

腹腔镜治疗儿童复发性肠套叠 25 例

马同胜 张宏伟 殷易钰

【摘要】 目的 探讨腹腔镜在儿童复发性肠套叠中的应用及临床疗效。**方法** 回顾性分析 2005 年 2 月至 2011 年 6 月在本院就诊的 25 例复发性肠套叠患儿(复发 ≥ 3 次)的诊治经过。25 例患儿均在腹腔镜监视下行空气灌肠复位,探查病因,并做进一步治疗。**结果** 25 例患儿中,13 例为原发性肠套叠复发,行腹腔镜下回肠末端悬吊固定术;继发性肠套叠 12 例,其中美克尔憩室 8 例,回肠重复畸形 1 例,回肠息肉 2 例,均行肠切除肠吻合术;1 例过敏性紫癜患儿行空气灌肠复位 + 原发病治疗。25 例患儿平均随访 18 个月(10 ~ 24 个月),无复发,无肠穿孔、吻合口瘘、肠梗阻等并发症。**结论** 腹腔镜治疗复发性肠套叠可以发现并去除病因,手术创伤小,腹部切口小且隐蔽,有美观优势。

【关键词】 腹腔镜检查; 肠套叠; 复发; 治疗; 儿童

肠套叠是婴幼儿常见急腹症之一,多见于 2 岁以内婴幼儿,4 ~ 10 个月为发病高峰时期。该病病因不明,部分患儿可反复发作。目前关于复发性肠套叠的治疗观点尚不统一。作者自 2005 年 2 月开始应用腹腔镜治疗复发性肠套叠,取得了较好的疗效,现总结如下。

资料与方法

一、临床资料

复发性肠套叠患儿 25 例,其中男性 15 例,女性 10 例;年龄最小 5 个月,最大 5 岁,平均年龄 12 个月。诊断标准:①肠套叠反复发作 ≥ 3 次。②本次肠套叠发作时均在本院行空气灌肠复位治疗。③本次肠套叠发作时间 ≤ 24 h。④术前 B 超提示腹腔低回声包块,切面呈同心圆征,无腹腔积液或套筒内积液。手术后平均随访时间为 18 个月(10 ~ 24 个月)。

二、手术方法

1. 手术器械:德国产 Storz 5 mm 抓钳、弹簧肠钳、持针器各 1 把,5 mm 30°腹腔镜。

2. 手术过程:采取气管插管全身麻醉,患儿取平卧位,留置导尿,自肛门处留置 Foley 管,其远端与脉冲式空气灌肠仪相连。常规消毒,铺无菌巾,切开脐环,直视下放置一个 5 mm Trocar,建立 CO₂ 气

腹,使腹内压力维持在 1.33 kPa,流量 2.5 L/min。经 Trocar 插入腹腔镜观察肠套叠头部位置以及肠套叠鞘部的颜色,如无肠坏死,启动脉冲式空气灌肠仪,压力控制在 8 kPa 以内,腹腔镜观察肠套叠颈部肠管复位情况及套入肠管有无畸形。肠套叠复位后断开 Foley 管与空气灌肠仪连接处,排出结肠内气体。对于原发性肠套叠先行腹腔镜下阑尾切除术,再行回肠和盲肠固定,在左侧中腹部及耻骨联合上方各置入一个 5 mm Trocar,经左腹部 Trocar 插入持针器及 5-0 可吸收线,经耻骨联合处 Trocar 插入血管钳,将回肠末端约 3 cm 肠管肌层缝合固定于右下腹前腹壁腹膜处。如果盲肠较游离,可将其缝合固定于侧腹膜处。解除气腹,拔出腹腔镜及 Trocar,缝合切口;如腹腔镜下发现有美克尔憩室、回肠息肉或回肠重复畸形,用无损伤肠钳抓住并固定病变肠管,扩大脐环切口,用无损伤肠钳自脐环切口处拖出病变肠管在腹腔外行肠切除肠吻合术,术毕送回肠管,缝合切口。

结果

25 例患儿均顺利完成手术,手术时间 40 ~ 90 min,未行肠吻合者术后第 2 天即进食流质饮食,术后 5 d 出院。行肠吻合者术后 5 d 进食流质饮食,术后 7 d 出院。住院期间无复发,无吻合口瘘及肠梗阻发生,出院时切口愈合好,且美观、隐蔽。25 例平均随访 18 个月(10 ~ 24 个月),无一例复发,无脐疝及肠梗阻等并发症。

讨 论

小儿肠套叠反复发作 2 次以上称复发性肠套叠,肠套叠的复发病因并不明确,部分是由于继发性因素所致,如美克尔憩室、肠重复畸形、过敏性紫癜、肠息肉等。有些复发性肠套叠仅发现肠系膜淋巴结肿大^[1]。关于复发性肠套叠的治疗目前仍存在不同观点。既往对于复发性肠套叠,选择 X 线透视下空气灌肠,但反复透视使患儿多次接受 X 线辐射。近年腹腔镜的广泛应用为肠套叠的治疗提供了一种新的选择^[2]。腹腔镜监视下肠套叠复位比 X 线透视下更直观,且避免了 X 线辐射^[3]。腹腔镜的另一个优势是可以探查肠套叠有无合并其它畸形,如果存在消化道畸形则可通过扩大脐环切口提出病变肠管切除畸形,术后切口仍较美观^[4]。对于原发性肠套叠复发,在复位后行回肠末端悬吊固定 + 盲肠固定,使回肠末端及盲肠处于相对较高位置,患儿日常的生活中心体位多为平卧或直立状态,回盲瓣的延时排空作用使回肠内始终存有一定肠内容物,重力作用使得近端肠管难以套入远端肠管形成肠套叠。由于阑尾也是肠套叠复发的潜在因素之一,且患儿行回肠前下腹壁固定,如以后发生阑尾炎则治疗困难,所以对于行回肠末端悬吊固定 + 盲肠固定的患儿常规行腹腔镜下阑尾切除术;有研究认为绝大多数肠套叠的诱发点是增厚的肠壁淋巴组织^[5-6]。如果腹腔镜下发现回肠末端系膜处肿大的淋巴结直径超过 1 cm 则行镜下切除。有统计发现复发性肠套叠多为回结型(本组仅 2 例是回回结型),由于家长有一定经验,就诊及时,故术中复位并不困难,空气灌肠压力达到 8 kPa 时即能复位,部分患儿甚至可以使用无损伤肠钳牵拉复位。Daneman A 等^[7]研究认为复发性肠套叠的套叠较松,因此更容易复位,但复发的机会也更大。对于过敏性紫癜所致的复发性肠套

叠,在肠套叠复位后仍以治疗原发病为主,缝合肠壁有发生肠穿孔的可能,不建议行回肠悬吊固定^[8]。

综上所述,腹腔镜治疗复发性肠套叠具有创伤小、可探查病因、去除病因的优势,缺点是费用较高,操作人员需经过专门培训,对腹腔镜的使用要熟练,否则会延长手术时间及损伤肠管导致肠穿孔的可能^[9]。

参 考 文 献

- 1 李正. 实用小儿外科学(上)[M]. 北京:人民卫生出版社,2001,737-749.
- 2 Chowbey PK, Panse R, Sharma A, et al. Elective laparoscopy in diagnosis and treatment of recurrent small bowel obstruction[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2006, 16(6): 416-422.
- 3 Hay SA, Kabesh AA, Soliman HA, et al. Idiopathic intussusception: The role of laparoscopy [J]. J Pediatr Surg, 1999, 34(4): 577-578.
- 4 靳三丁, 严海燕, 侯广军, 等. 腹腔镜在肠道出血诊治中的应用[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(19): 1508-1509.
- 5 彭晶, 赵亚平, 张庆, 等. 超声评价儿童复发性肠套叠与肿大的肠系膜淋巴结的关系[J]. 中华医学超声杂志, 2010, 7(12): 2151-2155.
- 6 Shteyer E, Koplewitz BZ, Gross E, et al. Medical treatment of recurrent intussusception associated with intestinal lymphoid hyperplasia[J]. Pediatrics. 2003, 111(3): 682-685.
- 7 Daneman A, Lobo E, Alton DJ, et al. Patterns of recurrence of intussusception in children: A17-year review[J]. Pediatr Radiol, 1998, 28: 913-919.
- 8 Yigiter M, Bosnali O, Sekmenli T, et al. Multiple and recurrent intestinal perforations: an unusual complication of Henoch-Schonlein purpura[J]. Eur J Pediatr Surg, 2005, 15(2): 125-127.
- 9 陈新国. 小儿腹腔镜手术并发症[J]. 中华小儿外科杂志, 2004, 25(4): 364-365.

本刊 2013 年征订工作已经开始,订全年杂志,送继续医学教育学分 15 分,邮发代号 42-261,欢迎广大读者通过邮局或与本刊编辑部联系订阅。联系地址:长沙市梓园路 86 号,临床小儿外科杂志编辑部,邮政编码:410007, E-mail: china_jcps@ sina. com, http://www. jcps 2002. com。