

出了支架,取出支架后均未再置入新的更长更粗支架。支架取出的时间半年至 2 年不等。

虽然 Z 型带膜食管支架在治疗成人食管或吻合口良性狭窄时,可以长期置入,但作者认为儿童食管烧伤性狭窄,其支架还是取出为宜。支架置入后多长时间取出,尚没有系统研究。本组除上述 1 例外,选择半年至 2 年取出,主要是考虑瘢痕增生通常要半年左右才能稳定,支架置入时间应不少于半年至两年时间,此时患儿的生长、食管瘢痕以支架为模形的“塑形”已能够完成。关于支架置入时间的长短,每例患儿不一样。作者认为,食管烧伤后狭窄病程短者,用萨氏扩张器扩张食管狭窄段时感觉瘢痕较松,容易扩张者,支架可早日取出,食管烧伤后狭窄病程长者,扩张时感觉瘢痕较紧,不易扩张者,支架宜稍晚取出。

本组资料显示,对食管烧伤后狭窄患儿采取早期扩张治疗,可减少狭窄的发生率,对已狭窄的患儿,早日置入食管支架,食管狭窄的恢复会更理想,支架置入可用定位器辅助置入法,也可于 X 线透视下置入。Z 型带膜食管支架治疗儿童食管烧伤性狭

窄是可以代替手术治疗的新方法,疗效好,损伤小。但本组病例数尚少,有待进行大样本研究,远期疗效亦需要进一步观察。

参考文献

- 仇学明. 定位器辅助放置食管支架[J]. 中华消化内镜杂志, 2001, 18(3): 170-172.
- 贾柳萍, 黄鹤, 智发朝, 等. 可回收食管支架治疗良性食管瘢痕狭窄[J]. 中华全科医师杂志, 2005, 4(8): 490-491.
- 仇学明, 刘泽红, 焦峰. 别针型带膜食管支架的动物实验研究[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8: 16-12.
- 仇学明, 孟凯, 王震. CZES 型食管支架硬式改软式的临床意义[J]. 中国生物医学工程学报, 2002, 21(4): 367-369.
- 梁景光, 贺和风, 李月明. 食管内支架置入后食管胸主动脉损伤出血 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(4): 210.
- 仇学明, 焦峰, 刘泽红. CZES 型防反流食管支架的远期疗效及防反流瓣膜功能研究[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(1): 79-82.

• 病例报告 •

先天性回盲部缺如并短肠畸形 1 例报告

刘丰丽 马同胜

患儿,男,23 d,2.4 kg,足月剖腹产。生后 4 h 出现非喷射性呕吐,呕吐物为胃内容物及黄绿色胆汁性液,量不多,每日 4~5 次,无腹胀、发热等。体查:腹围小隐约可见肠型,予禁食、胃肠减压,静脉营养,并行上消化道碘油造影。温碘油 30 mL 自奶瓶喂入后,顺利进入胃、十二指肠,但至屈氏韧带处有不全性梗阻,随后肠管走行紊乱,运行 30 cm 左右后肠管位于右下腹,进入直肠并自肛门排出,行肛检后有较多造影剂排出,考虑患儿存在肠内瘘或短肠畸形。为进一步明确诊断,次日进行下消化道稀钡造影,造影剂注入后,立即进入小肠,予清洁洗肠以排空远端肠管钡剂,将 50 mL 温生理盐水缓慢推入后,即从胃管引流出,更进一步证实了短肠畸形。因患儿屈氏韧带处有梗阻,不能正常喂养遂经积极术前准备后行剖腹探查术,术中见小肠有索带相连,予松解,取直所有肠管,自屈氏韧带至直肠壶腹,总长约 65 cm,且无回盲部,从外观形态上看,回肠逐渐延续为结肠,未见阑尾。术后 3 d 开始喂养,吃奶可,每天 2~3 次大便,为黄色黏膜便,术后 9 d 痊愈出院。出院前复查血常规 Hb 16.5 g/L,大便常

规无隐血,脂肪(+),乳糖(+). 出院 1 个月后电话随访,体重增长至 2.9 kg,大便每天不超过 3 次。

讨论 先天性短肠症为一罕见畸形,又称先天性短小肠畸形,由 Hamilton 于 1969 年首次报道,国内外陆续有个案报道^[1-2]。作者在临床上亦遇到数例因合并畸形而导致短肠的患儿,如腹裂、脐膨出及肠旋转不良中肠扭转。本例不仅肠管短而且缺少回盲部及阑尾,真正为一根直肠子,无明显其他合并畸形。可能原因是胚胎早期空化再吸收异常甚或同时伴有肠血管发育障碍而导致小肠短小,回盲部缺如^[3]。目前由于随访时间较短,从生长发育及营养吸收方面来看,暂未出现明显障碍,有待追踪随访。

参考文献

- 彭树强, 马成海, 孙立泉. 先天性短小肠畸形 1 例报告[J]. 中华小儿外科杂志, 1990, 11: 109.
- 王建华, 贺新民, 张轶男. 新生儿球形短小肠并细小结肠 1 例[J]. 中华放射学杂志, 1996, 30: 475.
- 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: 736.