

充气造影术在早期诊断及治疗婴儿肠套叠中的应用

王培利 魏廷然

肠套叠是婴儿最常见的急腹症之一,起病急、进展快。其预后关键取决于能否早期确诊、及时治疗。如能早期确诊、早期行充气灌肠复位均可治愈^[1]。但如何做到早期确诊和早期治疗,仍然存在着一些难题。盲目充气加压灌肠或放弃,均达不到理想效果。为此,现将我院自 1997 年 1 月~ 2000 年 12 月开展的使用 Ls-20A II 遥控充气灌肠器和第 W-075 号双腔带球囊肛管,早期诊断和治疗婴儿肠套叠的经验和体会介绍如下。

材料与方 法

诊断性充气灌肠 103 例,其中确诊肠套叠 93 例,年龄在 3 个月以下 46 例,3~ 8 个月 27 例,8~ 12 个月 11 例,1 岁以上 9 例,最小 26 天,最大 1 岁零 5 个月。病程 12h 29 例,24h 38 例,48h 21 例,60h 3 例,60h 以上 2 例。

早期诊断及治疗方法:诊断性充气灌肠用 7~ 8kPa,发现肠套叠再提高压力,一般用 10~ 12kPa,但最大不超过 14kPa 进行复位治疗。对病程较长,超过 48h 较难复位的病例,使用中等量充气灌肠压力,9~ 10kPa 保留灌肠 30~ 40min,并适当用手法轻按摩套叠部位,同时,变换患儿体位,以利尽快复位。

结 果

在 93 例确诊肠套叠的复位治疗中发现,以小肠结肠型套叠多(包括回肠结肠型、回肠盲肠型和盲肠型)。除 4 例复位未成功外,89 例全部复位治愈。复位率 95.6%。4 例复位未成功的原因是,患儿家住边远地区,来院就诊延误时机,充气灌肠时发现套叠头大,呈分叶状,移动度差,用 14kPa 气压灌肠难以退缩,故放弃治疗。对 4 例复位未成功的行手术治疗。术中发现,2 例套叠肠管严重粘连,无肠坏死。其中 1 例有美克尔憩室。另 2 例均为复杂型肠套叠,其中 1 例回肠有肿物;1 例回肠末端集合淋巴滤泡增殖。这 2 例套入的肠管、肠系膜等内容物多,套入的肠管严重充血水肿,已发生肠坏死。

讨 论

婴儿肠套叠绝大多数发生于突然改变食物、断乳前后或腹泻后^[2]。由此可见,早期婴儿肠套叠仅为肠功能受限,此时充气灌肠复位较易。再发展将转变为器质性损害,出现肠充血、水肿,套入肠管严重粘连,此时充气灌肠复位较难,如不能复位必须手术。个别肠套叠出现肠坏死、穿孔,甚至出现心、肾功能不全、中毒休克、以至死亡。可见此病早期确诊早期充气灌肠复位尤为重要,误诊或延误诊断将导致严重后果。

根据目前医学发展情况,X 线电视监视下充气灌肠以其简便易行、快速安全有效、经济、婴幼儿痛苦小的优点,仍是诊治

肠套叠的首选方法。我们使用的是 Ls-20A II 遥控充气气压灌肠器,苏卫消准字(95)第 W-075 号双腔带球囊肛管。在给婴儿患者诊治过程中,先用 7~ 8kPa 的气压进行诊断性充气灌肠,发现肠套叠再提高压力,一般用到 10~ 12kPa,最高不超过 14kPa。由于诊断性充气灌肠技术的应用,提高了婴儿急腹症的诊断质量,使婴儿肠套叠能得到早期确诊,早期治疗。提高了诊断率,并积极的配合了临床工作。在本组 93 例肠套叠的复位治疗中,除 4 例未能成功复位外,其余 89 例全部复位治愈,复位率为 95.6%。因此,我们认为 X 线诊断性充气灌肠可作为婴儿急腹症中疑为肠套叠病的常规检查项目。进一步讲,凡是对临床遇到的婴儿急腹症中,疑为肠套叠的病例,在没有心、肾功能不全和中毒休克的均可实行诊断性充气灌肠兼复位治疗。

过去国内往往把发病时间在 48h 以内,无明显中毒症状作为充气灌肠复位的适应证。我们在工作中,对发病时间较长,超过 48h 较难复位的病例,采取了积极的治疗方法,用 9~ 10kPa 保留灌肠 30~ 40min,手法轻按摩套叠部位。本组 93 例肠套叠,病程超过 48h 有 26 例,通过试行充气灌肠仍有 22 例复位治愈。上海儿童医院报告病程超过 60h 患者,复位率达 82.4%^[3]。广州市儿童医院报道了发病时间超过 72h 的 133 例中 109 例(82.0%)无肠坏死,并且绝大多数可以行充气灌肠整复^[4]。这充分说明了发病时间长短,对肠套叠的复位率是一个重要因素,具有一定的参考价值,但其没有决定性的意义。对于发病超过 48h 的病例,不应作为充气灌肠的绝对禁忌证。应该根据婴幼儿全身情况、有无腹胀、腹膜刺激症状等因素来决定。

在给婴幼儿做诊断性充气灌肠和复位治疗时,放射科医师首先要掌握婴幼儿的临床情况,根据症状和体征,进行必要的查体,综合分析,然后认真检查灌肠器和肛管两端的接头是否松动,以及充气压力表是否准确等。在操作过程中,要小心谨慎,随时注意观察婴幼儿情况,及时测量血压,注意有无气腹形成等。特别对充气灌肠的压力要严格掌握。诊断性充气灌肠一般不超过 8kPa,治疗性充气灌肠最高不超过 14kPa。有文献报道肠套叠的套鞘坏死为缺血性坏死,这种坏死使用 4kPa 就可引起肠穿孔^[5]。这是很难预防的。值得注意的是,无论是诊断性充气灌肠还是治疗性充气灌肠,所用的充气脚踏开关,都要缓慢进行。避免发生意外。

自从我院对婴儿急腹症疑为肠套叠的病例以诊断性充气灌肠作为确诊肠套叠的常规检查以来,使婴幼儿肠套叠病程绝大多数在 48h 以内得到确诊和复位治愈。总之,对婴儿肠套叠越是早期确诊并复位治疗,其效果越好。因此,对怀疑肠套叠的病例尽早做诊断性充气灌肠非常重要。

参 考 文 献

1 诸福堂,吴瑞萍,胡亚美.实用儿科学,北京:人民卫生出版社,1991.

作者单位:276100 山东省,郯城县第一人民医院放射科
作者简介:王培利(1955~),男,山东郯城人,主治医师,主要从事消化系统疾病的影像诊断和介入治疗。

175-176.

2 叶舜宾. 外科学(第3版). 北京: 人民卫生出版社, 1994. 296-297.

3 郭静贞, 周其贞, 陈俊. 婴儿肠套叠评分法的临床应用. 中华小儿外科学杂志, 1988, 9: 203-204.

4 刘立炜, 罗源利. 婴儿肠套叠伴肠坏死的临床 X 线表现(附 231 例分

析). 中华放射学杂志, 1999, 33(2): 110-112.

5 昌潍地区人民医院放射科. 肠套叠空气灌肠整复法. 济南: 山东人民卫生出版社, 1975. 17-19.

(2001-04-16 收稿)

• 短篇报道 •

少见部位骨巨细胞瘤一例

黄科峰 赵国宏 贾丛凤 方志

骨巨细胞瘤多发生于长管状骨的骨端, 发生在骶髂关节处较少见, 我院遇 1 例, 经手术病理证实, 报道如下。

临床资料

患者, 女, 43 岁。腰痛, 向左下肢放射痛 1 年, 加重 1 月入院。体检: 左腰骶部压痛明显, 左侧直腿抬高试验阳性。实验室检查基本正常。临床拟诊: 腰椎间盘突出症。

CT 扫描: 左骶髂关节处巨大分叶状软组织肿块, 约 10cm × 9cm × 8cm 大小, 膨胀性生长, 边缘可见不完整骨壳, 其内少许粗细不一的骨嵴, 呈分房状。病变同时发生在髂骨与骶骨, 第 5 腰椎左横突受累, 肿块部分突向盆腔内, 软组织成份的 CT 值 25~40HU 之间, 未见肿瘤骨及骨膜反应(图 1)。

手术及病理: 肿瘤有完整包膜, 实性, 呈红褐色肉芽组织, 较坚韧。镜下主要为多核巨细胞及单核细胞, 单核细胞丰富、密集, 核分裂多, 多核巨细胞分布不均匀。病理诊断: 骨巨细胞瘤 II 级。

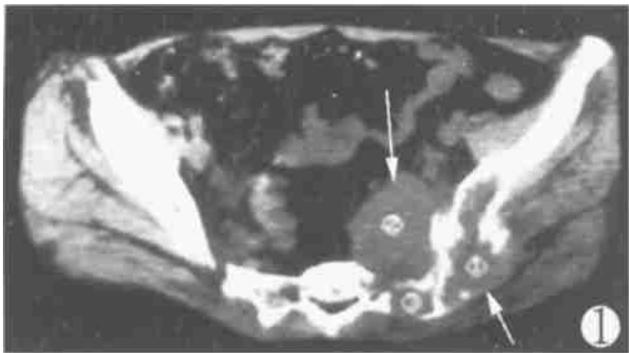


图 1 左骶髂关节处可见巨大分叶状软组织肿块, 边缘有不完整骨壳, 其内少许粗细不一的骨嵴, 呈分房状。

讨论

骨巨细胞瘤好发于长骨骨端, 根据国内统计, 发生于长骨者约占 87%, 其余部位占 13% 左右^[1]。本病男女发病相仿, 好发年龄约 20~40 岁成年人, 20 岁以下和 40 岁以上者少见, 10 岁以下罕见^[2]。本例为 43 岁女性, 属少见年龄范围。病程长短不一, 恶性者病程短, 仅为 2~4 个月, 良性者达十余年, 本例介于良恶性之间为生长活跃的骨巨细胞瘤(病理分级: II 级, 可为良性或恶性), 本例病史一年余。临床症状早期轻微, 以局部疼痛为主, 随病情进展可出现肿块, 压痛和局部皮肤改变。本例为腰痛伴腿部放射痛, 极似腰椎间盘突出症的表现, 应为肿瘤发生的特殊部位所致。

许多作者认为少见部位的骨巨细胞瘤缺乏特征性影像学表现, 单凭影像学无法确诊。但徐德永等^[3]认为少见部位骨巨细胞瘤依然具有常见部位骨巨细胞瘤的特点。笔者通过本例 CT 表现的研究, 同意此种看法。总结本例 CT 表现, 其特点为: ①发生在少见部位, 骶髂关节部; ②膨胀性改变, 病变骨质膨胀, 内有少许粗细不一的骨嵴, 呈分房状, 边缘可见不完整骨壳; ③软组织肿块, CT 值 25~40HU; ④肿瘤富于侵袭性, 髂骨与骶骨同时发病, 并累及第 5 腰椎左横突。

发在骶髂部的骨巨细胞瘤主要与骨肉瘤等恶性肿瘤鉴别, 恶性骨肿瘤一般有特殊的骨膜反应、瘤骨, 而骨巨细胞瘤没有这些特点, 可资鉴别。

参考文献

- 1 王云钊. 骨放射诊断学. 北京: 北京医科大学, 中华医学会放射学会, 1989. 188.
- 2 曹来宾, 徐爱德, 徐德永, 等. 实用骨关节影像诊断学. 济南: 山东科学技术出版社, 1998. 400.
- 3 徐德永, 曹来宾, 徐爱德, 等. 少见部位的骨巨细胞瘤(附 47 例分析). 临床放射学杂志, 1987, 6(1): 29.

(2000-12-12 收稿)

作者单位: 441021 湖北省, 襄樊市解放军 477 医院(襄城区)放射科

作者简介: 黄科峰(1970-), 男, 湖北人, 学士, 主要从事腹部疾病影像诊断。