小儿肠套叠的诊断与治疗

陈燕

(米易县人民医院 四川 攀枝花 617200)

小儿肠套叠系指部分肠管及其肠系膜套入邻近肠腔所致的一种肠梗阻,是婴幼儿时期常见急腹症之一,常见于2岁以内的幼儿,男孩多于女孩,小儿肠套叠发病原因尚不十分明确。临床上常见急性肠套叠,可能与上呼吸道感染及病毒感染有关。可能与小儿胃肠功能发育不健全,饮食改变有关。主要表现为腹痛、血便、发热、呕吐、脱水,严重的患儿可出现休克。本病一般预后良好,但可复发。小儿肠套叠可能与上呼吸道感染及病毒感染有关,也可能与小儿胃肠功能发育不健全,饮食改变,肠道感染等多种原因有关。慢性肠套叠一般继发性,如梅克尔憩室翻入回肠腔内,成为肠套叠的起点,肠息肉、肠肿瘤、肠重复畸形等。

一、小儿肠套叠的发病病因

婴幼儿自身因素:正常情况下大肠和小肠被包裹在其外面的肠系膜悬吊、固定在腹腔后壁上,婴儿回盲部系膜尚未完全固定、活动度较大导致部分肠管突入相邻肠道官腔,是易发生肠套叠的结构上因素。解剖因素:多见于婴幼儿,婴儿肠套叠中回盲型约占95%,婴儿期回盲部游动性大,回盲瓣过度肥厚,回盲瓣呈唇样凸入盲肠,加上该区淋巴组织丰富,受炎症或食物刺激后易引起充血、水肿、肥厚,肠蠕动易将回盲瓣向前推移,并牵拉肠管形成套叠。机械原因:继发性病例多为年长儿,发生套叠的肠管多有明显的机械原因,如憩室翻入回肠腔内,成为肠套叠的起点,肠息肉、肠肿瘤、肠重复畸形、腹型过敏性紫癜致肠壁水肿等均可牵引肠壁而发生肠套叠。胃肠功能发育不健全:如饮食改变,如添加辅食时间过早,早期添加辅食量过大有关。

二、小儿肠套叠的危害

腹痛:既往健康肥胖的婴幼儿突然发作剧烈的有规律的阵发性腹痛,每次常持续15~20分钟。由于婴幼儿不能准确描述症状,多表现为阵发性哭闹。便血:肠套叠发生时跟随小肠套入相邻肠管内的还有小肠系膜,而小肠系膜内有小肠血管。当被套入的肠管越来越多,系膜内的血管极易受压迫。当小肠出现缺血时,肠黏膜坏死、脱落以及出血,表现为便血,婴幼儿的血便酷似果酱,又称果酱样大便。腹部肿块:发生肠套叠的小肠由于肠管套肠管,因此这段小肠偏粗、偏硬,婴幼儿的肚皮薄。故可摸到腊肠样的肿块,即发生套叠的肠管。呕吐:是婴儿肠套叠早期症状之一,在阵发性哭闹开始不久,即出现呕吐、呕吐物为奶汁及乳块或其他食物,以后转为胆汁样物,1~2天

后转为带臭味的肠内容物。

三、小儿肠套叠该如何预防

添加辅食必须遵照循序渐进的原则,不能操之过急。添加一种新食品必须等前一种食品适应后再添加另一种,一般需要5~7天的适应期,不能同时添加几种新食物。添加食物的量,应从少量开始,逐渐增加,如喂食蛋黄可先试喂1/4个,3~5天适应后增至1/2个,1~2周后增至1个。食物应从稀到稠,如先喂米汤后给米糊、米粥。从流汁、厚流汁、半流食到半固体流食,进而到固体食物,如从稀饭、稠粥到软饭。食物性质从细到粗,先菜汁、细菜泥,至粗菜泥、碎菜和煮烂的蔬菜。炎热的夏季或婴儿身体不适时不宜添加新的辅食,此时的婴儿食欲下降,适应能力较差,要根据婴儿的具体情况添加辅食。

四、小儿肠套叠该如何治疗

如果患儿已有休克或腹膜炎症状,或灌肠复位失败,需行剖腹探查。术前应予胃肠减压、静脉输液和预防性抗生素应用等。术中须探查是否存在诱发肠套的器质性病变。肠套叠复发率为2%~20%,其中约1/3发生于首次发病当天,大多数则在6个月内复发。复发者往往没有固定套入部,同一病人可复发多次。手术复位或行肠切除者较少复发。与首次发病者比较,无手术治疗史的复发肠套叠,灌肠复位成功率几乎完全相同甚至略高。复发病人通常就诊较早,症状较轻,仅表现为不适和烦躁。需要注意的是,复发肠套叠应考虑存在肠道病变可能。胸腹部手术后均有继发肠套叠可能。患儿术后出现肠梗阻表现时,往往首先使人想到绞窄性肠梗阻,因此很少在再次探查术前明确肠套叠诊断。大多术后肠套叠发生于术后1个月内,平均10天左右。造影检查有助于诊断,可表现为小肠梗阻。术后肠套叠多为回回型,需手术复位,但无需肠切除。

五、科普小结

综上所述,在临床上常见的急性肠套叠、慢性肠套叠一般为继发性,急性肠套叠多见于婴儿期,以四到十个月婴儿多见。两岁以后随年龄增长,发病逐渐减少男女比例为二比三比一。在我国发病率较高占婴儿肠梗阻的首位,小儿肠套叠分为婴儿肠套叠,一岁以内是婴儿肠套叠、儿童肠套叠,临床上前者多见。它主要有四大症状腹痛、呕吐、血便,血便有特征性的血便,为果酱样的大便,还有一个就是腹部的肿物。所以肠套叠,一旦发现即要到医院进行诊断和治疗。