

# 小儿肠旋转不良的诊断与治疗

## 小儿肠旋转不良的临床特征

马成海, 王乐纯, 杨强, 张云, 张凤霞

(山东省千佛山医院, 山东济南 250014)

肠旋转不良的发病率比较高, 约为 1:6000, 以男性多见, 男女之比约为 2:1。其临床表现与年龄有关, 约 63%~80% 的病例在新生儿期出现症状, 部分在婴儿或儿童时期发病, 少数病例可在成人期发病或终生无症状。肠旋转不良的病理特点包括: 以肠正常旋转的异常终止和肠系膜的异常附着为主, 从而引起十二指肠及空肠上段的索带压迫、异位阑尾、中肠扭转。临床可出现呕吐、急性肠梗阻、异位阑尾炎。根据该病的临床特点, 习惯上将其分为新生儿期和非新生儿期(包括婴儿期、儿童期、成年期)肠旋转不良。

### 1 新生儿期肠旋转不良

新生儿期肠旋转不良是指出生后 3 个月以内, 由于肠旋转不良患儿的小肠系膜附着仅以狭窄的肠系膜上动脉根部与后腹壁连接, 容易发生肠扭转, 新生儿的发生率高达 78%, 以突发急性高位肠梗阻为特点。①呕吐是新生儿期肠旋转不良的最突出的症状, 一般在出生后 3~5 d 开始出现呕吐, 当然也有在出生 2 周后甚至更长时间才出现呕吐者。其原因与先天性索带压迫十二指肠的程度有关。呕吐物为胆汁性, 大多为喷射状, 少数表现为非喷射状。肠扭转持久则呕吐频繁且呈喷射状, 呕吐物含咖啡样物乃至呕血, 出现便血则表示已发生肠绞窄。肠扭转较轻时, 可在体位改变或肠蠕动时自然复位, 呕吐症状减轻或消失, 但不久即复发, 呈间歇性不全性肠梗阻发生。②黄疸: 血清中直接胆红素增高可能是扩张的胃和十二指肠压迫胆总管所致。间接胆红素增高则为肠系膜静脉或门静脉受压。③消瘦或营养不良: 由于反复呕吐, 可引起脱水导致营养不良。呕吐引起误吸常引起吸入性肺炎。④发病初期腹部阳性体征不多, 有的患儿上腹部膨胀或出现胃蠕动波, 但在剧烈呕吐后, 腹部反而平坦、柔软, 无压痛及肿块。新生儿排过正常胎粪, 又突然呕吐大量胆汁而腹部体征不多者, 正是肠扭转不良早期症状的特征。

### 2 婴儿和儿童肠旋转不良

婴儿和儿童肠旋转不良常表现为顽固性、复发性呕吐和慢性、间歇性、反复性腹痛等, 大多营养不良和发育迟缓。也可出现呕吐、急性腹痛、血性呕吐或血便等。表现为: ①顽固性、复发性呕吐: 出生后头几个月无症状, 随着年龄的增长, 逐渐

出现伴或不伴腹痛的顽固性呕吐。多数可以自行缓解, 随年龄增大呕吐间歇期延长, 但每次呕吐物的量增加。②年龄较大的儿童, 病程较长, 其特点为间歇性腹痛和呕吐。腹痛的原因大多由受压的十二指肠扩张或肠扭转引起。这种患儿多出现进食后喜欢俯卧位或侧卧位。如发生中肠或盲肠扭转、内疝等完全性肠梗阻时, 则出现腹部剧烈绞痛, 频繁呕吐及便秘。盲、升结肠扭转或肠反向扭转则有低位肠梗阻的症状。③营养不良和发育障碍: 由于长期反复呕吐和腹痛, 患儿多产生进食恐惧感, 不愿进食。④异位阑尾可在右中、上腹部, 或中上或左侧腹部。当遇到急性阑尾炎患儿其他症状都具有, 只有腹部疼痛不在麦氏点时, 应该想到小儿异位阑尾的可能。

## 小儿肠旋转不良的诊断和鉴别诊断

陈新国

(山东省立医院, 山东济南 250021)

肠旋转不良在新生儿、婴儿和儿童有不同的临床表现, 切实掌握病史、症状和体检, 选择恰当的辅助检查, 多数患儿能够作出迅速的初步诊断。强调注意的是: 应该努力减少 X 线检查、过多的暴露操作等对小儿特别是新生儿的不利影响; 特别是对有肠绞窄征象者, 切勿为了获得准确的诊断进行过多的辅助检查, 从而贻误了治疗时机。

### 1 诊断

1.1 新生儿期肠旋转不良 多数新生儿期肠旋转不良的诊断主要根据出生后有正常胎便, 3~5 d 出现胆汁性呕吐病史, 腹部无明显阳性体征, 就应考虑到肠旋转不良的诊断。但是, 有的新生儿则表现为出生后第一次喂奶即发生呕吐, 呕吐咖啡样物, 便血, 或表现为高热、脱水等, 也应考虑到肠旋转不良的可能。

1.1.1 X 线检查 腹部直立位平片常显示胃及十二指肠不同程度扩张, 伴有液平面, 可表现为“双气泡”或“三气泡”等十二指肠梗阻的影像及“单泡征”胃梗阻的影像, 其他部位气体很少或无充气。或小肠内充满气体、阴影和液平面, 提示有肠坏死的可能。钡剂灌肠检查可能诱发梗阻和肠扭转, 应慎重。多主张以碘油或泛影葡胺代替钡剂进行此项检查, 可显示盲肠位置异常。但是新生儿盲肠活动度较大, 故该检查的假阳性和假阴性率均较高。

1.1.2 B 超检查 正常情况下, 肠系膜上静脉(SMV)位于肠