

危重肠套叠患儿的非手术治疗

欧阳林, 林焕斌, 陈华燕, 周水添, 肖玉辉

(解放军第175医院影像科, 福建漳州 363000)

[摘要] 目的 探索危重急性肠套叠患儿的非手术治疗方法, 提高婴幼儿肠套叠非手术治疗的成功率。方法 作者自1996年9月~2006年8月对23例起病时间超过48小时的急性肠套叠患儿进行非手术治疗方法摸索及经验总结, 治疗计划包括空气灌肠前补液、消炎、安定及胃肠平滑肌松弛, 空气灌肠阶段间歇性持续中低压空气灌肠辅以手法按摩推压, 空气灌肠整复后续治疗。结果 23例危重急性肠套叠患儿经过综合内科治疗, 19例患儿经空气灌肠整复成功, 4例行外科手术治疗均证实为复合长套。结论 合理应用放射科空气灌肠整复及内科治疗多数危重肠套叠患儿可避免外科手术。

[关键词] 婴幼儿; 肠套叠; 空气灌肠; 治疗

中图分类号: R574.3; R725.7 文献标识码: A 文章编号: 1672-271X(2008)03-0181-03

Non-operating therapy for severe intussusceptions infant patients

OUYANG Lin, LIN Huan-bin, CHEN Hua-yan, ZHOU Shui-tian, XIAO Yu-hui (Image Department of the 175th Hospital of PLA, Zhangzhou 363000, Fujian, China)

[Abstract] **Objective** To explore non-operating therapy for severe acute intussusception infant patients to improve the success chances of non-operating therapy for severe acute intussusception infant patients. **Methods** Author collected the data of 23 infant patients with acute intussusception from 1996 September to 2006 August, and summarized curing experience. The treatment plan including suppling fluid, dephlogisticating, diazepamming and relaxing smooth muscle before air-coloclysis, repeating air-coloclysis time after time with persisting low to middle air pressure during air-coloclysis, suppling manipulation massage, and continuing therapy after successful air-coloclysis. **Results** Among 23 infant patients, 19 were cured successfully by synthesized internal medicine treatment, 4 were cured successfully by surgical operation after synthesized internal medicine treatment failed. **Conclusion** This kind synthesized internal medicine treatment is very useful to cure high risk acute intussusception infant patient, escaping surgical operation.

[Key words] Infant; Intussusceptions; Air-coloclysis; Therapy

婴幼儿肠套叠是常见的急腹症之一, 是婴幼儿期一种特有的疾病。目前空气灌肠是治疗小儿急性肠套叠的首要方法, 已广泛应用于临床, 并取得满意效果, 如何提高空气灌肠整复率, 以及最大限度降低肠穿孔发生率是空气灌肠治疗的关键, 本文将起病时间超过48小时和(或)全身状态较差的肠套叠婴幼儿列为危重肠套叠患儿, 作者针对危重肠套叠患儿的非手术治疗作一探讨并经验总结。

1 资料与方法

作者简介: 欧阳林(1971-), 男, 江西都昌人, 博士研究生, 主治医师; 研究方向: 创伤影像与介入治疗。

1.1 一般资料 本组为1996年9月~2006年8月23例肠套叠患儿, 男17例, 女6例, 年龄3个月~3岁, 发病时间48~72小时14例, 73~96小时9例。全身状态较差21例, 精神萎靡、嗜睡、脱水, 呈虚脱疲软状态, 不哭闹或哭闹声细小, 无休克、腹膜刺激征和腹腔积液征; 另2例患儿状况一般。

1.2 处理方法 入院后详细问病史, 发病前有无感冒、扁桃体炎、胃肠炎等病史, 有无发热、便秘、腹泻等表现, 尽可能排除非常见病; 同时, 建立输液通道, 进行补液、消炎、抗病毒治疗, 适量给予激素; 拟行X线透视下空气灌肠诊治。仪器: 岛津XSC-95T 800 mA 遥控胃肠X光机, 东大阿尔派监视器, 常熟市东方医用器械厂制造的SWY-B型自动肠套叠复位机。

灌肠前10分钟,给患儿肌注地西洋、山莨菪碱(3~5mg),先行空气灌肠诊断,发现套叠部即确立诊断,摄片分析套叠部位、类型、性质,确定治疗方案。灌肠时,考虑到患儿病情严重,压力选择在低中压,即60~80 mm Hg,由低到高,每次灌气时持续给压,不间断,维持1~3分钟,同时手法按摩推压;如未能整复,则拔出FOLYP管,让结肠内空气自行排出,同时将FOLYP管道内粘液血便冲洗掉。休息3~5分钟后再进行下一次灌肠,当透视下空气灌肠见套叠部软组织块影逐渐退缩直至消失,空气大量进入小肠,拔出气囊后肛管排出大量积气和粪便。患儿安静,无哭闹、呕吐,腹部平软,未触及包块。这时可考虑肠套叠空气灌肠整复成功,保留肛管20~30分钟并保持60 mm Hg压力,以防肠腔复套。如果反复6次整复未能成功,可放弃空气灌肠治疗,实行手术治疗。

1.3 复位后的处理 复位后,患儿禁食、水,补液、消炎,营养维持,留院观察,待排气、排便通畅,大便颜色正常后出院。

2 结果

23例高危急性肠套叠婴幼儿经充气灌肠诊断肠套叠,头端位于回盲瓣口9例,升结肠区5例,肝区4例,横结肠中部3例,脾区1例,小肠回-回套1例。23例共行充气灌肠复位95次,其中19例患儿经空气灌肠整复成功,最少者2次即整复成功,最多者5次成功,在整复后续治疗中均痊愈出院;另外4例6次整复未成功遂改行手术治疗,证实为复合长套,肠段不完全坏死,术后1~2周均康复出院。

3 讨论

3.1 小儿肠套叠诊断 急性肠套叠是小儿常见急腹症,其病因目前尚不明确,可能与饮食不当、病毒感染、肠粘膜相关淋巴样组织淋巴瘤、肠系膜松弛或过长等因素有关,临床中绝大多数诱因为上呼吸道感染、消化不良、胃肠炎^[1-3]。婴幼儿急性肠套叠的临床表现较为典型,即阵发性腹痛(哭闹)、呕吐、血便和腹部肿块,诊断不困难,根据典型病史就应考虑此病,行肛门指检、腹部平片、空气灌肠和B超等检查可以确诊。

3.2 小儿肠套叠空气灌肠整复治疗的适应证、禁忌证 空气灌肠整复治疗仍是治疗小儿肠套叠的首选方法,其成功率高于90%^[4-5],这种技术具有明确的优越性,与手术治疗相比,其方法简便,快捷,可避免

因手术造成的创伤和手术带来的肠粘连等并发症,父母容易接受,且小儿恢复快,医疗费用明显降低,在治疗时,还可进一步明确诊断,确定肠套叠的部位及套入顶端的大小,所以空气灌肠治疗小儿肠套叠实用价值较高。适应证为:①患者全身状况良好,体温正常;②无明显腹胀,无肌紧张和反跳痛;③腹痛间隙期安静如常者;④发病时间在48 h内;⑤无心、肺严重疾病。操作时压力应控制好,在严密观察下,进行低压缓慢整复。复位成功后,要预防再发^[6]。禁忌证为:①病程超过72小时,白细胞计数超过 $12.0 \times 10^9/L$;②患儿病情重,一般情况较差,如发热、精神萎靡、嗜睡、脱水,甚至休克;③有腹膜刺激征,腹腔穿刺有血性渗液;⑤心、肺严重疾病。以上情况要及时手术复位^[7]。肠坏死是小儿肠套叠充气灌肠的绝对禁忌证,然而如何判定较为困难,以下几种情况是有可能发生肠坏死的征兆:①发病时间>48小时;②血便出现早、次数多、量大;③患儿精神差,高热,中、重度脱水,血象高;④加压充气后气体进入内外套之间,套入部呈卷曲长柱状,在加压外套扩张套入部不回缩;⑤肠套叠套头位于脾区以下;⑥存在回-回肠套叠;⑦B超、CT或空气灌肠中发为继发性肠套叠;⑧空气灌肠中肠管极度扩张压迫心脏。遇到上述情况,放弃空气灌肠整复行手术复位。作者将具备以下情况之一者列为危重肠套叠患儿,①患儿年龄小,如新生儿,不足3个月,生理机能很脆弱;②病程超过48小时;③一般情况较差。本组资料证明,尽管危重肠套叠患儿属于一般性禁忌证,但绝大部分患儿可以通过合理应用空气灌肠及内科治疗来整复,尽量避免手术,本组病例的空气灌肠整复成功率为82.6%(19/23),低于适应证较好的患儿的整复成功率,同时需要注意的是,进行危重肠套叠患儿的空气灌肠整复治疗时,操作者要有丰富的经验,并且有普外科的保障。

3.3 小儿肠套叠空气灌肠整复治疗技术及成功标准 运用适当的注气方法和辅以手法按摩推压,是成功整复的关键之一。本组病例病程均超过空气灌肠安全期,又因为患儿一般状况不佳,压力从60 mm Hg起步,持续灌注1~3分钟,同时手法按摩,并向套叠部近端推压,一次未能成功,则拔出FOLYP管,让结肠内空气自行排出,同时将FOLYP管道内粘液血便冲洗掉,以免管道堵塞;休息3~5分钟后再进行下一次,气压增加10 mm Hg,并持续灌注;反复3~5次,灌气压控制在80 mm Hg为宜,最好不要超过90 mm Hg;期间继续间歇性手法按摩推压。灌

肠时压力要缓慢增加,并密切注意结肠扩张及套头退缩情况的变化,切勿盲目加压或突然加压。如果套头移动极为缓慢或停止移动,结肠影逐渐扩张,应该停止注气,以免发生并发症。

与传统间断灌气法不同,我们采用持续灌气避免了间断灌气的间歇中套头退缩后又前进的反复;采用间歇性多次灌肠,通过对肠壁一紧一松,可以间歇性降低腹内压,降低套叠阻力,可使鞘层肠管松弛,瘀积在套头的血液快速回流,水肿减轻,有利于肠套叠整复。患儿在间歇期可稍作休息,缓解疼痛,并逐渐适应压力的变化,增加肠管对压力的承受及适应能力。间歇性灌肠减轻了腹内压骤增对呼吸功能的影响,而且还可以减少患儿X线接受量。手法按摩推压也有利于套叠部的血液循环,减轻肠壁水肿及痉挛、防止坏死,向着套叠部近端推压有利于套叠头端退出套叠部。

灌肠前充分的准备是成功整复的另一关键。本组病例在入院了解病情后,立即给予补液改善患儿一般状况,消炎、抗病毒及适量激素治疗改善套叠部的炎症及水肿,同时可以改善患儿已存在的细菌或病毒感染状况,避免进一步加剧肠套叠,这些及时的先期治疗为下一步的空气灌肠整复创造了很好的条件;在灌肠前10分钟给患儿肌注地西洋、山莨菪碱,缓解了患儿的痛苦烦躁,稳定了患儿父母的焦虑不安情绪,松弛了套叠部肠壁肌性紧张,这些均便利了医生的医疗操作及整复成功。

整复后的后续治疗也是整个治疗过程中的重要环节,灌肠复位后,患儿禁食、水,继续补液、消炎,营养维持,留院观察,待排气、排便通畅,大便颜色转为正常后出院。这样做,一方面进一步改善了患儿的一般情况、消除引起患儿肠套叠的感染病因;另一方面减少了整复后的复套。由于套叠部在整复后的短时间内还没有完全恢复正常运动功能,而病因还没有完全控制,因此容易再次套叠。本组2例患儿在整复后再次套叠,经再次灌肠整复后未再套叠,但第二次灌肠整复较比第一次顺利得多,可能是因为患儿状况的改善、病因的控制、套叠部肠段炎症水肿的减轻。另一方面,本组也有1例患儿在灌肠中未能整复,在后续治疗中(准备作手术的过程中)发现患儿安静入睡,腹块不明显,遂再次透视,空气顺利进入小肠,肠套叠在后续治疗中自行复位,作者考虑也是

以上原因。

影响空气灌肠整复肠套叠失败的因素:①病程越长整复越难,病程长,患儿全身情况越复杂,越容易发生并发症,增大了整复的危险性,甚至到了禁忌证的边缘;②套叠部位越远,整复率越低,脾区以下的套叠肠腔内压控制严密持久,整复难度大;③套叠部的特殊形态;④多次重复套叠;⑤伴有回-回型肠套叠和继发性肠套叠;⑥操作者的经验不足,不敢大胆操作或运用手法及气压不当^[8]。

肠套叠整复成功与否的判断:①透视下空气灌肠可见套叠部软组织块影逐渐退缩直至消失,空气大量进入小肠;或B超检查未发现叠部软组织肿块。②患儿安静,无哭闹、呕吐,腹部平软,触及不到包块。③肛管顺利排出积气和粪便;或口服活性炭末0.5~1.0g,6~8小时后排含有黑色炭末便,且12~24小时血便消失。具备上述第1、3点标准中的各1小点标准及第2点标准即可判断肠套叠整复成功^[9]。

参考文献

- [1] Spiro DM, Schmidt JM, Arnold DH, et al. AntiSiotic-induced mesenteric adenopathy in an intussusception mouse model a randomized controlled trial[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2005, 41(1):39.
- [2] KaraSulut R, Sonmez K, Turkyilmaz Z, et al. Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma in the appendix, a lead point for intussusception[J]. J Pediatr Surg, 2005, 40(5):872.
- [3] 吴在德, 郑树编. 外科学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001:515-520.
- [4] 欧树安, 施诚仁. 小儿急性肠套叠的治疗进展[J]. 海南医学院学报, 2002, 8(1):57-59.
- [5] 刘贵麟. 我国婴幼儿肠套叠的治疗现状[J]. 临床外科杂志, 2006, 14(5): 275-276.
- [6] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2003:483.
- [7] 陈肖鸣, 李仲荣. 肠套叠空气灌肠并发肠穿孔[J]. 中华小儿外科杂志, 1999, 20(2): 88-89.
- [8] 李素荣, 孙静涛, 段丽, 等. 小儿肠套叠134例充气灌肠诊断和复位治疗分析[J]. 中国综合临床, 2006, 22(8):752-753.
- [9] 陆诗长, 宗玉平, 钱洪玉. 轮状病毒性肠炎并发急性肠套叠的早期诊断与治疗[J]. 临床儿科杂志, 2000, 18(5):313-314.

(收稿日期:2008-02-19;修回日期:2008-04-08)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王学文)