

## · 经验交流 ·

## 腹腔镜诊治小儿肠系膜囊肿的疗效评价

魏晓明<sup>1</sup> 李索林<sup>2</sup> 王 昆<sup>1</sup> 刘树立<sup>2</sup> 李 龙<sup>3</sup> 李英超<sup>2</sup>

【关键词】 腹腔镜;肠系膜囊肿/诊断;肠系膜囊肿/治疗;儿童

小儿肠系膜囊肿是一种临床少见的腹部良性肿块,多以并发症就诊,术前确诊较为困难。治疗多采用开腹手术。作者于 2006 年 1 月至 2009 年 1 月应用腹腔镜技术诊治小儿肠系膜囊肿 8 例。

## 临床资料

## 一、一般资料

8 例中,男 5 例,女 3 例;年龄 1~9 岁,平均年龄 5.2 岁。临床表现:腹痛伴腹胀 3 例,慢性腹痛 1 例,无痛性腹部肿块 2 例,单纯呕吐 1 例,肠梗阻 1 例。B 超或 CT 检查提示腹腔内有囊性不规则包块并有分隔,直径 8.0~17.0 cm,平均 13.5 cm,拟诊为肠系膜囊肿。

## 二、手术方法

1. 术前准备:常规肠道准备 2~3 d,术前 16 h 禁食,予补液、留置胃管及尿管、开塞露润肠通便。

2. 麻醉及手术方法:采用气管插管静脉复合麻醉,使用肌松剂松弛腹壁。患儿取仰卧位,于脐环处纵行切开长约 1.0 cm 切口,切开腹壁各层,直视下置入 10 mm Trocar,建立人工气腹,气腹压力依年龄设置 8~12 mmHg。置入 30°腹腔镜,先探查腹腔内肠系膜囊肿的性质、大小及病变范围,若为巨大囊肿可先行囊肿穿刺抽吸囊液,待囊肿体积明显缩小,再根据囊肿位置,依据菱形法则在腹腔镜监视下于两侧穿刺置入 5 mm Trocar 做操作孔。继续探查囊肿与附着肠管及其血供的关系;如囊肿位于小肠系膜边缘,相对游动,则扩大脐环切口达 2 cm,减压后提出腹外剔除;对肠系膜根部囊肿可用超声刀紧贴囊壁分离,注意严密保护肠系膜血管;若囊肿巨大可应用超声刀切除大部分囊壁,仔细剥离残余囊壁;若囊

壁与肠管紧密粘着,可连同部分肠壁一并切除,腹腔镜下应用可吸收缝线连续横行缝合肠壁。最后用生理盐水充分冲洗腹腔,必要时放置橡胶引流管,将切除囊壁装入标本袋自脐部切口取出。

## 三、结果

8 例均顺利切除囊肿,3 例囊肿位于小肠系膜边缘、游动度大者经脐环扩大切口后于体外剥除,4 例小肠系膜根部及后腹腔囊肿予完整剔除,1 例结肠肝区系膜囊肿部分与肠壁粘着,切除时肠管破裂约 1 cm,予腹腔镜下可吸收缝线连续横行缝合修补。8 例中,1 例合并慢性阑尾炎,1 例发现右侧输卵管囊肿予同时手术切除。手术时间 45~90 min,平均手术时间(67.8±16.5)min,出血量 5~50 mL,平均(26.1±17.7) mL。4 例腹腔引流 3 d。患儿均恢复良好,术后 4~7 d 痊愈出院。术后病理检查结果均为肠系膜囊肿。随访 1~4 年,患儿生长发育良好,腹部 B 超检查无复发。

## 讨 论

肠系膜囊肿系先天性淋巴管发育异常所形成的腹腔内囊性肿物,可以位于肠系膜的任何位置,甚至可以延伸至后腹膜。根据囊肿的部位和大小可表现为无症状、腹痛或肠梗阻表现等<sup>[1]</sup>。术前明确诊断较为困难,影像学检查可以在一定程度上协助诊断,确诊需手术探查。外科治疗的目的是完整切除囊肿,必要时切除受累肠管及肠系膜。传统治疗方法需剖腹探查明确诊断后再行囊肿切除术,影响术后呼吸功能的恢复,术中对腹腔脏器干扰大。

腹腔镜辅助切除肠系膜囊肿切除术多见于成人外科<sup>[2-3]</sup>。作者认为腹腔镜下小儿肠系膜囊肿切除术具有以下优点:①可以清晰显示肠系膜囊肿的部位、囊肿与附着肠管的位置及系膜血运。②操作多在腹腔进行或仅部分肠管暴露,术后肠功能恢复快;腹腔镜的放大作用可以清晰显示囊肿与附着肠管及其血供的关系,可保护肠壁血运。③利用小肠系膜

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2011.02.031

作者单位:1,青海省妇女儿童医院小儿外科(西宁市,810007);2,河北医科大学第二医院小儿外科(石家庄市,050000);3,首都儿科研究所(北京市,100020);通讯作者:李索林, E-mail: lisulin@263.net, 本文为国家十一五科技支撑计划项目(编号:2006BAI05A06)

或大网膜囊肿相对游动的特点,对局限孤立的囊肿经脐环扩大切口提出腹外剔除更接近传统术式,操作简单。④可以同时探查至腹腔内各个腔隙,了解有无其他合并畸形或病变,实施联合手术。手术注意事项:①小儿腹腔小,操作空间小,术前须留置胃管和尿管。②囊肿使腹腔空间狭小,放置 Trocar 时须在直视下或腹腔镜监视下放入,避免造成损伤。③腹腔镜下确定肠系膜囊肿的位置和累及范围是手术的关键,应重点注意囊肿与系膜血管、肠管之间的关系。④对于较大的囊肿,可先行穿刺抽液,使体积缩小,操作空间扩大后再手术。⑤术者需具备熟练的开腹手术技术,对术中分离困难且与系膜血管和肠壁关系密切者切忌强行腹腔镜下操作,可选择将大部分囊壁切除,适当扩大脐部切口后,将病变肠管

提出切口外操作。

## 参考文献

- 1 Jay L Grosfeld, James A. O'Neill, Eric W Fonkalsrud, et al. Pediatric Surgery[M]. 6th Edition, Mosby, Inc. 2006, 1426-1433.
- 2 Trompetas V, Varsamidakis N. Laparoscopic management of mesenteric cysts[J]. Surgical Endoscopy 2003, 17: 2036.
- 3 Woo-Sang Ryu, Jung-Myun Kwak, U-Hyoung Seo, et al. Laparoscopic treatment of a huge cystic lymphangioma partial aspiration technique with a spinal needle[J]. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 2008, 11(18): 603-605.

## ·病例报告·

### 小儿腹腔巨大结核性假性囊肿 1 例

胡志诚 魏山坡 王利民 陈海涛 杨斌 刘凤昌

腹腔结核以假性囊肿形式出现,临床极为少见,本院近期收治 1 例小儿腹腔巨大结核假性囊肿,现报告如下。

患儿,女性,10 岁,因腹胀 1 年余,加重 1 个月入院。患儿入院前 1 年余,家长无意中发现患儿中腹部略胀,约馒头大小,未引起重视,不伴发热、恶心、呕吐等,大小便未见异常,近 1 个月发现腹胀明显加重,至全腹部,曾于当地医院行腹部 CT、腹部彩超检查,均考虑大量腹水(原因待查),去北京某医院考虑“大网膜囊肿”。体查:体温 36.6℃,皮肤黏膜无黄染,浅表淋巴结无肿大,胸廓两侧对称,心肺未见异常,腹部膨隆,无腹壁静脉曲张,质韧,未触及明显包块,无压痛、反跳痛及肌紧张,叩诊浊音,移动性浊音阳性,肠鸣音存在。胸片提示双肺纹理粗多;腹部核磁共振考虑大量腹水;钡餐检查提示:胃扭转,腹腔肠管位于后下方,考虑肿物压迫导致。行大网膜囊肿切除术,术中做一上腹部纵切口,长约 6 cm,见腹腔巨大囊肿,壁厚约 0.5 cm,与腹壁及脏器广泛粘连,脏器被压在囊肿外,探查囊肿吸出暗红色半透明液体约 3 500 mL,提出囊肿并切除,继续探查腹腔,见肠管散在分布灰白色粟粒样结节及粘连,结节直径 4~10 mm 不等,留取囊肿壁及肠管上结节送病理检查,并松解粘连。囊内液体抗酸染色寻找结核菌阴性,病理回报囊肿壁及肠壁符合“结核”。

**讨论** 该患儿术前诊断较为混乱,作者从以下两点排除腹水判断为囊肿:①钡餐检查:侧位腹部平片显示肠管被推至脊柱前方,而腹水患儿的肠管应漂浮在腹水中。②仰卧位腹部核磁共振考虑大量腹水,分析腹水患儿在仰卧位时腹腔低位应有腹水充盈,详细查看仰卧位腹部核磁共振图像,该

患儿肝下、膈肌下方未见腹水充盈。此外,腹部 B 超检查表现为大片状液性区,其中两侧有漂浮强光点,这与渗出性结核性腹膜炎纤维素渗出造成的强光点极相似,但在胃体表位置处无暗性区可资鉴别<sup>[1-2]</sup>。

大网膜囊肿与腹腔结核性假性囊肿的鉴别:大网膜囊肿囊壁菲薄,由结缔组织和弹力纤维构成,内衬不整齐的扁平上皮或单层柱状内皮细胞,有淋巴细胞和白细胞浸润,囊液充满淡黄色淋巴液;伴有出血感染者囊内液呈血性、草绿色、桔红色或咖啡色,囊壁肥厚充血、水肿,内膜多消失,多数病例囊壁与腹膜和腹腔脏器有粘连<sup>[3]</sup>。本例术前未能确诊,作者认为有以下原因:①患儿无结核病接触史,无低热、盗汗、纳差、消瘦等结核毒素中毒症状;②曾正常接种卡介苗;③腹腔结核病理变化复杂多样,临床上对腹腔结核认识不足,虽然腹部体查质韧,未引起足够的重视;术前仅做胸片,未查 PPD 试验及结核抗体,未做腹腔镜活检等,给诊断带来诸多困难。此外,近年来结核病发病率有上升趋势,人口流动致开放性结核病患者增多,该患儿与祖父母生活在一起,居住地在农村,父母长期在外打工,其父母是否接触结核病人,术前未曾综合分析。因此临床医师在工作中应详细询问病史,认真查体,综合分析,减少腹腔结核的误诊误治。

## 参考文献

- 1 雄健群,黄季春,谌谨寰,等.超声诊断大网膜病变的初步评价[J].中华超声影像学杂志,2000,16:26-30.
- 2 吴孟超.腹部外科学[M].上海:科技文献出版社,1993,49-51.
- 3 李正,王慧贞,吉士俊.实用小儿外科学[M].第 1 版,北京:人民卫生出版社,2001,559.