

## • 经验交流 •

## 经肛门结肠灌洗一期治疗小儿肠套叠左半结肠坏死的体会

黄圣余 曾玉英 张清姬 林福贞 吴善苏 阮海燕 林秀银 陈勇斌

【关键词】 结肠;灌洗;肠套叠;坏死

作者于 2005 年 7 月至 2011 年 1 月收治 8 例小儿急性肠套叠伴左半结肠坏死患儿,均施行套入部与鞘部坏死的末段回肠、升、横、降结肠(或乙状结肠)切除,术中经肛门远端结肠灌洗,Ⅰ期行回-降结肠(或回-乙状结肠)吻合术,疗效满意。

## 临床资料

## 一、一般资料

8 例中,男 5 例,女 3 例,年龄 3.5 个月至 3 岁。发病至就诊时间平均 71 (54~88)h,在外院误诊为细菌性菌痢 2 例,急性坏死性小肠炎 1 例,美克尔憩室出血 2 例,过敏性紫癜 3 例。患儿入院时均表现为机械性肠梗阻、不同程度腹膜炎及中、重度休克。腹部未触及明显腊肠样包块,腹部立位平片均提示低位肠梗阻。考虑到机械性肠梗阻,肠管严重积气会影响超声检查结果,故本组病例未行 B 超检查。因病情危重未行空气灌肠诊断与复位术,而直接采用腹部螺旋 CT 检查,诊断为肠套叠伴腹腔积液。

## 二、手术方法

患儿均于入院 1~2 h 内予抗休克、纠正贫血、维持水电解质酸碱失衡等处理,病情好转后,采用气管插管静脉复合全身麻醉,取右侧经腹直肌切口进腹,见腹腔有 300~500 mL 血性腹水,套叠块位于结肠脾区 1 例,降结肠 5 例,乙状结肠 2 例,套叠肠管鞘部均见颜色暗黑,无肠管穿孔,采取缓慢手法复位术。复位完毕,见套入部与鞘部末段回肠、升、横、降结肠(或乙状结肠)有不同程度绞窄坏死倾向,予 0.5% 利多卡因行相应肠管系膜封闭及热盐水纱布包裹,热敷上述坏死倾向肠管 20~30 min,肠管颜色无转红,肠系膜终末血管无搏动,肠无蠕动,在患儿生命体征尚稳定的情况下,施行术中经肛门结肠灌洗

一期坏死肠管切除、回-降结肠吻合术(或回-乙状结肠吻合术)。先将坏死拟切除肠管系膜血管切断、结扎,在欲切除肠管近、远端各上两把 Kocher 钳,切断并移去被切除坏死肠管,近端肠管自屈氏韧带开始予充分减压(移去 Kocher 钳,开放近端肠管残端,并接弯盘盛小肠内容物)。远端降结肠(或乙状结肠)残端用 Kocher 钳钳闭暂留置,助手扩肛并接一便盆,术者用双手由近侧到远侧轻柔挤压远端降结肠(或乙状结肠)及直肠,促使残留粪便最大程度排出体外,然后自肛门缓慢插入 F25 头端带侧孔肛管,在术者引导下到达降结肠(或乙状结肠)残端,按 50~100 mL/kg 将温盐水注入肛管,反复清洗肠,直至流出灌洗液清亮为止,再将庆大霉素、甲硝唑与生理盐水混合液 100 mL 留置在肠腔内,灌洗时间约 20 min。本组患儿均一期行回-降结肠吻合(或回-乙状结肠吻合),吻合口附近放置 1 根橡胶引流管,以便观察引流液的性状,若有肠内容物样液体引出,应考虑有肠瘘,及时处理。如无肠瘘发生,引流管可在术后 7~9 d 拔出。术后麻醉未清醒时予扩肛 1 次,以利于积聚在肠管内的血液与渗液排出体外,防止血液吸收引起高热与术后腹胀。手术后 1~3 d 坚持每日早晚各扩肛 1 次,直至排出胆汁或黄色大便。术后第 2 天予周围静脉营养支持,直至肛门正常排便及拔出胃管进食为止。

## 三、结果

8 例均治愈,住院时间 10~14 d。2 例术后出现早期炎性肠梗阻,经保守治疗痊愈,1 例术后并发肺炎,经抗感染治疗痊愈。术后无一例吻合口瘘、腹腔脓肿与切口感染等。平均手术时间 155 (120~150) min,术中经肛门结肠灌洗时间 15~20 min。

## 讨 论

肠套叠是小儿外科常见急腹症,诊断治疗不及时会导致肠坏死、肠穿孔及腹膜炎等严重并发症。

当坏死肠管累及左半结肠时,传统手术方法常先行坏死肠管切除肠造瘘术,待 1~3 个月后进行二期肠造瘘还纳吻合术(回-降结肠吻合术或回-乙结肠吻合术),因为左半结肠内粪便稠厚,与其他肠段相比,细菌数量多,毒力强,近端肠壁扩张水肿,易发生肠壁血供受损,在急诊手术时未作肠道准备就行一期吻合术,吻合口漏的发生率相对较高,并发症多,手术死亡率高<sup>[1]</sup>。虽然传统分期手术在一定程度上可以提高手术安全性,但给患儿造成极大痛苦,延长住院时间,增加家庭经济负担。近年来,国内外学者认为,左半结肠癌梗阻一期切除吻合术中行结肠灌洗,不但能快速完成肠道准备,而且还能达到超过术前肠道准备的效果,使一期肠切除吻合术成为可能<sup>[2]</sup>,临床实践表明,一期切除吻合与择期手术相比,并不增加吻合口漏的发生率与死亡率<sup>[3]</sup>。作者从中得到启发,并稍加改进,自 2005 年开始对 8 例急性肠套叠累及左半结肠坏死的患儿,采用术中经肛结肠灌洗一期切除吻合术,为保证吻合口一期愈合,防止吻合口漏的发生,术前 1~2 h 内予抗休克、纠正贫血、维持水电解质酸碱平衡等处理。术中应注意以下几点:①进腹后先切除坏死肠管,减少毒素吸收,然后行近端小肠减压,使梗阻扩张的小肠口径得以回缩,远近端吻合肠管口径相差不大,肠壁血供得以改善。②由于直接开放远侧结肠残端插管灌洗,会污染手术野,增加术后吻合口漏、腹腔与切口感染,因此,作者采用不开放远侧结肠残端,嘱台下助手直接经肛门插管,进行远段结肠灌洗,并注入抗生素,从而减少了肠腔内细菌数量及腹腔污染。③吻合口应遵循“上要空、口要松、下要通”的原则<sup>[4]</sup>。④保护好结肠残端边缘动脉,吻合缝线不宜过密或

过疏。⑤关腹前要进行充分的腹腔冲洗,并在吻合口附近放置引流管。术后处理包括:①加强抗感染治疗,联合使用第三代头孢与灭滴灵。②予周围静脉营养,输入白蛋白与血浆,维持水电解质平衡,减轻吻合口水肿。③持续胃肠减压,保留腹腔引流管,术后早期扩肛,以降低肠腔内压力。

术中经肛结肠灌洗在急性肠套叠左半结肠坏死一期肠切除吻合术中应用,具有以下优点:①避免了传统的二期手术,可减轻患儿痛苦,缩短住院时间,降低住院费用。②由于没有直接开放远侧结肠残端进行插管灌洗,因而减少了腹腔与切口的污染,降低了术后腹腔脓肿、切口感染与吻合口漏等并发症的发生率。③操作简单易行,易于在基层医院推广应用。④经肛结肠灌洗所需时间不长,约 20~30 min,故对大部分急性肠套叠伴左半结肠坏死者均适用,不足之处在于危重患儿难以耐受,故对年龄小于 3 个月,体质较差,贫血与低蛋白情况严重,水电解质与酸碱平衡失调未改善,术中生命体征不稳定者不应勉强施行。

## 参考文献

- 1 陈云端,刘仁强. 结肠灌洗一期手术治疗 38 例左半结肠癌梗阻的体会[J]. 贵州医药, 2008, 32(9): 821.
- 2 戴春,谭明,耿兴荣. 左半结肠癌伴梗阻 I 期切除吻合 52 例体会[J]. 实用临床医药杂志, 2009, 13(10): 103.
- 3 梁忠炎,童紫莺,张匀,等. 以急腹症为表现的结肠癌 72 例诊疗分析[J]. 浙江临床医学, 2006, 8(5): 520.
- 4 张建民,张文忠. 左半结肠癌 36 例急性梗阻一期手术治疗[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(2): 161.

## · 消息 ·

### 欢迎订阅《国际儿科学杂志》

《国际儿科学杂志》(原刊名国外医学儿科学分册)是中华人民共和国卫生部主管,中华医学会主办的国家级儿科专业学术期刊,为中国科技论文统计源期刊,中国科技类核心期刊。曾荣获卫生部首届全国医药卫生优秀期刊二等奖、中华医学会系列杂志优秀期刊三等奖。主要栏目有综述、述评、论著等。报道内容涉及儿科各专业,是国内专门介绍国内外儿科学界最新进展的国家级医学学术期刊之一,综述为本刊特色栏目,均为国内医学院校、科研单位、研究所、教学医院的研究生导师及高年资临床医生撰写,所刊文章基本代表国内外近 10 年来,特别是近 5 年来儿科学术发展水平,为临床医生提供儿科学疾病诊治最新进展,为儿科科研人员确定科研课题提供最前沿的参考信息。杂志为大 16 开本,双月刊,单月 26 日出版,国内外公开发行,刊号为 CN21-1529/R, ISSN1673-4408。每期定价 10 元,全年 60 元。通过邮局发行,邮发代号 8-73。也可随时汇款至《国际儿科学杂志》编辑部,联系地址:沈阳市和平区三好街 36 号,邮编:110004。电话:024-23845727, 024-96615 转 13719。传真:024-23845727。E-mail:ekfcbjb@yahoo.com.cn。