

难治性肠套叠水灌肠复位失败 1 例报告

刘菊仙¹, 邹黎², 苟泽辉¹, 袁森², 吴玉婷¹, 向波^{2△}

1. 四川大学华西医院 超声科(成都 610041); 2. 四川大学华西医院 小儿外科(成都 610041)

【关键词】 超声 临床表现 肠套叠

患儿,男,4岁。因反复阵发性腹部隐痛3周,加重24h伴呕吐4次就诊。就诊时查体:患儿精神可,腹软,上腹部扪及肿块。超声检查(图1A)发现中上腹、右上腹、右侧腹腹腔内典型肠套叠声像图,左右径约4.0cm,前后径约3.8cm,长度约12cm;内血流信号Adler 3级。肠套叠团块内及肠系膜多个长大淋巴结,较大者2.1cm×1.7cm。未见肠坏死、肠穿孔征象及其它肠套叠继发因素。结合患儿临床表现及超声检查结果,临床诊断肠套叠明确,肠套叠内血供情况好,无肠套叠并发症及继发病灶。评估超声与临床情况后符合水灌肠肠套叠复位术治疗条件,遂行该方法开始治疗。使用一次性小儿肠套叠复位仪器(深圳鼎善医疗科技有限公司提供),肠内注入温热生理盐水,肠内压力<120mmHg(1mmHg=0.133kPa)(最大安全压力),根据超声实时动态观察套头后退情况(图1B~图1D),相应调控注入生理盐水

的速度与肠腔内压力。肠套叠套头从中上腹部逐渐后退复位到回盲部距回盲瓣口约2cm后停止进一步后退复位,残留未复位部分大小约3.0cm×2.5cm,经反复减压后再注入生理盐水治疗30min后无明显变化。再次超声评估:残余肠套叠部分内仍可见淋巴结,回盲瓣较厚(约1.3cm),瓣口内径小(约0.8cm);余无其它异常发现。鉴于大部分肠套叠已复位,患儿无明显不适,非婴幼儿,且残留未复位部分未见缺血及其它并发症超声征象,治疗医生讨论后决定适当增加肠内注水量及肠内压力(<150mmHg),以期完全复位。调整方案后再处理约30min,治疗过程中减压时辅以手法按摩复位,但仍未见后退复位表现。治疗医生再次讨论,认为患儿水灌肠复位治疗时间已较长,延长治疗时间、增加肠内压力,单纯的依靠水灌肠不能达到完全复位,水灌肠复位失败,建议改为手术治疗复位。遂立即行剖腹探查、肠套叠复位术治疗。术中发现患儿存在回-盲型肠套叠,同时伴有回-回型小肠套叠,属多重肠套叠;套入部分内见长大淋巴结;回盲瓣水肿增厚明显致回盲瓣处口径较小(图1E~图1F)。残余套入部分存在多重肠套叠且同时套入长大的淋巴结致残余套入部分较大,通过水肿的较小回盲瓣口困难。超声符合上述相关表现(图1C);术中复位残余肠套叠时感阻力较大。术中探查未见明显并发症、继发因素。术后患儿

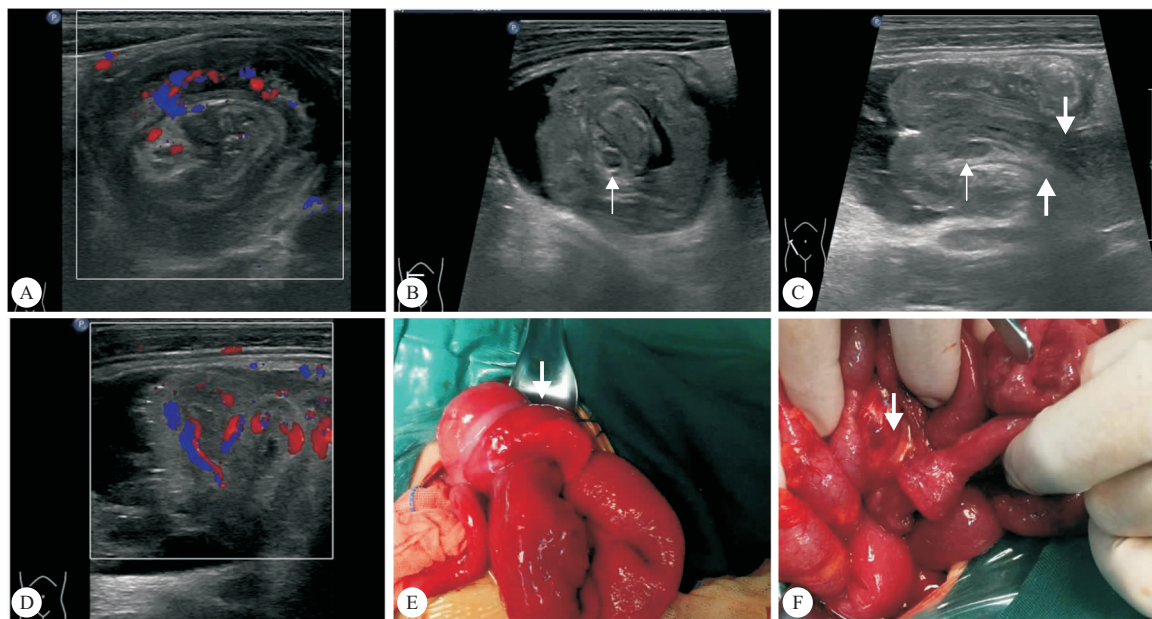


图1 患儿,男,4岁,肠套叠治疗前及治疗中图片

水灌肠复位治疗前:中上腹典型肠套叠超声表现(A);水灌肠复位中超声表现(B~D);复位至右上腹(B,箭示淋巴结);复位至回盲部(C,示较大的残留肠套叠套头(内伴淋巴结,小箭示)与较小的回盲瓣口(大箭示);残留未复位部分内血供较好(D);手术中(E~F):回盲瓣增厚(E,箭示);小肠套叠(F,箭示)

恢复较好,复查超声未见复发,康复出院。

讨论 在超声实时动态监控引导下进行小儿肠套叠水灌肠复位,同时辅以肠套叠复位仪器监控水灌肠时肠内压力是较安全、无辐射、快速的无创性治疗方法,是我院开创的一项新技术。本院前瞻性的药物临床试验质量管理规范(GCP)研究中,符合复位条件患儿复位成功率达96.77%,无肠穿孔、腹膜炎等不良事件发生,一般在数分钟内可复位。

本例患儿未完全复位成功可能原因:肠套叠较长;套头内有淋巴结,套头较大;多重肠套叠;腹痛时间长,不排除真实发生肠套叠时间大于24h及多次反复套叠可能;回盲瓣水肿增厚明显,瓣口较小。通过本例患儿治疗过程我们认为对水灌肠复位困难病例,增加肠内水压、延长水灌肠治疗时间仍不能复位者应及时评估病情,必要时中断水灌肠治疗改为手术复位,以防不良并发症发生。

(2019-02-12收稿,2019-06-30修回)

△ 通信作者, E-mail: xbljx@hotmail.com

编辑 吕熙