

· 临床研究 ·

先天性肠闭锁 352 例诊治体会

彭 荣 杨星海 张伊凡 丁 锋 黄 姗

【摘要】 目的 探讨先天性肠闭锁、肠狭窄的临床表现、诊断方法、手术方式以及预后。**方法** 回顾性分析 2000 年 1 月至 2010 年 6 月作者收治 352 例先天性肠闭锁、肠狭窄患儿临床资料,闭锁部位:十二指肠 84 例(24%),空回肠 236 例(67%),结肠 32 例(9%)。**结果** 352 例中,治愈 320 例,治愈率 91%,死亡 12 例,20 例放弃治疗。并发症:吻合口漏 14 例(4%),粘连性肠梗阻 74 例(21%),切口感染 18 例(5%),肺炎 32 例(9%)。**结论** 先天性肠闭锁、肠狭窄诊断不难,十二指肠闭锁可在产前做出诊断,应根据临床特点选择手术方式。

【关键词】 肠闭锁/先天性;肠闭锁/外科学;治疗结果

先天性肠闭锁、肠狭窄是常见的消化道畸形,也是新生儿期肠梗阻的主要原因。作者于 2000 年 1 月至 2010 年 6 月共收治患儿 352 例,疗效较好,现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

352 例新生儿先天性肠闭锁、肠狭窄患儿中,男 192 例,女 160 例;早产儿 70 例;就诊时体重 1.2 ~ 3.6 kg,平均体重 2.42 kg。闭锁或狭窄部位:十二指肠 84 例(24%),空回肠 236 例(67%),结肠 32 例(9%)。分型:I 型 155 例,II 型 109 例,IIIa 型 42 例,IIIb 型 31 例,IV 型 15 例。产前 B 超诊断 106 例,其中 70 例为十二指肠闭锁。临床表现:352 例均有不同程度呕吐或胃肠引流量增多;腹胀 279 例,空回肠、结肠闭锁患儿均有全腹胀,73 例十二指肠闭锁患儿有上腹胀;全部病例均无正常胎便排出。影像学检查:双泡征 76 例,均为十二指肠闭锁,阶梯状液平面 252 例;肠闭锁引起的完全性肠梗阻患儿无上消化道造影指征。下消化道造影提示细小结肠 188 例,术中证实 32 例结肠闭锁患儿影像学检查有结肠中断表现。合并畸形:唐氏综合征(Down 综合征)21 例,腹裂 30 例,脐膨出 3 例,心血管畸形 36 例,泌尿系畸形 18 例。

二、手术方式

84 例十二指肠闭锁中,76 例(90%)行近端横

切、远端纵切旁路吻合术(菱形吻合),8 例(9%)行瓣膜切除术。236 例空回肠闭锁或狭窄中,208 例(88%)行肠切除肠吻合术,吻合方法均为端背吻合。28 例(12%)因肠穿孔、腹腔感染严重行肠造口术。32 例结肠闭锁均一期行肠切除肠吻合术。

结 果

352 例中,320 例(91%)治愈,12 例(3%)死亡,其中 3 例死于吻合口漏,均为十二指肠闭锁患儿;3 例死于肠穿孔引起的败血症;2 例死于重症肺炎;4 例死于严重心血管畸形。20 例放弃治疗出院。术后并发症:吻合口漏 14 例(4%),粘连性肠梗阻 74 例(21%),切口感染 18 例(5%),肺炎 32 例(9%),均经相应治疗获痊愈。

讨 论

肠闭锁是引起新生儿肠梗阻的主要原因,由于梗阻的部位不同,其发病机制、临床表现、诊断、手术方式及预后各异。目前关于肠闭锁的发病机制,主要有两种理论,一种是胎儿期肠管再空化障碍,另一种是胎儿期肠管某部分发生血运障碍。前者用来解释十二指肠闭锁的病因,后者被认为是空回肠闭锁及结肠闭锁的发病原因^[1]。

肠闭锁临床表现为胆汁性呕吐、腹胀及胎便排出异常,而十二指肠闭锁由于梗阻位置较高,一般无明显腹胀。产前超声检查技术的提高,使肠闭锁的产前诊断率有了明显提高。但这主要是指对十二指肠闭锁的诊断,因为胎儿的低位肠梗阻缺乏特异性

超声征象。十二指肠闭锁的超声征象包括羊水过多、胃泡及十二指肠扩张。本组病例中,106 例产前 B 超提示有肠梗阻,其中 70 例为十二指肠闭锁,占绝大多数。有研究表明,产前诊断可以缩短住院时间,减少术前内环境紊乱的发生^[2]。

肠闭锁的术前治疗包括胃肠减压,纠正水电解质失衡。与空回肠及结肠闭锁相比,十二指肠闭锁合并心脏及泌尿系畸形的几率较高,20%~25% 的十二指肠闭锁同时存在唐氏综合征^[3]。本组 21 例唐氏综合征中,15 例为十二指肠闭锁,占 21%。

肠闭锁的手术方式由几方面因素决定,包括闭锁的部位、病理类型和腹腔污染程度。大多数情况下,十二指肠与十二指肠吻合术即将梗阻近端和远端肠管吻合是最好的矫治术。十二指肠闭锁多采用近段横切、远端纵切侧侧吻合术(菱形吻合)^[4]。近端的横行切口和远端纵切口应有 1~2 cm 长,以保证足够宽的吻合口。菱形吻合是通过先置缝线将各切口的中点与另一个切口的终点对合完成,置缝线时应预先在后壁打结于腔内,前壁打结于腔外。通过二分法吻合后壁以保证缝线之间距离相等和吻合口接合良好。之后以相同方式完成吻合口前面部分。本组 84 例十二指肠闭锁中,76 例行该术式,其中 8 例出现吻合口漏,其余病例未出现与该术式相关的并发症。而对于十二指肠膜状闭锁,可采取十二指肠切开、瓣膜切除的方式。切开部位和打开方向应适合将来可能进行的旁路手术,术中要明确十二指肠乳头的位置,可根据挤压胆囊后胆汁流出的部位加以判断。如果瓣膜附着于十二指肠乳头附近,可保留此处的瓣膜,以避免损伤十二指肠乳头^[5],本组 8 例行该手术方式,均未出现十二指肠乳头损伤。

空回肠闭锁的手术方式视术中探查情况而定。如果估计剩余肠管长度不至于导致短肠综合征,则需切除足够长的近端扩张肠管(15~20 cm),否则术后会出现动力性肠梗阻^[6]。本组 236 例空回肠闭锁按此方式切除肠管,吻合方式为端背吻合,效果良好,5 例出现吻合口漏,经再次手术获痊愈,未出现吻合口梗阻。目前对于空回肠闭锁合并腹裂的手术方式存有争议,因为大多数无法在一次手术中同时解决两种畸形,争议主要在于两种畸形的解决孰先孰后、以及先做造口还是一期吻合。Synder^[7] 等认为少数患儿可以同时纠正两种畸形;如不能同时纠正,则先行腹裂修补(包括一期修补以及 Silo 袋二期修补),再行闭锁肠管切除吻合,尽量不做肠造口

术,本组有 30 例合并腹裂,均为空回肠闭锁,其中 16 例腹裂较小,行腹裂修补及闭锁肠管切除吻合术;14 例腹裂较大,先行 Silo 袋悬吊,不处理肠闭锁,期间行静脉营养,待二期修补腹裂时,再行肠切除吻合术,30 例均痊愈,未出现肠穿孔以及切口裂开,仅 2 例出现粘连性肠梗阻。

对于结肠闭锁的手术方式,过去主要根据闭锁的部位决定。如果闭锁位于脾曲近端,则行一期吻合;如果位于脾曲远端,则行肠造口、二期吻合^[8]。近年来研究表明,不论闭锁位于脾曲近端还是远端,都可行一期吻合^[9]。但术中应行结肠肠壁快速冰冻活检,了解肠壁神经节细胞的情况,排除合并先天性巨结肠的可能。本组 32 例结肠闭锁中,22 例位于脾曲近端,10 例位于脾曲远端,均行一期吻合,未出现吻合口漏,因此,作者认为结肠闭锁的部位并不影响手术方式的选择。手术方式应根据闭锁的部位、类型、病理生理以及合并畸形作出选择。

参考文献

- 1 Louw JH, Barnard CN. Congenital intestinal atresia: observations on its origin[J]. Lancet, 1955, 2: 1065-1067.
- 2 Choudhry MS, Rahman N, Boyd P, et al. Duodenal atresia: associated anomalies, prenatal diagnosis and outcome[J]. Pediatr Surg Int, 2009, 25: 727-730.
- 3 Stollman TH, de Blaauw I, Wijnen MH, van der Staak FH, Rieu PN, Draaisma JM, Wijnen RM. Decreased mortality but increased morbidity in neonates with jejunoileal atresia: a study of 114 cases over a 34-year period[J]. J Pediatr Surg, 2009, 44: 217-221.
- 4 Mustafawi AR, Hassan ME. Congenital duodenal obstruction in children: a decade's experience[J]. Eur J Pediatr Surg, 2008, 18: 93-97.
- 5 Rowe MI, Buckner D, Clatworthy HW Jr. Windsock web of the duodenum[J]. Am J Surg, 1968, 116: 444-449.
- 6 王果, 李振东. 小儿外科手术学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 463.
- 7 Kronfli R, Bradnock TJ, Sabharwal A. Intestinal atresia in association with gastroschisis: a 26-year review[J]. Pediatr Surg Int, 2010, 26: 891-894.
- 8 Haxhija EQ, Schalamon J, Höllwarth ME. Management of isolated and associated colonic atresia[J]. Pediatr Surg Int, 2011, 27: 411-416.
- 9 Dassinger M, Jackson R, Smith S. Management of colonic atresia with primary resection and anastomosis[J]. Pediatr Surg Int, 2009, 25: 579-582.