

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.014.024
文章编号: 1005-8982(2018)014-0117-03

临床报道

≤ 2岁住院患儿肠套叠的临床特点*

蒋文军¹, 张蓉², 徐冰¹, 侯昉¹

(四川省人民医院 1. 儿外科, 2. 新生儿监护室, 四川 成都 610072)

摘要: **目的** 探讨该院近10年≤2岁住院患儿肠套叠的临床特点。**方法** 选取2007年1月-2016年6月于该院收治的466例≤2岁的肠套叠患儿作为研究对象, 采用统一自制的调查表收集所有患儿的临床资料, 包括性别、年龄等人口学信息资料、发病年份、季节、临床表现、辅助检查结果、治疗方法及住院时间。**结果** 呕吐是最常见的临床表现(80.5%), 其次是腹部包块(64.2%)和血便(62.0%), 传统的三联征(呕吐+血便+腹痛)仅占6.7%, 而21.0%的患儿同时出现呕吐、血便及腹部包块这3个表现。腹部超声检查是最常用的影像学诊断方法(98.3%), 其中47.9%的患儿行腹部超声+气钡双重对比造影这一联合检查方案。所有患儿中分别有255例(54.7%)和211例(45.3%)患儿行手术和保守治疗, 其中单纯肠复位(50.9%)与空气灌肠(43.1%)是最主要治疗方法。住院时间方面, 以4~7d最为常见(43.3%), 其次是≤3d(32.6%)。**结论** 对于肠套叠患儿而言, 5~8个月龄者最常见, 临床特征多不典型, 腹部超声是其主要诊断方法, 首选灌肠保守治疗。

关键词: 肠套叠; 儿童; 临床特征

中图分类号: R574.3

文献标识码: B

肠套叠是指一段肠管套入与其相连的肠腔内导致肠内容物通过障碍, 是引起婴幼儿急性肠梗阻的常见原因, 分为急性和慢性肠套叠。前者在临床上更多见, 其好发于≤2岁的婴幼儿, 之后随着年龄的增长, 其发病风险逐年减少。对于急性肠套叠而言, 如果治疗不够及时则可引起肠壁缺血缺氧, 从而导致肠坏死、穿孔甚至死亡。本研究回顾性分析了近10年来四川省人民医院收治的≤2岁的肠套叠患儿的临床资料, 旨在初步了解其临床特征及结局, 为临床提供参考依据, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2007年1月-2016年6月于本院收治的≤2岁肠套叠患儿466例为研究对象, 均为原发性肠套叠, 病因尚不清楚, 可能与饮食改变、回盲部解剖因素及病毒感染等有关。纳入标准: ①符合肠套叠的确诊标准: 术中确认为肠套叠; 腹部超声观察到肠套叠的特有征象, 且在灌肠治疗后改善; 灌肠发现肠套叠; 尸检结果为肠套叠^[1]; ②年龄≤2岁。排除临床资料不全者。

1.2 方法

采用统一自制的调查表收集所有患儿的临床资料, 包括性别、年龄、发病季节、临床表现、辅助检查结果、治疗方法及住院时间。

2 结果

2.1 患儿一般资料

所有466例患儿的男女比为2.03:1.00, 发病以5~8个月最为常见, <2个月最为少见。4个季节的发病分布类似。发病后12~24h就诊者最多。见表1。

2.2 患儿临床特征

所有患儿以呕吐最为常见, 其次是腹部包块和血便, 传统的肠套叠三联征(呕吐+血便+腹痛)仅占6.7%。影像学诊断方面, 绝大部分患儿均进行了腹部超声检查。见表2。

2.3 患儿治疗方法及住院时间

所有患儿中分别有255例(54.7%)行手术治疗、211例(45.3%)行保守治疗。其中, 单纯肠复位与空气灌肠是最主要治疗方法。住院时间方面, 以4~7d最为常见, 其次是≤3d。见表3。

收稿日期: 2017-02-28

*基金项目: 国家自然科学基金青年科学基金(NO: 81300238)

[通信作者] 徐冰, E-mail: jiangwjsc@163.com; Tel: 18981838662

表 1 患儿一般资料

因素	例数	百分比 /%
性别		
男	312	67.0
女	154	33.0
月龄		
<2 个月	11	2.4
2 ~ 4 个月	119	25.5
5 ~ 8 个月	189	40.6
9 ~ 12 个月	75	16.1
13 ~ 24 个月	72	15.5
发病季节		
春季	137	29.4
夏季	122	26.2
秋季	95	20.4
冬季	112	24.0
发病至就诊间隔时间		
<12 h	185	39.7
12 ~ 24 h	199	42.7
> 24 h	82	17.6

表 2 患儿临床特征

因素	例数	百分比
临床表现		
呕吐	375	80.5
腹部包块	299	64.2
血便	289	62.0
腹胀	139	29.8
腹痛	86	18.5
发热	75	16.1
腹泻	46	9.9
呕吐+血便+腹部包块	98	21.0
呕吐+血便+腹痛	31	6.7
影像学诊断方法		
腹部超声	458	98.3
气钡双重对比造影	285	61.2
腹部 X 射线摄片	42	9.0
CT	3	0.6
腹部超声+气钡双重对比造影	223	47.9
腹部超声+腹部 X 射线摄片+气钡双重对比造影	37	7.9

表 3 患儿治疗方法及住院时间

因素	例数	百分比
治疗方法		
单纯肠复位	237	50.9
空气灌肠	201	43.1
肠切除术	17	3.6
液体灌肠	10	2.9
回肠造瘘	1	2.1
住院时间		
≤ 3 d	152	32.6
4 ~ 7 d	202	43.3
8 ~ 11 d	86	18.5
≥ 12 d	26	5.6

3 讨论

肠套叠是儿童常见的急腹症，好发于≤2岁，尤其是<1岁患者，据报道其全球平均发病率大概为74/10万^[2]。近期有多个研究报道对于≤2岁的儿童而言，肠套叠的发病率整体上呈逐年升高的趋势，这可能是由于环境因素的改变提高了儿童的易感性，且超声等肠套叠诊断技术的提高与普及也可能起到一定的作用^[3-5]。根据病因，肠套叠可分为原发性和继发性肠套叠，对于原发性肠套叠而言，其发病机制未完全清楚，可能与病毒感染、回盲部解剖及饮食调整等有关，继发性肠套叠的病因多是过敏性紫癜、Meckel憩室、肠息肉及肿瘤等。为了解肠套叠患儿的临床特征，本研究回顾性分析了近10年来本院收治的466例≤2岁的肠套叠患儿的临床资料，发现男女比为2.03:1.00，发病月龄方面，5~8个月是发病的高发月龄，大概占了2/5，而<2个月最为少见，仅占2.4%，与以往的报道结果类似^[2]。对于肠套叠的发生与季节之间有无关系，目前尚无定论，本研究中4个季节的分布类似，并未出现季节性发病。发病至就诊间隔时间方面，42.7%的肠套叠患儿在发病后12~24h就诊于本院。提示仍有必要加大肠套叠的宣传，了解其临床特征，对于出现呕吐、阵发性哭闹、血便及腹痛等需及时就诊，避免因此延误其治疗时机，以此达到降低死亡风险、改善预后的目的^[6-7]。

对于肠套叠的临床表现，不同国家或地区的报道有所差异，本研究中呕吐是所有患儿最常见的症状，发生率达80.5%，其次是腹部包块（64.2%）和血便

(62.0%)。以往认为呕吐、血便与腹痛是肠套叠三联征,而在临床上这 3 个症状同时发生的比例很低,本研究仅有 6.7% 的患儿出现这三联征,低于呕吐 + 血便 + 腹部包块这 3 个特征同时出现的比例 (21.0%),故临床上除了要关注是否有呕吐、血便及腹痛等临床症状外,还要仔细进行体格检查,观察有无腹部包块,以此作为肠套叠的鉴别诊断。对于肠套叠而言,临床表现不典型可能与就诊时间有关,有研究报道肠套叠患儿发病后越晚就诊,其临床表现越典型^[8]。影像学诊断方面,腹部超声仍然是目前绝大多数 (98.3%) 患儿最重要的诊断方法,其中 47.9% 的患儿行腹部超声 + 气钡双重对比造影进行联合诊断。小儿肠套叠有较特异的超声表现,其在纵切面呈套筒征,横断面呈同心圆征,诊断准确率较高,敏感性和特异性可分别达到 97% 和 99%,且超声检查方便快捷,容易推广应用^[5,9]。对于是否需要联合腹部 X 射线摄片、气钡双重对比造影等其他诊断方法,目前仍有争议,随着超声技术的发展,其能为急腹症患儿提供更加可靠的依据^[10-11]。在肠套叠的治疗方面,其包括手术和保守治疗两种方案,首选灌肠保守治疗,若灌肠失败则考虑行手术复位或肠切除术。本研究中两种方案的应用率相近,手术治疗者略多 (54.7%),多数 (50.9%) 采用单纯肠复位,与以往文献报道的以灌肠为主的治疗方案不同,这可能是由于本研究中多数患儿为重症肠套叠或门诊灌肠失败者,故多采用手术治疗。住院时间方面,以 4 ~ 7 d 最为常见 (43.3%),其次是 ≤ 3 d (32.6%),一般认为非手术治疗的住院天数比手术治疗者短,由于缩短住院时间可降低医疗费用,减轻患儿家属负担,故在条件允许情况下尽可能采用保守治疗。

综上所述,对于肠套叠患儿而言,5 ~ 8 个月龄

者最常见,临床特征多不典型,腹部超声是其主要诊断方法,首选灌肠保守治疗。

参 考 文 献:

- [1] 方慧. 超声诊断 184 例儿科急腹症的临床分析 [J]. 哈尔滨医药, 2015, 35(6): 427-429.
- [2] JIANG J, JIANG B M, PARASHAR U, et al. Childhood intussusception: a literature review [J]. PLoS One, 2013, 8(7): DOI: 10.1371/journal.pone.0068482.
- [3] 崔朋伟, 罗伟濠, 刘娜, 等. 2007-2013 年郴州 2 岁以下住院肠套叠儿童临床特点 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2016, 31(11): 867-869.
- [4] 崔朋伟, 刘娜, 李静欣, 等. 苏州市 2007-2013 年 2 岁以下儿童住院肠套叠流行特征 [J]. 中华流行病学杂志, 2016, 37(3): 410-414.
- [5] VAN TRANG N, LE NGUYEN NT, DAO H T, et al. Incidence and epidemiology of intussusception among infants in Ho Chi Minh City, Vietnam [J]. J Pediatr, 2014, 164(2): 366-371.
- [6] TAGBO B N, MWENDA J, EKE C, et al. Retrospective evaluation of intussusception in under-five children in Nigeria [J]. World J Vacc, 2014, 4(3): 123-132.
- [7] MPABALWANI E M, CHITAMBALA P, CHIBUMBYA J N, et al. Intussusception incidence rates in 9 Zambian hospitals, 2007-2011: prerotavirus vaccine introduction [J]. Pediatr Infect Dis J, 2014, 33 (Suppl 1): S94-S98.
- [8] 杨纲, 蒋文军, 曹李明, 等. 不同年龄组肠套叠患儿的 1 临床特点分析 [J]. 中华妇幼临床医学杂志, 2014, 10(2): 150-154.
- [9] 胡良勇. 超声诊断小儿急性肠套叠的价值 [J]. 中国医学影像学杂志, 2014, 22(7): 511-514.
- [10] 张富, 周芳, 谢学健, 等. 高频彩色多普勒超声在小儿常见急腹症诊断价值的研究 [J]. 中国现代医学杂志, 2013, 23(19): 91-93.
- [11] GUO W L, ZHANG S F, LI J E, et al. Association of meteorological factors with pediatric intussusception in subtropical China: a 5-year analysis [J]. PLoS One, 2014, 9(2): DOI: 10.1371/journal.pone.0090521.

(李科 编辑)