

小儿肠套叠 27 例的诊断与治疗

陆世民

(广西壮族自治区横县妇幼保健院小儿外科 横县 530300)

【摘要】 目的 探讨小儿肠套叠的病因、临床特点及诊治措施。方法 回顾性分析横县妇幼保健院 2005 年 4 月至 2010 年 12 月收治的 27 例小儿肠套叠患者的临床资料。结果 27 例患儿中行空气灌肠整复治疗 23 例,成功率 87.0% (20/23);手术治愈 7 例,无死亡病例。结论 早期诊断、及时治疗是提高小儿肠套叠成功率、减少并发症的关键,诊断性空气灌肠和 B 超是主要诊断手段,空气灌肠整复是主要治疗方法。

【关键词】 小儿;肠套叠;诊断;空气灌肠

肠套叠是小儿外科常见急腹症,发病原因尚未明确,可能与肠管解剖因素、肠痉挛、病毒感染及自主神经因素、遗传因素等有关^[1],如得不到及时治疗可引起肠穿孔、坏死、中毒性休克等严重并发症,甚至危及患儿生命。目前小儿肠套叠主要治疗方法有空气灌肠复位、钡餐灌肠复位、手术复位及肠切除等。本文对 2005 年 4 月至 2010 年 12 月我院收治的 27 例小儿肠套叠患者的临床资料进行回顾性分析与总结,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:本组患儿 27 例,男 17 例,女 10 例,年龄 3 个月~5 岁,平均 12 个月,其中 <6 个月 4 例,占 14.8%;6 个月~1.5 岁 18 例,占 66.7%;>1.5 岁 5 例,占 18.5%。发病时间 <24 h 16 例,占 59.3%;24~48 h 7 例,占 25.9%;>48 h 4 例,占 14.8%;最长者 72 h。有不同程度阵发性哭闹 24 例,出现频繁呕吐 18 例,黏液血便或果酱样大便 16 例,腹部可触及包块 15 例,同时具备以上四大症状 6 例,占 22.2%。所有病例均经 B 超和(或)空气灌肠诊断证实,腹部 B 超可见同心圆、靶环状肿块等特征性图像,诊断性空气灌肠示典型“杯口状影”或“弹簧”征。

1.2 方法:先常规胸腹部立、卧位透视以了解有无肺部疾患、肠穿孔或膈下游离气体。患儿取左侧卧位或仰卧位,经肛门插入 Foley 双腔气囊导管深约 5~10 cm,气囊注气 20~25 ml 后将管稍外拉堵住肛门,先给予诊断性灌肠气压为 60 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa),透视下可见气柱前端呈“杯口状”阴影,即可明确为肠套叠。根据复位情况逐渐加大压力至 70~100 mm Hg,对于难复性肠套叠可采用间歇注气法,辅以手法推挤、按摩多能提高复位成功率,必要时给予解痉药物 654-2。当套头阴影逐渐到回盲部并最后消失,小肠大量进气即提示灌肠复位成功。空气灌肠复位不成功应及时转手术治疗。复位后留院观察 2~3 d,如复发可重复进行空气灌肠整复。

2 结果

本组 27 例中回结型 19 例,占 70.4%;回回结型 6 例,占 22.2%;回回型 2 例,占 7.4%。行空气灌肠整复治疗 23 例,复位成功 20 例,成功率 87.0%,其中 10 例为单纯逐渐加压注气整复成功,其余均采用间歇性注气法辅以手法按摩、推挤或加用 654-2 整复成功。3 例空气灌肠整复失败者中转手术,另 4 例病程较长、一般情况较差者直接手术复位,均痊愈出院。

3 讨论

3.1 病因:急性肠套叠包括原发性或继发性,对于其病因尚不完全清楚,目前认为原发性肠套叠主要与回盲部解剖因素、饮食及病毒感染、自主神经因素等有关,多见于 4~10 个月患儿,有报道^[2]认为近年来代乳品的使用增多,哺乳期母乳过早更替,婴儿肠蠕动异常活跃也可引起肠套叠。继发性肠套叠多与肠壁病变(如溃疡、息肉、憩室等)及肠管器质性病变有关,多见于成年人。另外肠套叠的发生因素还有遗传因素、生长抑素、胃泌素等有关,李光亮等^[3]研究发现小儿肠套叠的发生还可能与回盲瓣直径偏大及回盲瓣防逆流功能有关。

3.2 早期诊断:健康婴幼儿突发阵发性哭闹、呕吐、血便、腹部触及腹部腊样肿块等典型表现时,即可确诊,但大部分患儿早期病症不典型,仅具有上述 1 或 2 种症状,本组同时具备上述 4 项典型症状的患者仅占 22.2%(6/27),加上婴幼儿年龄因素多不能主述,家属代述也常不准确,所以单靠临床症状诊断较难,误诊率较高,早期无便血患儿肛门指检时见果酱样大便亦具有重要诊断价值,此时肛门指诊及其他辅助手段尤为重要。腹部 B 超为无创、便捷、安全的检查方法,准确率高^[4],可作为症状不典型、查体不合作儿童的首选检查方法,B 超诊断后再行低压空气灌肠做进一步确诊及治疗,有学者对于肠管炎性反应、水肿、血管瘤及肠扭曲或大便块,尤其是小肠套叠,CT 比 B 超更有

利于准确诊断^[5]。疑为肠套叠时,行腹部 B 超检查及低压空气灌肠是最为直观及确诊方法。对早期诊断畸形肠套叠起决定性作用。

3.3 治疗:小儿肠套叠的治疗包括非手术和手术治疗,目前多以非手术治疗为主,包括透视下盐水压力灌肠、钡餐灌肠、空气灌肠复位等,其中空气灌肠复位是我国治疗肠套叠应用最为广泛的方法,其肠套叠复位率可达 90% 以上^[6],且绝大部分患儿预后良好,是一种有效、经济和比较安全的理想方法。但要严格掌握适应证,如肠套叠时间过长、全身情况不佳,出现严重腹水、电解质紊乱或多发型肠套叠时不宜选用,以免延误治疗或加重损害。空气灌肠复位应注意以下几点:①根据病情适当调节压力,一般不应超过 100 mm Hg,以达到复位效果又不引起肠穿孔为宜,一旦出现气体四周扩散、肿物模糊、急剧腹胀、腹肌紧张时,即提示可能肠穿孔;②压力应逐渐上升,整复过程注意套头情况,如在加大压力下无明显推动时,可辅以手法按摩,即暂放气不加压,于腹部轻柔缓缓按摩肿块后再加压注气,一般可提高复位率;③如间歇注气法加手法按摩或解痉药物后反复几次均为成功复位时,应果断中转外科手术治疗,不可强行整复,以免发生严重并发症。空气灌肠整复疗法的禁忌证为病程较长(超过 48 h)、全身状况明显不佳(严重脱水、反应差、高热、休克等)、腹肌紧张移位腹膜炎者、器质性病变或继发性肠套叠等^[7]。

总之,当营养正常的健康患儿突然发生阵发性哭闹或发生呕吐、腹泻等症状时,应高度重视,警惕有无特征性 B 超、X 线影像学征象。通过对本组 27 例小儿肠套叠的诊断及治疗分析,腹部 B 超和(或)低压空气灌肠是诊断的可靠手段,一般小儿肠套叠治愈率高、预后良好,确诊后根据具体病情选择及时空气灌肠复位或早期手术治疗,避免病情恶化。

参考文献

- [1] 杨军. 小儿急性肠套叠的诊断与治疗[J]. 山西大同大学学报(自然科学版) 2011, 27(2): 51-53.
- [2] 魏留田. 35 例小儿肠套叠诊治分析[J]. 河南外科学杂志, 2008, 14(2): 30-31.
- [3] 李光亮, 舒中南. 134 例小儿急性肠套叠诊治体会[J]. 重庆医学, 2008, 37(16): 1880-1881.
- [4] Justice FA, De Campo M, Liem NT, et al. Accuracy of ultrasonography for the diagnosis of intussusception in infants in Vietnam[J]. Pediatr Radiol 2007, 37(2): 195-199.
- [5] Huang YH, Huang LT, Huang CC, et al. Unenhanced CT in the diagnosis of small bowel intussusception[J]. J Emerg Med 2008, 34(1): 89-91.
- [6] 蒋跃先. 845 例小儿急性肠套叠诊治体会[J]. 临床小儿外科杂志 2007, 6(2): 72-73.
- [7] 罗光明, 黄庆荣, 尹玉军. 小儿急性肠套叠 196 例临床诊治分析[J]. 河北医学 2010, 16(4): 447-449.

(收稿日期: 2011-10-17)

(本文编辑: 马文娟)

单叶产钳在剖腹产中的应用

陈凤霞

(河南省临颖县人民医院妇产科, 临颖 462600)

【摘要】 目的 减少剖宫产中母婴并发症。方法 介绍单叶产钳在剖宫产中的使用方法,并与徒手娩头法在娩出胎儿所用时间、头位难产发生率、母婴并发症等方面进行比较。结果 在胎头高浮的剖宫产中使用单叶产钳可以减少头位难产的发生率,降低母婴并发症的发生率。结论 单叶产钳可以在胎头高浮的剖宫产中推广使用。

【关键词】 单叶产钳; 剖腹产; 并发症

由于诸多原因,剖宫产率逐年上升,各级政府虽做出多种努力以降低剖宫产率,但效果并不理想。我院 1999 年至 2003 年剖宫产率为 34.42%,目前已上升至 50.88%。对此,我们在设法控制剖宫产率的同时,努力改进手术方法以降低剖宫产术中的并发症,减少新生儿产伤的发生率。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 我院自 2006 年 1 月至 2010 年 12 月共分娩 10 549 例,其中剖宫产 5367 例,剖宫产率 50.88%。择期剖宫产所占比率在 2006 年约 30.00%,在 2010 年约 65.00%;二次剖宫产所占比率

2006 年为 14.67%,2010 年为 19.78%。首次剖宫产均为横切口,二次剖宫产依据前次切口切除皮肤瘢痕。为使资料更有可比性,选择术者为高年资主治医师以上人员,并固定 4 人组。选择患者为孕 37~42 周,年龄 19~41 岁,胎儿估重 2500~5000 g,胎头高浮者,皮肤横切口。近 5 年中共有 875 例剖宫产符合上述条件,其中枕横位 550 例,占 62.86%;正枕后位 44 例,占 5.03%;枕前位 281 例,占 32.11%。875 例剖宫产中 487 例为徒手娩出,称为徒手组;313 例为单叶产钳助娩,称为产钳组。两组在孕周、孕妇年龄、胎儿估重方面比较差异无统计学意义。另外 75 例为双叶产钳或