

Clinical value of color Doppler ultrasound in diagnosis and treatment of intussusception in children 彩色多普勒超声在诊治小儿肠套叠中的临床价值

张宝娟 刘广禄 侯芳妮 苟永贤

[中图法分类号] R574.3;R445.1

[文献标识码] B

小儿肠套叠是指一部分肠管及其肠系膜套入相连接的另一段肠腔内的一种肠梗阻，是小儿外科最常见的急腹症。肠套叠可分为结肠套叠及小肠套叠，因两者治疗方法不同，所以早期诊断肠套叠并准确分型对选择后续治疗方式至关重要。本组回顾性分析我院经临床确诊的小儿肠套叠住院患儿的超声表现及治疗方法，旨在探讨彩色多普勒超声在小儿肠套叠诊治中的临床应用价值。

资料与方法

一、临床资料

选取 2015 年 1~12 月我院儿外科经临床确诊的小儿肠套叠住院患儿 121 例，其中男 73 例，女 48 例，年龄 6 个月~6 岁，平均(24.18±17.6)个月。其中，小肠套叠患儿 58 例，临床表现为阵发性腹痛、哭闹，36 例呕吐，12 例发热，8 例腹泻。结肠套叠患儿 63 例，临床表现为阵发性腹痛、哭闹，其中 42 例呕吐，19 例血便。

二、仪器与方法

1. 超声检查：使用 Philips HD 15 彩色多普勒超声诊断仪，线阵探头，频率 7~10 MHz。患儿取仰卧位，对其腹部进行全面扫

查，观察腹部有无包块及肠蠕动情况、有无肠管扩张及腹腔积液、肠套叠包块内有无淋巴结肿大等。发现肠套叠时仔细观察包块所在部位肠管，测量包块直径、长度；CDFI 观察包块肠壁血流情况，每个患儿检查过程约 10 min。

2. 随访：根据小儿肠套叠分型进行后续治疗并随访治疗结果。

结果

一、超声影像特征

超声诊断 121 例肠套叠均经临床证实，且分型均与临床诊断相符。肠套叠典型声像图特征：横切面呈“靶环征”(图 1)，纵切面呈“套筒征”(图 2)。其中，结肠套叠 63 例，均位于结肠走行区域，位于右上腹 43 例，位于上腹部 13 例，位于右下腹 7 例，包块外鞘肠管为结肠，包块直径为(3.29±0.53)cm，长度为(5.23±1.98)cm，其中 36 例结肠套叠包块内可见肿大淋巴结(图 3)。小肠套叠 58 例，均分布于脐周小肠走行区域，包块外鞘肠管为小肠，包块直径为(1.94±0.48)cm，长度为(2.68±1.29)cm。小肠套叠包块内部较松弛，动态观察常可见套叠的肠襻蠕动，包块内均未见肿大淋巴结。CDFI 示肠套叠包块内可探及点条状彩色血流信号(图 4)。

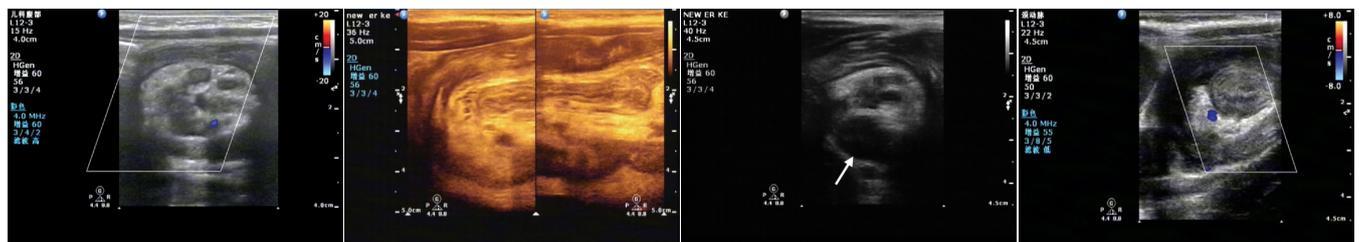


图 1 肠套叠横切面呈“靶环征” 图 2 肠套叠纵切面呈“套筒征” 图 3 肠套叠包块内肿大淋巴结声像图(箭头示) 图 4 肠套叠包块内可探及点状彩色血流信号

二、治疗情况

1.63 例结肠套叠患儿立即在超声监测下行水压灌肠复位，其中成功复位 57 例，失败 6 例，6 例水压灌肠复位失败后行开

腹肠套叠手法复位手术，1 例行肠修补术。

2.58 例小肠套叠患儿采取禁食及支持对症治疗后，57 例 6~24 h 后复查肠套叠包块均消失，1 例小肠套叠包块复查持续

存在行开腹肠套叠手法复位术。

讨 论

肠套叠是婴幼儿最常见的急腹症。本组资料发现, 结肠套叠和小肠套叠患儿均表现为腹痛、哭闹及呕吐等非特异性的临床症状, 部分结肠套叠病程较长者可出现果酱样血便, 因此仅从临床表现上无法区分。研究^[1]表明, 肠套叠有典型声像图表现, 彩色多普勒超声是小儿肠套叠的首选影像辅助检查方法, 其分型对后续治疗方式的选择至关重要。本组结果表明, 结肠套叠包块直径为(3.29±0.53)cm, 长度为(5.23±1.98)cm; 小肠套叠包块直径为(1.94±0.48)cm, 长度为(2.68±1.29)cm, 结肠套叠包块直径及长度均大于小肠套叠; 结肠套叠包块位于结肠走行区域, 多位于右上腹, 包块外鞘肠管为结肠, 小肠套叠位于脐周小肠分布区域, 包块外鞘肠管为小肠; 部分结肠套叠包块内可见肿大淋巴结, 而小肠套叠包块中未见。由此可见, 肠套叠包块的直径和长度是区分结肠套叠和小肠套叠的主要超声影像参数, 包块位置及包块内有无肿大淋巴结在肠套叠分型中也有一定参考价值, 这与张尧等^[2]报道一致。

本组中, 58 例小肠套叠患儿采取禁食对症治疗, 57 例 6~24 h 后复查肠套叠包块全部自行消失, 为暂时性小肠套叠, 其超声影

像特点为靶环直径小, 套叠长度短, 无肠壁水肿, 可自行复位, 无需手术及灌肠治疗, 仅 1 例患儿 24 h 后复查肠套叠包块未见变化, 为持续性小肠套叠, 后行开腹肠套叠手法复位术。结肠套叠者 63 例, 均于超声监测下行水压灌肠复位, 成功复位 57 例, 失败 6 例, 6 例复位失败患儿后行开腹肠套叠手法复位手术, 1 例行肠修补术。彩色多普勒超声准确诊断分型可以避免暂时性小肠套叠过度治疗^[3], 因其实时、无辐射、费用合理, 在肠套叠治疗及复查随诊中也有其独特的优势。

综上所述, 彩色多普勒超声可以依据肠套叠形成包块的直径、长度、部位等判断结肠套叠和小肠套叠, 为临床后续治疗提供可靠的影像依据, 还可以实时监测治疗情况及复查治疗结果。

参考文献

- [1] 乔向彬, 梁红雨, 欧新伟, 等. 彩色超声对小儿肠套叠诊断及治疗指导价值分析[J]. 重庆医学, 2013, 42(33): 4017-4018.
- [2] 张尧, 李士星, 白玉作, 等. 儿童大肠套叠与小肠套叠的超声影像特点[J]. 中国临床医学影像学杂志, 2012, 23(3): 208-210.
- [3] 任丽丽, 权重禄, 李素贤, 等. 小儿暂时性小肠套叠高频超声影像特点及可能诱因浅析[J]. 中国超声医学杂志, 2011, 27(9): 835-837.

(收稿日期: 2016-09-19)

· 临床报道 ·

Analysis of the value of color Doppler ultrasound in diagnosis of uterine cicatricial pregnancy 彩色多普勒超声诊断瘢痕子宫再次妊娠的价值分析

欧 霞

[中图分类号] R445.1

[文献标识码] B

随着“二胎”政策的放开, 越来越多的瘢痕子宫再次妊娠。本组通过分析 170 例瘢痕子宫妊娠的临床资料及声像图特点, 旨在探讨超声在瘢痕子宫宫内早孕的诊断价值, 以期及时、准确地判断瘢痕子宫早期妊娠类型, 为临床诊治提供重要依据。

资料与方法

一、临床资料

收集 2012 年 1 月至 2015 年 12 月我院门诊及住院部确诊的瘢痕子宫早孕者 170 例, 年龄 21~43 岁, 平均 28.7 岁。其中 148 例剖宫产 1 次, 22 例剖宫产 2 次或以上。本次妊娠停经时间 35~65 d, 尿人绒毛膜促性腺激素妊娠试验均为阳性。主要临

床症状是停经、早孕症状、不规则阴道流血及腹痛。

二、仪器与方法

使用 GE Voluson 730 彩色多普勒超声诊断仪, 经腹部探头, 频率 3~5 MHz; 腔内探头, 频率 5~9 MHz。所有患者均行经腹部与经阴道联合检查, 观察孕囊着床部位, 与宫颈、切口关系及孕囊内部情况; CDFI 观察孕囊周围肌层及病灶内血流情况, 测量滋养层动脉阻力指数(RI)。根据临床病理及超声跟踪结果对其进行最终诊断。

三、统计学处理

应用 SPSS 17.0 统计软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。