

腹腔镜下幽门环肌切开术治疗先天性肥厚性幽门狭窄 62 例

刘 辉 钟 斌 刘红芳 吴书清 刘传荣 赖永锋

【摘要】 目的 总结腹腔镜下幽门环肌切开术治疗小儿先天性肥厚性幽门狭窄的临床经验,探讨其手术技巧和相关并发症的防治。**方法** 回顾性分析 2010 年 3 月至 2014 年 7 月本院经腹腔镜行幽门环肌切开治疗的 62 例先天性肥厚性幽门狭窄患儿临床资料。**结果** 62 例中,59 例顺利完成手术,术中 3 例幽门黏膜损伤中转开腹手术,术后 1 例并发脐部戳孔疝,经修补治愈,1 例术后仍有呕吐,行开放手术证实为肌层切开厚度不够所致。所有病例均无呕吐及肠粘连、肠梗阻等并发症发生。**结论** 腹腔镜下行幽门环肌切开术治疗小儿先天性肥厚性幽门狭窄疗效确切,术中损伤小,术后瘢痕小,但需要较高的腹腔镜操作技术。

【关键词】 腹腔镜; 幽门狭窄,肥厚性; 治疗; 儿童

Laparoscopic pyloromyotomy for congenital hypertrophic pyloric stenosis therapy: a report of 62 cases.
LIU Hui, ZHONG Bin, LIU Hong-fang, et al. Department of surgery, Women's and Children's Hospital of Ganzhou, Jiangxi Ganzhou 341000, China, Corresponding author: LIU Hui, E-mail: gzliuhui@126.com

【Abstract】 Objective To summarize the clinical experience of laparoscopic pyloromyotomy for treatment of congenital hypertrophic pyloric stenosis, and to explore the surgical skills and prevention of relevant complications. **Methods** Retrospective analysis of clinical data about 62 cases of children with congenital hypertrophic pyloric stenosis by laparoscopic pyloromyotomy from March, 2010 to July, 2014 in our hospital. **Results** 59 Cases of laparoscopic operation were successfully completed, 3 Cases of pyloric mucosa were injured and then operated by laparotomy, postoperative 1 case had umbilical hernia and cured with hole repair, 1 case of postoperative was still vomiting, then underwent open operation and confirmed myotomy thickness was not enough, all cases have no vomiting and intestinal adhesions, intestinal obstruction and other long-term complications. **Conclusion** The curative effect of laparoscopic pyloromyotomy for treating congenital hypertrophic pyloric stenosis is reliable, and less surgical trauma, little operation scar, but need higher laparoscopic operation technology.

【Key words】 Laparoscopes; Pyloric Stenosis, Hypertrophic; Therapy; Child

先天性肥厚性幽门狭窄 (congenital hypertrophic pyloric stenosis, CHPS) 是新生儿及小婴儿常见的消化道畸形,需要手术治疗。传统开放手术行幽门环肌切开创伤大,瘢痕大,并发症较多。随着腹腔镜技术的普及,该手术可在腹腔镜下完成^[1]。腹腔镜手术损伤小,愈合时间短,并发症少^[2]。本院采取腹腔镜下幽门环肌切开术治疗 62 例小儿先天性肥厚性幽门狭窄,疗效确切,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

2010 年 3 月至 2014 年 7 月我们实施腹腔镜下幽门环肌切开术治疗小儿先天性肥厚性幽门狭窄 62 例,其中男 43 例,女 19 例,年龄 12 ~ 48 d,平均 26 d,体重 3.0 ~ 6.2 kg,平均 3.5 kg。患儿术前均表现为呕吐进行性加重,呕吐物不含胆汁,伴有体重不增或降低。全部患儿术前均经超声和 (或) 上消化道造影检查明确诊断。B 超测量幽门肌层厚 4.0 ~ 5.9 mm,平均 4.8 mm;幽门管长 18 ~ 28 mm,平均 20.5 mm。

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2014.06.014
基金项目: 江西省赣州市科技局 2011 年计划课题,江西省卫生计生厅 2012 年计划课题,项目号:20123208。
作者单位: 江西省赣州市妇幼保健院 (江西省赣州市,341000), E-mail: gzliuhui@126.com,通讯作者:刘辉

二、手术方法

于脐环置入 30° 5 mm 腹腔镜, 分别于左、右上腹部穿刺 3 mm Trocar, 3 个操作孔与剑突下成一扇形, 于左侧 Trocar 置入无损伤抓钳钳夹近幽门处胃壁, 翻转暴露幽门管, 右侧 Trocar 置入 3 mm 电刀, 于幽门前壁无血管区, 自十二指肠向胃方向将幽门浆膜层及浅层肌纤维纵行切开一小口, 退出电刀, 再置入 3 mm 血管钳, 撑开幽门肌层, 撑开处长约 2.5 cm, 使幽门肌层完全分开, 黏膜膨出。然后由胃管内注入气体, 观察膨出的黏膜无破损、创面无活动性出血后, 排尽腹内气体, 拔除 Trocar, 缝闭戳孔筋膜层, 用敷料覆盖戳孔。

结 果

本组 62 例患儿顺利完成腹腔镜手术, 术中 3 例因损伤幽门黏膜中转开腹; 术后 1 例于术后第 1 天, 患儿哭闹时脐部戳孔处有少量大网膜组织脱出, 均还纳后修补脐部戳孔治愈; 术后 1 例进食后仍有呕吐, 经保守治疗无效后, 行开放手术, 证实为幽门环肌切开厚度不够, 未使黏膜完全膨出所致, 于再次手术时解决。手术时间 30 ~ 45 min, 平均 36 min。术后 6 h 拔除胃管, 开始喂奶, 3 ~ 5 d 后出院, 术后随访 18 个月, 生长发育均恢复正常, 未发现呕吐、肠粘连、肠梗阻等远期并发症。

讨 论

先天性肥厚性幽门狭窄是由于幽门环肌肥厚、增生, 使幽门管腔狭窄而引起的胃输出道不全性机械性梗阻, 是新生儿期较常见的疾病, 发病率约为 1‰~3‰^[3]。传统手术方法治疗小儿先天性肥厚性幽门狭窄对腹壁肌肉的损伤较大, 常取脐上横切口, 需要横断腹直肌, 创伤大, 术后恢复慢, 住院时间长, 术后切口疝等并发症也较腹腔镜手术多见^[4]。随着腹腔镜技术的广泛开展, 为小儿先天性肥厚性幽门狭窄的治疗提供了新的方法^[5]。采用腹腔镜治疗小儿先天性肥厚性幽门狭窄由于手术时间短, 术后进食时间早, 并发症少等优势, 逐渐被人们所接受^[2,4,6]。

本研究应用腹腔镜技术治疗小儿先天性肥厚性幽门狭窄, 手术时间 30 ~ 45 min, 平均 36 min, 3 ~

5 d 后出院, 未发现呕吐、肠粘连、肠梗阻等远期并发症。由此可见, 其在手术时间、住院时间上都明显短于传统的开放手术, 术后并发症也较少。腔镜手术与传统开腹手术的主要区别之一是操作视野由三维变为二维, 手术器械的操作通过杠杆原理实现, 镜下分离、切割、止血及缝合等技术均与开腹手术有很大区别, 这就需要术者通过日常的刻苦训练尽快掌握镜下操作技巧。此外, 术者需具备丰富的开腹幽门环肌切开术经验, 以便术中能正确评估幽门环肌的厚度及幽门管的长度, 做到镜下切割、分离幽门肌层时效果确切, 避免不必要的副损伤。初学者常常不易掌握腹腔镜技术, 先期的手术并发症也会相对较多, 因此需要有经验的医师指导^[7]。本研究中的 5 例并发症均发生在前 20 例患儿中, 当熟练程度提高后, 并发症明显降低。当然, 合理的术前评估及选择合适的患儿亦是手术成功的关键^[8]。在长期回顾性研究中, 腹腔镜手术治疗小儿先天性肥厚性幽门狭窄的并发症较传统手术少, 值得临床推广应用。

参 考 文 献

- 1 孙晓东, 李同义, 刘稳, 等. 腹腔镜手术在小儿外科的临床应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2004, 9(4): 201-211.
- 2 Scorpio RJ, Tan HL, Hutson JM. Pyloromyotomy: Comparison between laparoscopic and open surgical techniques[J]. J Laparoendosc Surg, 1995, 5(2): 81-84.
- 3 Parekar SV, Multani PV, Sanghvi BV, et al. Trocarless laparoscopic pyloromyotomy with conventional instruments: Our experience[J]. J Minim Access Surg, 2013, 9(4): 159-162.
- 4 Fujimoto T, Lane GJ, Segawa O, et al. Laparoscopic extramucosal pyloromyotomy versus open pyloromyotomy for infantile hypertrophic pyloric stenosis: Which is better? [J]. J Pediatr Surg, 1999, 34(2): 370-372.
- 5 Alain JL, Grousseau D, Terrier G. Extramucosal pyloromyotomy by laparoscopy [J]. Surg Endosc, 1991, 5(4): 174-175.
- 6 Hall NJ, Pacilli M, Eaton S, et al. Recovery after open versus laparoscopic pyloromyotomy for pyloric stenosis: a double-blind multicentre randomised controlled trial [J]. Lancet, 2009, 373(9661): 390-398.
- 7 赵晓波, 李索林, 周薇莉, 等. 腹腔镜幽门环肌切开术学习曲线的研究[J]. 临床小儿外科杂志, 2008, 7(3): 36-37.
- 8 Cuschieri A. The laparoscopic revolution walk carefully before we run [J]. J R Coll Surg Edinb, 1989, 34(6): 295.