.02个月,3个月患儿2例,4~10个月29例,11~24个月12例,25个月以上2例;发病时间为4~72h,平均23.07h;临床表现为阵发性哭闹或腹痛42例,呕吐37例,血便26例,其中,以上3项均具备22例,且发病时间为7h以上,1例3个月患儿仅以血便为临床症状,2例仅有呕吐的临床表现,3例合并急性胃肠炎,1例合并急性上呼吸道感染。本组45例均可触及腹部索条状包块且均没有腹膜炎体征。行B超检查17例,均观察到典型肠套叠影像;行X线下空气灌肠检查35例,未能复位。

1.2 方法

所有患儿均进行手术治疗,术前常规检查血常规、血型等,术前插胃管,补液纠正脱水、电解质紊乱。全部患儿行全麻插管麻醉,采用右侧腹部探查切口,施行肠套叠逆行手法复位,如无肠坏死,则正常关腹;若家长术前要求切除阑尾,则一并行常规阑尾切除术;如发现肠坏死或肠壁畸形,行相应手术处理,如肠切除肠吻合等;如肠管扩张明显,同时行肠减压手术。全组患儿均未放置腹腔引流管。手术后继续行补液、纠正电解质紊乱等治疗,待肛门排气、排便后拔除胃管并给予流质饮食。

2 结果

本组45例患儿均行手术治疗,其中,39例经逆行手法

复位后成功,无肠坏死,占86.7%;其中,1例行肠减压术,占2.2%;2例肠坏死行肠切除一期肠吻合术,占4.4%;4例术中发现合并肠道畸形,占8.9%,其中,Meckel憩室1例,肠重复畸形2例,回肠息肉1例。肠套叠类型:回结型24例,占53.3%;回回结型14例,占31.1%;回盲型4例,占8.9%;回肠回肠型2例,占4.4%;全结肠型1例,占2.2%。本组患儿住院期间无近期并发症发生,均治愈出院,无死亡病例,均随访6~12个月,其中,1例术后13d再次复发肠套叠,行空气灌肠复位成功,未再复发,其余患儿均无远期并发症发生。

3 讨论

3.1 肠套叠的发病规律

急性肠套叠是婴儿期最常见的急腹症^[1-2],偶见成人或新生儿,1岁以内多见,尤其以4~10个月婴儿更多见,占半数以上,2岁以后随年龄增长发病逐年减少,5岁以后发病极罕见,男性发病率多于女性。本组病例男性多于女性,男女比例约为1.4:1,多发于4~10个月婴儿,占64.4%,2岁以内患儿占本组病例的95.6%,未见2个月内新生儿及3岁后儿童手术病例,说明2个月内新生儿发病率低,3岁后发病并手术的病例少见,与相关文献报道相符^[1-2]。本组仅对2010年我院手术治疗病例进行了回顾性分析,而未统计非手术治疗病例及其他年份手术病例,故对患儿的发病率分析存在一定的局限性。

3.2 肠套叠的临床表现及诊断方法

急性肠套叠患儿的主要临床表现为阵发性哭闹、呕吐、血便和腹部包块^[1-2]。但是Ugwu等^[3]报道64例中有32%的患儿为不典型病例,容易误诊而延误治疗。本组病例中42例以阵发性哭闹或腹痛为首发症状,占93.3%;具备典型症状的22例,占48.9%;2例仅有呕吐症状,分别为9个月和11个

月大的患儿;1例仅有便血,为3个月大的患儿;而无其他临床症状的患儿,占本组病例的6.7%。说明不典型症状急性肠套叠多发生于低年龄组患儿中,且低于Ugwu等^[3]的报道。本组45例患儿经仔细查体,临床体征均能触及腹部包块,说明对阵发性哭闹的患儿的查体必须仔细、耐心,特别是伴有其他合并症的患儿,如呼吸道感染、胃肠道感染等,这样可以有效地避免漏诊、误诊的发生。本组施行B超检查17例,均得到了确诊,确诊率达100%,且均观察到典型肠套叠影像,与刘吉凤等^[4]报道的B超对肠套叠的诊断率可达到94.7%基本一致。说明B超对肠套叠的诊断符合率较高,并且超声方法简便,无需造影,无创伤,所以怀疑肠套叠的患儿首选辅助检查方法为B超检查。本组35例患儿行空气灌肠,均确诊且未能复位,说明空气灌肠对肠套叠的确诊有意义,在施行空气灌肠时应严格掌握空气灌肠的适应证及禁忌证,在空气灌肠复位困难时,应及时停止,改行手术治疗,并且放射线是对患儿的高危险性因素,应控制暴露时间。

3.3 肠套叠的手术指征及解剖类型

肠套叠的手术指征为空气灌肠等非手术治疗复位失败;病程超过48h;全身情况差,如血便多、精神萎靡、脱水严重等;腹部异常膨隆,腹胀明显,疑有肠坏死表现;套入部过长,达脾曲以下;复发性肠套叠,疑有器质性病变者等。本组病例中14例就诊时间超过24h,6例一般状况良好试行空气灌肠未能复位,而施行开腹手术治疗,其他8例因发病时间均超过48h,而直接行开腹手术治疗,占总手术比例的31.1%。可见早期发现早期治疗可有效避免手术对患儿的损害。本研究患儿肠套叠解剖类型以回结型最多见,24例,占53.3%;回回结型14例,占31.1%;回盲型4例,占8.9%;回肠回肠型2例,占4.4%;全结肠型1例,占2.2%。

3.4 病理性肠套叠

本组病例中4例术中发现合并肠道畸形,占8.9%,其中1例Meckel憩室,2例肠重复畸形,1例回肠息肉。肠道畸形发病率与Blakelock等^[5]的文献报道相当。但笔者认为,本研究畸形的发病率较高,与本组病例仅包括手术病例有关。本组合并肠道畸形的病例均为婴幼儿,未见大于3岁病例,考虑大年龄组患儿多复位顺利,复发少见,未行手术治疗,另外亦提示大年龄组患儿肠道畸形导致肠套叠发生可能性较小。有文献报道,44%的病理性肠套叠发生在5岁以前^[6]。提示大

年龄组患儿发生肠套叠时,如无禁忌证,仍应首选非手术治疗复位,且合并肠道畸形的可能性较小。

3.5 手术技巧

本组病例术后恢复顺利,住院期间无近期并发症发生,均顺利出院。随访6~12个月,其中,1例术后13d再次复发肠套叠,行空气灌肠复位成功,未再复发,其余患儿均无远期并发症发生。这与手术操作及复位技巧等密切相关。笔者体会在手术复位中先要判断是否存在肠穿孔及鞘部肠管坏死的可能,确定无肠穿孔及鞘部肠管坏死后决定复位;套叠肠管到达左半结肠时,先把套叠肠管复位到脾曲,将术者左手食指置入鞘部使套叠肠管变直,右手轻挤套叠肠管远端使套叠肠管进入横结肠,同样的方法使套叠肠管经过肝曲进入升结肠直至复位,大大缩短了手术复位时间,复位时手法应轻柔,切勿动作粗鲁而导致肠管破裂,复位后要再次复查结肠、小肠,注意肠腔内有无异物感及赘生物感,并观察肠管生机,避免遗漏生机丧失的肠管。对不能复位、肠坏死或合并肠道畸形病例,应行肠切除肠吻合术,达到一期切除吻合的目的。对术前腹胀、术中发现小肠扩张明显的病例应同时行肠减压术,并且术后保持有效的胃肠减压,加强静脉营养支持,合理选择抗生素。这些都可以有效避免术后腹胀及切口裂开、切口感染等的发生率。

总之,婴幼儿急性肠套叠治疗的关键是早期诊断、合理选择辅助检查、及时治疗,对非手术治疗失败者,应及时手术。术中正确处理,术后保持有效的胃肠减压,加强静脉营养支持,合理选择抗生素,都是确保患儿顺利康复的重要手段。

[参考文献]

- [1] 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,2001:737-749.
- [2] Jay L, Grosfeld JA, O'Neill JE, et al.小儿外科学[M].6版.吴晔明,译.北京:北京大学医学出版社,2009:1339-1368.
- [3] Ugwu BT, Legbo JN, Dakum NK. Childhood intussusception: a 9-year review [J]. Annals of Tropical Paediatrics,2000,20(2):131.
- [4] 刘吉凤,杨恒,吴新勇.超生对儿童肠套叠的诊断价值[J].华北煤炭医学院学报,2010,12(5):684-685.
- [5] Blakelock RT, Beasley SW. The clinical implications of nonidiopathic intussusceptions [J]. Pediatr Surg Int,1998,14:163.
- [6] Navarro O, Daneman A. Intussusception part 3: diagnosis and management of those that reduce spontaneously [J]. Pediatr Radiol,2004,34:305.

(收稿日期:2011-08-18)

· 编读往来 ·

本刊作者姓名的英文表达要求

英文摘要中,中国作者的姓名用汉语拼音标注。汉族作者姓在前,复姓(如:欧阳)连写,双姓(如:陈冯)之间加“-”,全部大写;名在后,首字母大写,双名间不加连字符;名不缩写,姓与名之间空一格。对于复姓、双姓或双名的汉语拼音音节界限易混淆者,应加隔音号“'”。少数民族作者姓名按照民族习俗,用汉语拼音字母音译转写,分连次序依民族习惯,姓名之间用中位“·”。我国香港、澳门、台湾地区作者姓名的书写方式,应尊重其传统习惯。外国作者的姓名写法遵从国际惯例。