

· 手术演示 ·

倒“丁”字肠吻合肠造瘘术治疗胎粪性腹膜炎

马继东 冯翠竹

胎粪性腹膜炎 (meconium peritonitis, MP) 是由于各种原因导致胎儿期肠穿孔, 胎粪经过破孔进入腹腔引起的无菌性、化学性腹膜炎。肠闭锁、肠扭转、内疝、肠系膜供血不足所致的肠壁血运障碍、肌层发育不良等先天性病变为最常见的致病原因。临床分为 4 型, 即: ①肠梗阻型; ②局限性腹膜炎、包裹气腹型; ③弥漫性腹膜炎、游离气腹型; ④无症状型。除无症状型和少数不全性肠梗阻外, 大多数病例需要手术治疗。既往在术式选择上趋于保守, 强调单纯引流、有限的粘连松解、甚至短路等姑息性手术。目前, 越来越多的 MP 可以在产前诊断, 出生后可立即就诊, 及时接受手术治疗。争取在一期手术时更充分探查病变、进行更彻底的病灶清除和消化道重建手术的理念得到较以往更广泛的应用。

倒“丁”字肠吻合、肠造瘘术又称为 Bishop-koop 手术, 为沿用多年的传统术式, 曾推荐在肠闭锁治疗中应用 (现已弃用)。我院在产前诊断 MP 的治疗上应用本术式, 取得满意疗效, 现介绍如下。

一、术式选择

1. 基本适应症: 对因肠闭锁和其它靠单纯分离粘连不能解除的完全性肠梗阻而需要行肠切除吻合、但患儿肠管及全身条件不尽人意, 一期肠吻合风险过大者, 可考虑行本术式。

2. 需要考虑的相关因素: ①患儿肠管及全身条件好, 任何部位病变均考虑一期肠吻合, 而不必应用本术式。②肠管存在严重粘连、水肿、感染及远端肠管口径相差甚远的患儿行本术式可减少因吻合口愈合条件差、梗阻和肠功能恢复延迟导致吻合口漏的风险。③病变位置高者 (如位于空肠), 应首选一期肠吻合术, 但肠管条件欠佳时可考虑本术式, 因双孔肠造瘘后难以维持营养和水电解质平衡。④病变位置低者 (如位于末端回肠或结肠), 可选择双孔肠造瘘, 或视肠管具体情况行本术式。⑤短肠患儿, 为尽可能早期利用有限的肠管, 应首选一期肠吻合术,

肠管条件差者可考虑本术式。⑥吻合口远端肠管存有大量干硬粪便者 (特别是不能除外合并胎粪性肠梗阻者), 应考虑本术式, 必要时日后通过瘘口减压及洗肠。⑦病情垂危者, 首选肠造瘘、肠外置或单纯腹腔引流等简单手术。

二、基本手术步骤

①探查腹腔内病变, 确定本术式应用指征 (图 1)。②按手术基本原则和常规方法进行肠吻合前的必要处置, 包括: 必要的肠粘连松解、病灶清除、确定肠吻合部位; 通过向肠腔注水等方法证实吻合口远端肠管通畅; 处理肠系膜, 切除、修剪近端极度扩张及远端明显发育不良的肠管等 (图 2)。③将横行切断的近端较粗大肠管端对远端细小肠管的肠系膜对缘 (远端肠管起始部保留 3 cm 长的游离端), 并纵行切开远端小肠, 行端-侧吻合。吻合口宽度等同近端肠管直径 (约 2~3 cm)。新生儿常用 5-0 可吸收线连续周圈缝合 (图 3、4)。④缝合、修补临近吻合口的肠系膜裂孔。因为端侧吻合, 系膜不在同一平面, 不可能完全对合, 应根据具体情况灵活处理, 以关闭系膜裂孔、且不造成肠管明显曲折、吊角, 保持顺畅为原则。⑤结扎封闭远端肠管的游离端, 自腹壁切口引出, 行单孔肠造瘘。腹壁切口关闭和肠管缝合固定同一般肠造瘘 (图 5)。

三、瘘口的管理和利用

①手术次日拆除造瘘肠管结扎线, 开放瘘口, 观察有无排气、排便, 作为评价肠功能恢复的参考指标。②如手术 2、3 d 后出现严重腹胀, 可试经瘘口向吻合口近端肠腔插入导管减压。此操作最好由熟悉解剖关系的术者操作, 以防损伤吻合口。③如手术 5~7 d 后肠功能还不能如期恢复, 可经瘘口行近端和 (或) 远端肠管造影, 以确定是否存在机械性或功能性肠梗阻。④当吻合口远端肠管存留干硬粪便、而术中不便清除时, 可在确定吻合口愈合后经瘘口向远端洗肠。⑤多数情况下瘘口仅间断排出少量气体及肠液, 甚至不排, 说明大部分肠内容物已排至远端肠管, 此时不需要对瘘口进行特殊处理。

四、瘘口关闭



图 1 探查病变



图 2 松解肠粘连、清除病灶、处理肠系膜,切除、修剪近端极度扩张及远端明显发育不良肠管

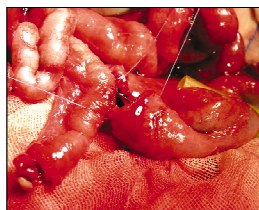


图 3 将横行切断的近端较粗大肠管端对远端细小肠管的肠系膜对缘

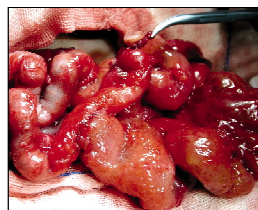


图 4 结扎封闭远端肠管的游离端,吻合肠管

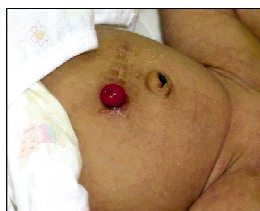


图 5 单孔肠造瘘

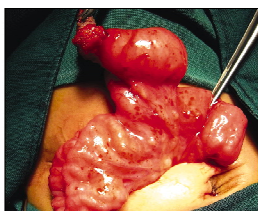


图 6 游离肠管

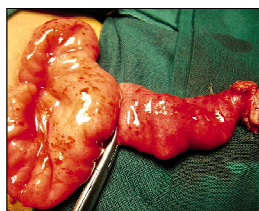


图 7 切除造瘘肠管



图 8 横行缝合、修补主肠管,关闭瘘口

①关瘘时间与患儿保留肠管的长度和适应能力有关。患儿一般情况好,靠胃肠道可以维持营养,体重明显增加,即可关瘘(常在术后 3~6 个月)。②关瘘手术仅需沿瘘周作横行小梭形切口,通常需要

打开腹膜腔,游离造瘘肠管至分叉处,探查确认原吻合口通畅、远近端肠管无成角。临近分叉处切除造瘘肠管,用可吸收线横行或纵行缝合、修补主肠管。

·消息·

儿童胸腹腔镜技术学习班暨第 8 届大陆香港小儿微创外科学习班通知

为进一步推进我国小儿微创外科的发展,规范小儿微创外科医师的专科化培训,展现我国小儿微创外科的新技术与新进展,苏州大学附属儿童医院、上海交通大学附属新华医院和香港大学玛丽医院受香港 SK Yee Medical Foundation 资助,于 2011 年 6 月 10~12 日在苏州大学附属儿童医院举办“2011 年国家继续教育培训项目《儿童胸腹腔镜技术学习班》暨第 8 届中国大陆-香港小儿微创外科学习班”,项目编号:2011-06-02-017,学分:10 分。此次学习班将同时在苏州和上海两地举行,就微创领域的最新技术进行讨论和演示,主要内容:①香港大学副校长谭广亨教授等国内外知名腹腔镜专家讲述小儿微创外科前沿热点、难点与趋势;②著名腔镜专家手术演示,讲解手术技巧与关注点,解答学员问题;③对小儿 NOTES 进行研讨与 NOTES 模拟基本技术训练;④小儿微创模拟基本技术训练和动物实验等。欢迎国内小儿外科医师和对小儿外科疾病诊治有兴趣的医师踊跃报名参加。

报到时间:2011 年 6 月 9 日;地点:苏州市新世纪大酒店;会议时间:2011 年 6 月 10~12 日;地点:苏州大学附属儿童医院;学习班费用:学费 800 元/人;食宿费用自理;网上报名:jacki.z@163.com 或 hwlb@sohu.com;联系人:朱杰:13776035156,E-mail:jacki.z@163.com;黄顺根 Tel:13776088680;E-mail:hwlb@sohu.com。