

## 肠套叠并发肠肿瘤的超声诊断

周素兰<sup>1</sup> 钱小芹<sup>2</sup> 蒋 莹<sup>2</sup>

(1. 扬州大学医学院; 扬州大学医学院附属医院, 扬州, 225001)

肠套叠多发生于婴儿, 常为原发性。成人肠套叠常继发于其它疾病, 国内报道不多。我院近 3 年来经 B 超诊断为肠套叠并发肠肿瘤 16 例, 其中成人 15 例, 婴儿 1 例, 现就其超声诊断分析如下。

### 1 临床资料

16 例均系我院门诊及住院患者, 男 11 例, 女 5 例。年龄最大 73 岁, 最小 11 个月。临床症状及体征, 阵发性腹痛 13 例, 持续性隐痛伴阵发性加剧 3 例, 腹泻 3 例, 自感腹胀 4 例, 腹部触及包块 9 例。病程最长 3 个月。16 例中无 1 例肛门停止排便排气。X 线检查: 3 例上腹部肠腔内有少量气液平面; 全消化道钡餐 2 例, 1 例阳性, 1 例阴性; 钡灌肠 7 例, 5 例阳性, 2 例阴性。13 例作大便隐血试验均为阳性。采用日立 EUB-450 及美国 ATL 公司生产的超 9 型彩色电脑显示器, 探头频率 3.5 兆赫。病人无须特殊准备, 取仰卧位, 于腹部作纵、横、斜等多切面连续扫查, 重点观察病变部位的纵、横切面图象。

结果: B 超诊断肠套叠并肠肿瘤 16 例, 根据解剖部位及声象图表现提示, 结肠套叠 9 例, 小肠套叠 7 例, 5 例有近端肠管扩张, 蠕动增强。肠肿瘤显示最大者 7.5cm×6cm, 最小者 3cm×2.5cm。手术结果: 回-结型肠套叠 7 例, 结-结型肠套 5 例, 回-回型 3 例, 空-空型 1 例。病理检查: 腺瘤 2 例; 腺瘤型息肉 1 例; 腺癌 9 例; 平滑肌瘤 1 例; 平滑肌肉瘤 1 例, 肠壁间毛细血管瘤 1 例, 淋巴肉瘤 1 例。

### 2 讨论

肠套叠是指一段肠管及其附着的系膜套入邻近肠腔引起的一系列变化<sup>[1]</sup>, 套叠一般由三层

肠壁组成, 外层称为鞘部, 内二层称为套入部(由反折部及最内壁组成)。急性肠套叠多见于小儿, 多为功能性, 套入部肠壁因血运障碍而发生充血、水肿, 若肠管受压未得到及时解除, 则可发生缺血、坏死, 甚至穿孔。成人肠套叠多由于肠腔内的器质性疾患如息肉、肿瘤、憩室内翻等, 被肠蠕动收缩向前推入远端肠管所致, 多呈亚急性或慢性过程, 很少产生完全性绞窄性肠梗阻。

声象图表现: 所有肠套叠并发肿瘤患者均见套叠部反射形成一个较光滑的圆形或椭圆形肿块。根据肿瘤等占位病变位于套叠不同部位而有不同的表现: ①肿瘤位于套叠部中央时, 由于周围有多层肠壁包绕, 纵切面呈套筒征, 即占位前后壁可见强弱交替的多层回声。横切面呈强弱回声交错排列的“同心圆”或“靶环”征象, 其最外层为鞘部, 常呈低回声, 为套叠部水肿的肠壁, 紧贴内侧强回声为鞘部肠粘膜及外翻的肠管粘膜, 再内部夹层之强弱相间的层状回声为套入部, 即反折壁和最内壁的肠壁以及部分带入的系膜, 最内实质性回声即为占位性病变。②肿瘤等占位性病变位于套叠头部, 纵切面上呈“鼓锤征”或“杵状指”征, 即占位显示位于套叠的顶端, 呈实质性低回声或中等回声, 占位周围为鞘部肠壁, 套叠近端呈多层状强弱不等回声, 整个形状似“鼓锤”或“杵状指”, 杵状头端无分层状结构。横切面, 占位部位外层为鞘部肠壁, 此部位无“同心圆”多层结构, 但肿瘤近端套叠的肠管仍呈“同心圆”征象, 如有系膜套入可呈“偏心圆”改变。部分病例肠套叠近端肠管有不同程度的扩张, 并蠕动增强, 主要是由肠套叠引起的不完全性肠梗阻所致。

以往根据临床症状及体征, 有作者提出诊断肠套叠三公式<sup>[2]</sup>: 即①阵发性腹痛 + 腹块 = 肠  
(下转 544 页)

淋病治疗结束后 10 天, 临床症状消失取分泌物作淋球菌培养, 淋球菌培养阴性者为痊愈, 101 例均痊愈。尖锐湿疣治疗后 3 个月, 复查无新赘生物生长为痊愈, 17 例均痊愈。

非淋菌性尿道(宫颈)炎治疗结束后取分泌物涂片, 每高倍镜视野, 男性白细胞数 < 4 个、女性白细胞数 < 10 个为痊愈, 7 例均痊愈。

## 2 讨论

近年来, 性病的发病率在我国逐年上升, 根据扬州市性病监测部门统计的数据表明, 本市性病患病人数 1990~1997 年以平均每年 25.8% 速度上升, 而性病的扩散、传播与特殊人群具有密切关系; 在发病率方面, 特殊人群比普通人群高出 300 余倍, 特殊人群具有突出的复杂性、隐蔽性、流动性和可塑性四大特点, 其危害程度和发病率均较高, 成为重要的传染源<sup>[1]</sup>。

本文对 769 例特殊人群调查资料显示, 在不同年龄组、文化程度、职业构成及不同犯罪事由的人员中, 其发病率有明显的差别, 且病种分类也呈现差别。由附表数据显示, 20 岁以下年龄组及 41~50 岁年龄组发病率较高, 性罪错者的发病率亦较高。从统计资料分析表明, 20 岁以下年龄组和 41~50 岁年龄组性罪错人数较多, 提示在不同违法犯罪人员中, 卖淫、嫖娼者的发

病率明显高于其它违法犯罪人员, 其既是感染者, 又是传播者, 是导致性病流行的核心人群。这与有关文献报告相吻合<sup>[2]</sup>。文化程度低者, 其发病率较高, 文盲和小学文化程度者发病人数占总发病人数的 43.4%。对不同职业人员患病情况分析表明, 旅(宾)馆娱乐行业服务员和私营个体业主, 发病人数明显高于其他职业人员, 由于这两类人群在社会环境中有其特殊的身份和地位, 在性诱惑、性接受、性传播、性危害方面具有重大的影响。特殊人群在性病中属高发人群, 要重点进行必要的监管和强制性治疗, 以消除传染源。对旅(宾)馆娱乐行业服务员、私营个体业主及无业、待业人员加强防范, 重点打击违法犯罪活动, 终止传播途径。

对确诊的 152 例性病人员, 我们采取了强制性正规治疗, 分别使用了长效西林、氟哌酸、头孢三嗪、强力霉素及激光治疗。笔者体会, 治疗越早效果越好, 剂量必须足够, 疗程必须规则, 治疗结束后要追踪观察, 才能取得较好的效果。

### 参考文献

- 1 张君炎. 我国性病的现状与控制. 江苏医药, 1997; 23 (增刊): 15
- 2 赵天恩, 吕建进, 李长玲, 等. 卖淫妇女的社会、心理和行为及性病危险因素研究. 中国性病艾滋病防治, 1998; 4 (2): 69

(收稿日期: 1998-06-11)

(上接 495 页)

套叠; ②阵发性腹痛 + 呕吐 + 直肠内血便 = 肠套叠; ③阵发性腹痛 + x 线透视有肠套阴影 = 肠套叠。但有作者认为以上三公式多适用于急性肠套, 对慢性肠套依据尚嫌不足, 因为成人肠套多为继发性, 常表现为亚急性或慢性发作过程。作者认为, 目前 B 超检查已很普及, 且对肠套叠的显示较 X 线准确。如果有阵发性腹痛 + 腹块 + 血便 + 以上声象图特征, 应首先考虑肠套叠并肠肿瘤的诊断。临床上对不明原因的腹痛, B 超检查应作为首选。B 超检查如发现肠套叠并肠肿瘤不仅见于成人, 也可见于婴儿, B 超对肠套叠并肠肿瘤的诊断并不难, 关键是检查时要想到本

病、认识本病, 从而有的放矢的去寻找原发病灶。但超声时肠道较小的占位如息肉等显示较困难, 特别是由于肠套叠常伴有不同程度的肠梗阻, 肠腔气体明显增多, 致使原发性占位不易检出, 如与放射线造影检查相结合, 可提高肠道原发病灶的显示率, 从而为临床选择何种治疗方式提供依据。

### 参考文献

- 1 陈仁彬主编. 实用超声诊断学. 中国医药科技出版社, 1997; 336
- 2 沈福邦, 等编著. 实用急腹症诊断与鉴别诊断. 上海科学技术文献出版社, 1997; 124

(收稿日期: 1998-05-11)