

# 小儿肠套叠 112 例超声诊断分析

潘彩云 刘彩虹

(江苏省灌云县人民医院 灌云 222200)

关键词:小儿肠套叠;B 型超声

中图分类号:R 725.7

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)02-0047-01

小儿肠套叠是婴幼儿外科常见的急腹症之一,大多数发生于健康的婴幼儿,男性多于女性。肠套叠一般分为 4 种类型:最多见者为回盲结肠型(回盲瓣是套叠的头部,回肠末端和阑尾随之进入升结肠),其次为回结肠型(回肠套入回肠末端通过回盲瓣套入结肠,而盲肠和阑尾的位置不变),小肠型(小肠套入小肠)和结肠型(结肠套入结肠)均较少见。临床表现为阵发性腹痛、呕吐、粘液血便、腹部肿块,晚期则有精神不振、高热、脱水、腹胀、腹膜刺激征和休克等现象。超声根据直接及间接征象结合临床表现,可以快速诊断及治疗。

## 1 资料和方法

112 例为我院自 1995 年 2 月~2002 年 2 月门诊和住院, B 超诊断的小儿肠套叠。其中男 84 例,女 28 例;年龄最小 5 个月,最大 6 岁,其中 2 岁以下 36 例,3~4 岁 60 例,大于 5 岁 16 例;发作时间最短 40min,最长 5d;均有阵发性腹痛或阵发性哭闹不安,并呕吐 50 例,腹泻 6 例,咖啡样大便 20 例,48h 未解大便 11 例,发热 10 例,触及包块 17 例。我院使用 EUB305 型、4PLUS 超声诊断仪,探头频率 3.5~5MHz。患儿取仰卧位或侧卧位,常规腹部扫查,发现病灶后作纵、横、斜切配合体位改变实时观察,测量包块和部位,必要时摄片记录。

## 2 结果

112 例 B 超检查大部份左右侧腹部呈“同心圆征”,其中位于右上腹 89 例,右下腹 19 例,中上腹部 3 例,左下腹部 1 例。“同心圆征”直径 2.5~4.5cm,“套筒征”大部份长 3~5cm,其中中上腹部长 6~8cm,1 例左下腹部 16cm。肿块形态规则,表面光滑,短轴切面“同心圆征”,由外向内分为 4 层呈环状,依次为高回声较薄、低回声较厚、高回声不太规则、低回声。长轴切面呈现“套筒征”。套筒部位以上,呈现肠管扩张、胀气,内容物蠕动增强声像。肠套叠时间较多者,肠间隙可见少量液性暗区,肠蠕动减弱或消失。112 例均 X 线透视下充气灌肠复位,88 例复位成功,24 例复位未成功,行手术复位,其中 18 例复位成功;45 例因肠套叠时间过长引起肠坏死而行肠切除;2 例阑尾炎症及粘连,行阑尾

切除术,属误诊。B 超诊断符合率 98%以上。

## 3 讨论

肠套叠一般由三层肠壁所组成,外层鞘部,内二层为套入部由反折壁与最内壁组成。其中轴切面图象呈“同心圆征”,肠套叠部浆膜层形成的一个较光滑的高回声大圆轮廓,紧贴回声大圆内侧是一层较厚的环形低回声带,由鞘部肠壁粘膜、套入部反折壁粘膜水肿增厚和渗出液所致;低回声带内侧为不太规则的高回声环,由套入部最内壁的肠粘膜与渗出液所致。纵轴切面表现为“套筒征”由“同心圆”的环状结构变为相应的条状结构。曾有人报道<sup>[1]</sup>,本病多发生 2 岁以下,特别是 4~10 个月的婴儿,2 岁以上患有本病者逐渐减少,男比女多 2~3 倍。根据我们检查结果,以 3~4 岁发生率最高(占 53%),其次为 2 岁以下,(占 32%),男女之比为 3:1。亦有人报道<sup>[2]</sup>,儿童肠套叠多为回盲型,发生于右下腹。根据我们总结,右上腹占 80.9%,右下腹占 15.5%,中上腹部占 2.7%,左下腹部占 0.9%。我们认为,在右侧腹部尤其是右上腹部,声像图上呈现边界光滑的肿块,又具备典型的“同心圆征”和“套筒征”特征,再结合婴幼儿的典型临床表现即可作为诊断。但也应与正常的胃肠道和胃肠肿瘤区别,如阑尾炎症及粘连或右侧附件区炎性包块的鉴别。只要仔细检查,不断改换纵、横、斜面即不难作出鉴别诊断。但超声检查的局限性在提示肠套叠的同时超声只能根据病灶在腹腔内的大体解剖位置判断小肠套叠,而不能提示具体是空肠还是回肠套叠。有关详细定位诊断的方法有待进一步研究。B 超检查方法简便,迅速正确、可靠,图象典型,患者无痛苦,经济实惠,特别是目前基层卫生院拥有 B 超诊断仪,当临床疑有肠道叠时,可作为诊断肠套叠的首选检查方法,值得推广。

## 参考文献

- [1]宋名. 儿科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1990. 141
- [2]张莉. 成人肠套叠的超声诊断[J]. 中国超声医学杂志,1999, 15(9): 692~694

(收稿日期:2002-06-24)