

小儿早期肠套叠的诊治体会(附 42 例报告)

潘娇芬

(浙江省宁海县第一医院 宁海 315600)

关键词: 肠套叠; 小儿; 诊治体会

中图分类号: R 725.7

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0075-01

肠套叠是婴幼儿常见急腹症之一, 发病率是婴幼儿肠梗阻首位, 婴幼儿发病率高, 典型的肠套叠易诊断, 但一部分早期肠套叠症状不典型, 往往不易识别。现将我院 2004 年 1 月~2005 年 12 月 2 年来诊治的 42 例不典型早期肠套叠分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 42 例患儿, 男性 30 例, 女性 12 例; 年龄 0.4~2.1 岁, 平均 7.5 个月; 病程 0.5~8h。

1.2 临床表现 阵发性哭吵 18 例, 呕吐 10 例, 突发面色苍白 3 例, 反应淡漠 2 例, 烦躁不安 3 例, 嗜睡 2 例, 解大便后腹痛 2 例, 果酱样血便 2 例, 体检时腹部可触及包块 30 例。

1.3 辅助检查 所有患者均进行空气灌肠透视检查, 证实肠套叠, 并经空气灌肠复位, 无手术及死亡病例。

2 讨论

小儿肠套叠好发于 2 岁以内发育较好的婴幼儿, 多见肥胖儿, 占儿童肠套叠的 82%~86%, 根据上海 1 957 例儿童肠套叠的年龄统计, 以 3 个月婴儿开始上升, 4~10 个月较多, 5~7 个月达高峰。小儿肠套叠病因尚不完全明确, 可能有肠道局部病变存在的基础上, 肠管的蠕动机能发生紊乱, 产生了不规则的肠蠕动, 形成肠套叠。可由饮食性质和规律的改变、肠道炎性病变、腺病毒感染等诱发。引起的临床表现: 突发起

病, 腹痛(阵发性哭吵或不安)、呕吐、便血, 体检时腹部可触及肿块, 临床上有上述症状时可确诊, 但早期症状不完全具备, 多数表现为上述 1~2 种症状, 易造成误诊, 如误诊为胃炎、肠痉挛、腹泻病、急性细菌性痢疾等多见报道。

本文 42 例不典型肠套叠, 均得到及时地诊治。体会如下: (1) 首先提高对婴儿肠套叠的认识, 对突发性病情出现首先要考虑急腹症的可能。(2) 详细的病史询问和仔细的体格检查十分重要。本文有 2 例很活泼的小孩突然表情淡漠, 无呕吐、哭吵, 也无发热, 经仔细检查发现右上腹可及明显的包块, 后经空气灌肠证实为肠套叠, 并复位成功, 另 2 例 4 个月大的小婴儿出现嗜睡, 当初怀疑是迟发性颅内出血, 头颅 CT 检查正常, 后经腹部检查, 发现右上腹可及包块, 经空气灌肠证实为肠套叠, 复位成功。另 2 例果酱样血便患儿, 诊断为肠套叠, 经仔细询问病史, 血便前有阵发性哭吵及烦躁不安现象, 家长未予注意, 因此详细地询问病史及仔细地体格检查十分重要。在短时间内突然出现的病情变化, 特别是胃肠道反应的征状时, 如呕吐、面色苍白、表情淡漠、烦躁不安要想到肠套叠可能, 需要做仔细的腹部检查, 可能会发现右上腹有包块, 或者右下腹部有空虚感、不对称感等体征。(3) 再次, 对小婴儿出现的突发性病变, 腹部触诊不满意时, 应常规做空气灌肠检查, 可及时发现肠套叠, 及时复位, 避免手术治疗。

(收稿日期: 2006-07-11)

常, 5 例表现为临产破膜后阴道持续出血, 1 例表现为胎膜早破后阴道持续出血, 色均为鲜红色。5 例阴道出血量较少, 小于 200mL, 1 例出血较多, 约 400mL, 临床诊断为前置胎盘, 4 例临床诊断为胎儿宫内窘迫。5 例产后检查胎盘确诊为前置血管破裂, 1 例宫口开全后确诊为前置血管破裂。

1.3 终止妊娠的方法 2 例经阴道助产分娩, 其中 1 例宫口开全行产钳术, 另 1 例因胎心消失自然分娩。4 例行剖宫产终止妊娠, 剖宫产率为 66.7%。

1.4 对母儿的影响 6 例产妇均健康状况良好, 住院 5~7d 出院。但新生儿预后较差, 2 例行剖宫产终止妊娠者, 新生儿 APGAR 评分为 1 分和 5 分, 经抢救后新生儿存活。1 例行产钳术者出生后 APGAR 评分为 1 分, 抢救无效死亡。另 2 例行剖宫产者出生后无生命体征, 抢救后仍无生命体征死亡, 1 例宫口开 5cm 胎心消失, 围产儿死亡率为 66.7%。

1.5 与胎盘的关系 6 例中 2 例有副胎盘, 1 例胎盘帆状附着, 1 例为球拍状胎盘, 2 例胎盘附着位置较低。

1.6 确诊依据 本病唯一确诊依据是产后胎膜检查, 6 例产后检查均发现胎盘胎膜上有断端血管, 断端血管直径为 0.2~0.3cm, 此血管上有血块黏附或活动性出血。

2 讨论

正常情况脐带血管在胎盘上呈伞形分布进入胎盘, 当脐带在胎盘上异常附着时, 血管可在胎膜上延伸走行, 若此血管

位于胎先露前方形成前置血管。若在阴道检查或肛门指诊时摸到条索状有搏动的血管应想到血管前置可能, 临产后由于子宫收缩, 以致胎膜被牵引, 或胎膜破裂恰在前置的血管处, 使前置血管发生撕裂引起出血^[1]。前置血管破裂临床上主要表现为阴道出血, 主要为持续少量出血, 色鲜红, 一般无腹痛, 极易与前置胎盘、临产见红相混淆。本资料误诊率达 83.3%, 但阴道血涂片、血型鉴定、蛋白电泳等检查有助于诊断。

前置血管破裂严重威胁胎儿生命。由于血管破裂后引起胎儿血液外流, 一般出血 200~300mL 即相当于胎儿全部血量, 致胎儿短期内窒息死亡。所以前置血管破裂除阴道出血外, 还表现为出血后急剧的胎心变化, 对临产后阴道出血的孕妇, 进行连续的胎心监护非常必要, 前置血管破裂一经诊断, 若尚不具备立刻阴道助产的条件, 且胎儿尚存活应立即行剖宫产以抢救新生儿, 术中断脐前尽量将脐血挤向新生儿, 补充新生儿的血容量, 以后视病情酌情给予输血纠正贫血。剖宫产术前必须听胎心, 以免不必要的剖宫产。

参考文献

[1] 苏桂栋. 血性羊水 35 例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21 (12): 747
[2] 李白新. 危重急症的诊断与治疗[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1995. 122~124

(收稿日期: 2006-07-07)