

腹腔镜辅助下空气灌肠复位术治疗肠套叠 26 例

陈志远¹ 谢剑恒¹ 李新宁²

【摘要】 目的 总结腹腔镜辅助下空气灌肠复位术治疗肠套叠的临床经验。**方法** 回顾性分析 2003 年 1 月至 2013 年 1 月我们采取腹腔镜辅助下空气灌肠复位术治疗的 26 例肠套叠患儿临床资料。**结果** 26 例中,4 例中转开腹手术,均为发病时间超过 48 h 患儿;22 例均行腹腔镜辅助下空气灌肠复位,手术时间 35 ~ 60 min。所有患儿术后 1 ~ 2 d 肛门排便排气,术后住院 4 ~ 5 d 出院,无一例发生并发症发生。**结论** 腹腔镜辅助下空气灌肠复位术适用于绝大多数单纯空气灌肠无法复位的肠套叠,具有微创、安全、可行的优势。

【关键词】 腹腔镜;灌肠;肠套叠

肠套叠是婴幼儿较常见的急腹症,临床表现为阵发性哭闹、恶心、呕吐、腹部扪及包块及血便,治疗方法有手术治疗及非手术治疗。常用的空气灌肠法既是诊断方法,又是复位手段,复位成功率较高,可达 90% 以上^[1]。但目前仍有部分肠套叠患儿空气灌肠复位不成功,或是空气灌肠治疗禁忌而中转开腹手术,致创伤较大。近年来,腔镜外科技术已应用到小儿外科诸多领域,使传统手术方式发生了巨大变化^[2]。本院 2003 年 1 月至 2013 年 1 月在腹腔镜辅助下采用空气灌肠复位术治疗急性肠套叠 26 例,取得了较满意的疗效,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

本组 26 例,男 18 例,女 8 例,年龄 4 ~ 12 个月,发病时间 12 ~ 48 h 者 17 例,48 ~ 72 h 者 9 例,均有阵发性哭闹、呕吐、便血及腹部包块等典型临床表现。26 例均经 B 超或空气灌肠证实为肠套叠,但复位失败而采用腹腔镜辅助手术。病例选择标准:① B 超或透视下单纯空气灌肠明确为肠套叠而复位失败者;② 病程 24 ~ 48 h,血便较严重或病程超过 48 h 且患儿未出现精神萎靡、腹胀、脱水、高热等症状;③ 排除有心肺疾病不能耐受气腹者及术前拍片排除肠穿孔者。

二、治疗方法

患儿取仰卧位,采用气管插管全身麻醉,取脐下正中纵形切口,长约 5 mm,开放式置入 5 mm Trocar,CO₂ 气腹压力为 8 ~ 10 mmHg,腹腔镜下常规探查腹腔,再次证实诊断并了解肠套叠类型,腹腔镜直视下于左右下腹分别置入 5 mm Trocar,分别放置无损伤抓钳。助手在台下将双腔尿管插入肛门约 6 ~ 10 cm,向双腔尿管水囊中注入 10 mL 生理盐水封闭肛门,用 Y 形管把尿管和血压计连接起来,向肛管内注气,压力控制在 60 ~ 120 mmHg,在肛管进气的同时,用 1 把无损伤抓钳轻拉套叠部肠管近端,另一把钳反复挤压套叠肠管头部,借助气体压力缓慢将套叠肠管推出复位。肠管复位后仔细查看肠壁血运,排除肠穿孔或肠坏死,腹液较多时可自操作孔放置引流管^[3]。

结果

26 例患儿中,回肠结肠型 12 例,回肠回肠结肠型 14 例。手术时间 35 ~ 60 min,平均 40 min。术中出血量 3 ~ 7 mL。术中术后无一例输血。术后 24 ~ 48 h 肠功能恢复,住院时间 4 ~ 5 d。22 例在腹腔镜监视下空气灌肠复位成功;4 例中转开腹手术,均为发病时间超过 48 h 者,年龄 9 ~ 12 个月,术前均有精神萎靡、腹胀、高热、水样血便,腹腔镜下见肠壁水肿明显,无坏死及穿孔,估计复位困难,立即开腹行肠套叠复位术,手术顺利,术后 7 d 出院。

26 例患儿获随访 6 ~ 12 个月,平均 6.5 个月,患儿恢复良好,术后腹部瘢痕小,无复发,无切口感染,无肠粘连、肠梗阻,生长发育良好。

讨 论

急性肠套叠多发生于 6~12 个月的婴儿, 发病率男多于女, 多为回肠结肠型, 多发性肠套叠较少见。治疗上多采用 B 超监视下水压灌肠或透视下单纯空气灌肠复位, 成功率约 90%。但是 X 线对小儿健康有损害, 间接征象有时不可靠, 有时会遗漏肠坏死、肠穿孔等严重并发症。对于发病时间较长, 血便较严重, 全身情况较差, 伴有明显腹胀、脱水、高热等症状或疑有肠坏死、肠穿孔等病情较重者, 或合并严重心血管及呼吸系统疾病者, 仍需选用开腹手术较安全^[4]。但对于发病时间较短, <48 h 或者患儿全身情况较好, 临床估计没有肠坏死、肠穿孔者, 可先用空气灌肠复位, 复位失败者可用腹腔镜进行探查及复位, 成功率较高, 并能及时发现肠坏死、肠穿孔等并发症, 进而决定下一步手术方式^[5]。对于发病时间超过 48 h 者, 如果患儿一般情况尚好, 腹胀轻, 无血便或血便较少, 也可以考虑先用腹腔镜进行探查复位, 如果术中见肠管有坏死迹象或肠壁水肿明显, 估计无法耐受空气加压, 则应中转开腹手术。本组有 4 例中转开腹手术就是属于上述情况。对复位较困难者要果断选择开放手术, 避免反复操作及气腹时间过长对患儿造成新的损害。小儿腹壁薄嫩, 腹腔容积较小, 且肠管呈扩张状态, 为安全起见, 均开放式置入第 1 个 Trocar, 以避免腹腔脏器的医源性损伤^[6]。小儿腹壁薄, Trocar 容易滑脱, 我们就用丝线缝扎固定或使用带防滑伞的 Trocar, 这样既可以防止脱出, 还可以轻轻提拉腹壁以增加手术空间, 我们体会患儿腹内压维持在 8~10 mmHg 较为合适, 气腹压过低手术暴露困难, 气腹压过高则影响机体特别是心肺功能。向肛管内注气时, 压力控制在 60~120 mmHg 为宜, 以防肠管破裂, 在肛管进气的同时, 用一把无损伤钳轻拉套叠部肠管近端, 另一把钳反复挤压套叠肠管头部, 借助注入肠管内气体的压力和进入套叠间隙的气体, 缓慢将套叠肠

管复位。另外, 肛门漏气或气囊脱出会影响手术进度, 所以注气时让台下人员用手顶住气囊很有必要。对经单纯空气灌肠复位不成功的肠套叠患儿, 腹腔镜手术是一种较好的选择。与传统术式相比具有以下特点^[7]: ①探查较全面, 视野较清楚, 容易找到套叠部位并可确定套叠类型, 可避免不必要的手术; ②可以发现肠肿瘤、憩室等引起的病理性肠套叠, 可一并治疗^[8]; ③创伤小, 出血少, 对患儿打击小, 有利于术后患儿肠功能的恢复, 减少术后肠粘连的发生; ④可以动态观察复位的整个过程, 复位成功率较高较完全。

总之, 我们认为, 腹腔镜辅助下空气灌肠复位术可整复绝大多数难复性肠套叠, 安全可靠, 同时具有微创的优点, 可望在临床推广应用。

参 考 文 献

- 1 王果, 李振东. 小儿肛肠外科学[M]. 第 1 版, 郑州: 中原农民出版社, 1999. 158-165.
- 2 李龙, 刘树立. 中国小儿腔镜外科进展与展望[J]. 临床小儿外科杂志, 2013, 12(1): 3-5.
- 3 罗正利, 周欣, 左楚清. 难复性肠套叠腹腔镜下整复探讨[J]. 中华小儿外科杂志, 2004, 25(4): 191-192.
- 4 周小渔, 李碧香, 肖雅玲, 等. 腹腔镜手术在小儿普腹外科的临床应用探讨[J]. 医学临床研究, 2003, 20(5): 338-341.
- 5 段栩飞, 童鹤翔. 腹腔镜辅助治疗小儿空气灌肠整复失败的急性肠套叠的体会[J]. 临床外科杂志, 2004, 12(7): 447-448.
- 6 李龙. 小儿腹腔镜外科的新进展[J]. 中国微创外科杂志, 2002, 2(增刊): S531-S534.
- 7 李龙. 小儿腹腔镜外科的现状与展望[J]. 临床小儿外科杂志, 2007, 8(6): 1-2.
- 8 张媛, 王岩, 彭旭. 单孔法腹腔镜辅助下小儿美克尔憩室切除术探讨[J]. 临床小儿外科杂志, 2013, 12(1): 50-52.