

二次空气灌肠治疗难复性小儿肠套叠的体会

邓礼明,熊国祚,戴先鹏,申 昕,毕国善,胡兵兵,陈 洁

(南华大学附属第二医院小儿外科,湖南 衡阳 421001)

摘 要: **目的** 探讨二次空气灌肠治疗难复性小儿肠套叠的临床疗效。**方法** 回顾性分析首次空气灌肠未能整复的 76 例小儿肠套叠患者的临床资料。该组患者均给予地西洋镇静、山莨菪碱解痉及适当补液,1 h 后行第 2 次空气灌肠。**结果** 68 例患者均成功复位,成功率达 89.5%,无肠穿孔并发症。**结论** 二次空气灌肠能提高难复性小儿肠套叠整复成功率,安全可靠。

关键词: 肠套叠; 空气灌肠; 患儿

中图分类号: R574.3 **文献标识码:** A

肠套叠是婴幼儿最常见的急腹症之一,多见于 2 岁以下的婴幼儿,其发病率有逐年增高的趋势。患儿由于肠系膜血管受压,肠管供血障碍导致肠壁淤血、水肿、坏死,严重者乃至死亡。肠套叠的主要治疗方法是空气灌肠及外科手术,空气灌肠整复为首选的治疗方法,一般情况下空气灌肠失败的患儿即采取外科手术治疗。近来,国内外学者认为对首次整复失败的肠套叠患儿选择适当的病例进行二次空气灌肠,可减少患儿的手术率。自 2010 年 1 月起对入住本科室的肠套叠患儿在首次空气灌肠未能整复后,予以补液、镇静、解痉等药物处理后再次行空气灌肠,提高空气灌肠复位率,现将临床疗效报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集 2010 年 1 月~2015 年 2 月本科收治的小儿肠套叠二次空气灌肠病例 76 例,其中男 55 例,女 21 例,年龄 3~31 月,平均 11 月,发病时间在 24 h 内 68 例,8 例在 24~48 h,阵发性哭闹 65 例,典型果酱样便 62 例,腹部可扪及包块 56 例,56 例经 B 超提示有“同心圆”征,无典型果酱样便但经空气灌肠证实为肠套叠患儿 11 例,腹部平片提示肠梗阻 70 例。

1.2 方法 采用 JS-628 电脑遥控灌肠整复仪进行空气灌肠,术前与患者家属沟通并签订空气灌肠整复术知情同意书,于患儿首次空气灌肠失败后,予以

补液治疗,并肌注山莨菪碱 0.1 mg/kg,松弛肠壁平滑肌,地西洋 0.1 mg/kg 镇静,休息 60 min 左右,予以行二次空气灌肠。选择起始压力为 8.0 kPa,压力从低到高逐步调整,最高压力不超过 14.0 kPa,在 X 线透视下密切观察充气结肠内气柱,如套叠部固定不动,则脉冲给压,并在排气后,对套叠肿块顺着肠管的方向进行按摩,手法要轻柔,再次进行充气,观察套叠部位情况。如二次空气灌肠复位不成功则行开腹手术手法复位。复位成功后再次行腹部立位片,排除灌肠过程中导致的肠穿孔。

2 结 果

76 例患儿予以补液、解痉、镇静处理后再次空气灌肠,68 例成功复位,成功率达 89.5%,病史在 24 h 内的患儿 64 例整复成功,成功率 94.1%,病史在 24~48 h 内的患儿 4 例整复成功,成功率 50%,8 例转开腹手术复位,2 例行肠切除肠吻合术,术中无 1 例肠穿孔发生,10 例患儿在住院期间再次出现血便,再次行空气灌肠整复术,均复位成功,76 例空气灌肠复位成功后回病房对症支持治疗,注意患者大便、体温及腹部体征等情况,3~5 天出院。

3 讨 论

小儿肠套叠是指某一段肠管及系膜套入邻近肠管内引起的肠梗阻,是婴幼儿时期常见的急腹症之一^[1],发病年龄以 4 月~2 岁的婴幼儿最为常见。其发病原因认为可能是婴儿时期回盲部游动度过

大,辅食添加等饮食改变及小儿腹泻等引起肠蠕动不协调,植物性神经不完善、病毒或其他原因引起回盲部淋巴组织炎性增生,压迫肠管诱发肠套叠^[2]。小儿肠套叠很难自行复位,并且随着时间的延长肠管受损加重,因而需急诊复位,首选空气灌肠复位术。首次空气灌肠复位失败的原因可能为^[3]:①病程及套叠类型因素,套叠时间长,肠管水肿严重,套入部与鞘部包绕紧密,不易复位,套叠类型复杂,多为复套,如为回回结型、回盲型,此类套叠不易复位。②人为因素:术者害怕灌肠压力过高,导致结肠穿孔,复位时压力不够,不能复位;或操作不当,或腹泻后肛门松弛,球囊打的不够,气体露出至压力不足或不稳定,从而复位不成功。③病理因素:肠管器质型病变(如息肉、肿瘤、麦克尔憩室)继发肠套叠,不易复位。

二次空气灌肠治疗的基础及治疗机制:二次空气灌肠是指小儿肠套叠经首次空气灌肠失败后,予以补液、解痉、镇静等药物处理后,休息 60 min 左右,再次行空气灌肠。其基础是小儿正常结肠肠壁耐压能力约 26.6 ~ 40.0 kPa^[3],当发生肠套叠时,肠壁耐压能力下降,但对于病程短的肠套叠,肠壁耐压下降不多;首次空气灌肠后,套叠部得到部分回复,肠系膜及肠壁血管受压缓解,肠壁充血水肿减轻,大部分二次灌肠病例经过首次灌肠后,其套叠部已回至升结肠或回盲部,回盲部居多,在此基础上,足够的镇静、解痉及补液治疗,可改善套叠部肠管水肿,也可减轻回盲瓣的痉挛。部分首次灌肠失败而行手术的病例术中发现套叠部分仅仅 3 ~ 5 cm,局部肠管颜色,血运可,手法轻轻挤压即可复位,甚至剖腹探查为阴性的情况^[4],此类患儿经二次空气灌肠完全可成功复位。文献报道小儿肠套叠在首次空气灌肠复位失败和外科手术之间,5% ~ 6% 病例可自然复位,因而休息 1 h 后,一方面患儿更有体力配合二次空气灌肠,另一方面可筛查出部分自然复位的病例,以免不必要的剖腹探查。

严格掌握二次空气灌肠病例的适应证:患儿全身情况良好,无发热、无明显腹胀,无腹膜刺激征及休克者;无心肺严重疾病,血便量少,哭闹轻,此类患儿套叠的肠管缺血坏死轻,不易肠穿孔。如发病时间在 24 h 以内的最好,本组处于此时间段患儿复位成功率 94.1%,仅 4 例行手术探查手法复位,术中见其均为复套,回肠套回肠后再套入结肠,由于套头肿胀并较大,因而空气灌肠未能复位。对于在 24 ~

48 h 内的患儿需慎重选择,如同时伴有一般情况差,精神萎靡、脱水严重、血便明显,则不宜行二次空气灌肠,本组处于此时间段患儿复位成功率仅 50%,选择的是全身状况良好,无腹膜刺激征的患儿,手术探查,2 例也是复套,另外 2 例患儿探查见肠管发黑坏死,考虑由于发病时间长,套入肠管已发黑坏死,空气灌肠难以复位,如强行复位,则出现肠穿孔、弥漫性腹膜炎,预后不佳。因而对于此时间段患儿行空气灌肠需慎重。术前详细告知患者家属病情,充分沟通,告知相关风险及可能并发症,取得患者家属的理解和支持,并在知情同意书上签字,如患儿家属不理解或不支持,则不能行二次空气灌肠。而对于患儿肠套叠部位深,套头至降结肠甚至乙状结肠的患儿,如此类患儿首次灌肠肠套叠套头固定,后退困难,应避免行二次空气灌肠,予以手术探查,本组患儿中,2 例行肠切除肠吻合术的患儿就是此种情况。若患儿病程超过 48 h,绝对不能行二次空气灌肠。

二次空气灌肠开始压力不能太低,本组病例一般选择 8.0 kPa,在透视下注气后,注意紧随空气柱头,如套叠部位移动,继续保持注气,如停滞不前,并结肠扩张明显,应及时放气,采用脉冲的方式灌肠,二次空气灌肠压力不超过 14.0 kPa。对于反复几次脉冲式灌肠后仍未能复位的病例,可用手沿套叠头部进行轻揉按摩,同时顺套叠头退缩的方向加压排挤,一方面有利于改善局部血液循环,缓解痉挛,减轻水肿,另一方面压迫套鞘外肠系膜以固定套头,牵拉套入部向外脱套,同时向近端推动套头,以增加脱套力量,缩短复位时间,但要注意手法轻柔^[5]。如果经多次间歇注气均未能整复,不要强行空气灌肠复位,应急诊手术治疗。肠套叠整复成功的指征:杯口状充盈缺损消失,肿块于回盲部变小逐渐消失,大量气体进入回肠,患儿临床症状消失,精神状态明显好转,安然入睡,血便消失。复位成功后常规给予双歧杆菌调节肠道菌群,如腹泻较剧,可给予蒙脱石散止泻。

总之,严格掌握二次空气灌肠适应症,充分与患儿家属沟通,取得理解和支持,合理控制空气灌肠的整复压力,辅助正确的手法按摩,即能提高肠套叠的空气灌肠复位率,降低患儿的手术机会,避免不要的手术探查,减少患儿的风险及减轻患儿家庭的心理负担和经济负担。

(下转第 588 页)

(上接第 576 页)

参考文献:

- [1] 沈晓明,王卫平. 儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:243-244.
- [2] 周维模,李强辉,龙雪峰. B 超引导下水压灌肠整复小儿肠套叠的治疗体会[J]. 中国临床新医学,2010,3(12):1211-1212.
- [3] 谷奇,张晓伦,马继东,等. 137 例小儿急性肠套叠空气灌肠失败的原因分析[J]. 北京医学,2006,28:463.

- [4] Daneman A, Navarro O. Intussusception: the use of delayed, reported reduction attempts and the management of intussusceptions due to pathologic lead points in pediatric patients[J]. AJR,2004,182(5):1169.
- [5] 姚勇,谭杨芳,黄爱军,等. 婴幼儿肠套叠数字化摄片下空气灌肠结合腹部按摩加压治疗 102 例分析[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2013,7(21):9785-9787.

(此文编辑:朱雯霞)