

小儿肠套叠空气灌肠 98 例

石子磊¹, 杜霞²

(贵州茅台酒厂有限责任公司职工医院 放射科, 贵州 仁怀 564501; 2. 贵阳医学院附院 影像科, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 分析影响空气灌肠整复成功的因素, 提高小儿肠套叠空气灌肠诊断及治疗水平。方法: 98 例具有典型肠套叠患儿经 X 线透视下行空气灌肠, 分析复位情况。结果: 98 例肠套叠患儿, 回结型 84 例, 回回结型 10 例, 回回型 1 例, 结结型 3 例; 灌肠整复成功 68 例 (69.4%)。结论: X 线透视下行空气灌肠时对确诊小儿肠套叠的部位及治疗是有效的。

[关键词] 肠套叠; 空气灌肠; 整复

[中图分类号] R726.561 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)02-0202-02

肠套叠是小儿最常见的急腹症之一, 必须及时明确诊断, 进行有效的治疗, 否则会导致肠管的缺血坏死、急性腹膜炎, 甚至危及小儿的生命安全。透视下行空气灌肠安全、复位快且创伤小, 是肠套叠复位的首选方法, 2008 - 2011 年收治小儿肠套叠 98 例, 用该法进行诊断和治疗, 取得良好效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 - 2011 年小儿肠套叠 98 例, 其中男 69 例, 女 29 例, 年龄 1 个月 ~ 6 岁, 具有阵发性哭闹 (或腹痛)、呕吐、血便 (或指套染血)、腹部包块等肠套叠典型症状的患儿 68 例 (69.4%), 立位腹平片提示肠梗阻 10 例。24 h 内就诊 56 例, 24 ~ 48 h 就诊 31 例, 48 h 以上就诊的 11 例。全部病例均在 X 线透视下行空气灌肠。

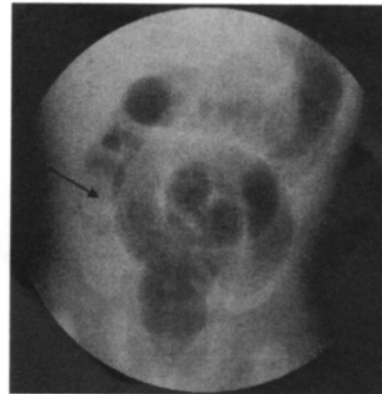
1.2 设备 日本岛津 1250 型遥控 X 线胃肠仪, 日本东芝 BLF-600A 遥控 X 线胃肠仪, JS-628 型电脑遥控灌肠整复仪。

1.3 治疗方法 98 例肠套叠患儿均行空气灌肠治疗, 经肛门插入 Foley 管, 球囊内充气固定, 自动控制压力结肠注气机给予空气灌肠, 并辅以适当的手法按摩。空气压力为 8 ~ 16 kPa, 注气方式为直接注气或脉冲式注气。观察杯口阴影移动情况, 见杯口阴影消失, 小肠充气, 腹部肿块消失提示肠套叠已经复位。在灌肠过程中要密切观察双膈下有无游离气体, 灌肠复位失败的患儿全部住院观察、治疗。

2 结果

98 例肠套叠患者中, 回结型占 84 例 (85.7%),

图 1、2), 回回结型 10 例 (10.2%), 结结型 3 例 (3.0%), 回回型 1 例 (1.0%), 复位成功者大部分为回结型。空气灌肠复位成功 68 例 (69.4%), 其中 24 h 内就诊复位成功 47 例 (83.9%), 24 ~ 48 h 就诊复位成功 18 例 (58.1%), 48h 以后就诊复位成功 3 例 (27.2%)。



注: 空气灌肠示回盲部套叠影 (箭头所示)

图 1 回结型肠套叠

Fig. 1 Ileocolonic intussusception and air pressure enema showing intussusception image in ileocecal region

3 讨论

肠套叠是指一部分肠管套入另一部分肠管内, 形成肠梗阻, 是小儿常见的急腹症。小儿肠套叠在我国发病率较高, 是婴儿肠梗阻的主要原因, 临床上最常见的肠套叠类型是回肠末端肠管顺行套入结肠内^[1], 即回结型肠套叠。肠套叠的危险性在于套叠肠管如果压迫时间过长 (超过 24 h), 会使



影像套叠影消失, 小肠充气

影像套叠影消失, 小肠充气

图 2 回结型肠套叠治疗成功后 X 线

Fig. 2 X-ray re-examination showed the intussusception image disappeared and aerated small intestine after successful treatment

套入的肠管血液循环受阻,可能进一步发生肠坏死,而危及小儿的生命。临床上小儿肠套叠以 1 岁以内的肥胖儿多见,男女比率约 3:1,典型表现为阵发性哭闹、呕吐、血便、腹部包块^[2]。肠套叠病因至今尚不明确,其中 90% 以上的病例为特发性,可能与 6~12 个月幼儿断奶及食物结构改变、活动量过大、腺病毒感染等有关,少数可继发于肠炎、肠重复畸形、美克尔憩室等。

临床上一般将肠套叠分为小肠型、结肠型、回结型、复杂型,也有学者将小儿肠套叠分为回结型、回回结型、回回型、回回结结型、回结结型、回盲结型等。目前治疗上采用较多的是空气灌肠,空气灌肠不能复位者,以回回结结型、回结结型、回盲结型较多^[3]。诊断肠套叠的检查方法有空气灌肠和 B 超,空气灌肠不仅可以诊断肠套叠,且具有治疗作用。B 超可发现套叠部位及肠管情况,但其受呼吸伪影干扰较大,诊断率不高,没有治疗作用。故临床普遍采用以空气灌肠整复为主的非手术疗法,并作为首选的诊断与治疗方法。空气灌肠分为诊断性灌肠和治疗性灌肠。诊断性空气灌肠适用于回结型肠套叠和回肠套叠的定性、定位诊断,主要针对就诊时间大于 48 h,临床诊断较困难的患儿。结肠注气压力以显示套叠影即停止注气,通常 < 6 kPa,对于肠套叠影及解剖位置应予拍片记录,留下客观的影像证据,为后续治疗性灌肠提供治疗举证^[4]。对发病不超过 48 h、全身及局部状况好、无

明显腹胀和腹膜刺激征者均应首选空气灌肠复位,疗效良好。注气压力应从低到高逐渐缓慢加压,一般从 8 kPa 开始,但不超过 16 kPa,每次高压注气时采取脉冲式注气,持续时间不宜超过 1 min,每次注气的间隔应让患儿休息几分钟。在 10 kPa 压力灌注注气间隔时,医生应到床边按摩患儿腹部,通过触诊,轻揉套叠头,然后指尖沿着肠套叠复位方向用力挤压套叠头,如此反复多次。如果初次复位不成功,且患儿的生命体征平稳,则延时 45~60 min 后尝试再次复位,常能使套入肠管完全复位。这往往是因为初次空气灌肠复位常能使套叠肠管痉挛缓解、水肿消退,当延时再次空气灌肠时用较低的压力即可复位^[5],从而提高复位成功率。如果结肠内套叠头消失,但小肠未见充分充气,应注意有否小肠套叠存在,因为小肠肠壁较结肠薄,小肠套叠时不宜盲目加高压,宜腹部按摩与中、低压灌肠(8~12 kPa)相结合^[6]。在整复过程中,要随时观察有否产生肠穿孔,如腹腔内突然出现闪光征,套头杯口模糊,腹胀明显则提示肠穿孔,应马上停止灌肠,保留肛管排气,立刻外科手术治疗。

本组资料显示,肠套叠的就诊时间及明确诊断越早,空气灌肠复位成功率越高。小儿肠套叠行空气灌肠可达到诊断与治疗的双重目的,是目前最直接、有效的非手术治疗方法,具有疗程短、创伤小、成功率高等多方面优点。

4 参考文献

- [1] 郑彬, 陈植标. 婴幼儿肠套叠 82 例诊治分析[J]. 中华医药杂志 2003(7): 1680-1681.
- [2] 荣独山. X 线诊断学[M]. 第 2 册. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 157-159.
- [3] 程建会, 赵鑫. 小儿肠套叠空气灌肠整复失败原因分析[J]. 中国误诊学杂志 2003(8): 1159-1161.
- [4] 何晓俊, 秦增辉, 马新瑜, 等. 小儿肠套叠空气灌肠规范化诊疗的探讨[J]. 放射学实践 2010(25): 559-560.
- [5] 吴文惠, 白人驹, 刘望彭. 医学影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社 2001: 636-637.
- [6] 徐文彪, 肖伟强, 刘立炜. 儿童肠套叠空气灌肠整复失败原因及解决方法的探讨[J]. 影像诊断与介入放射学 2007(16): 175-176.

(2012-01-13 收稿 2012-02-20 修回)

编辑: 余 堃