

• 经验交流 •

肠闭锁产前诊断与产后诊疗 21 例体会

李光源 李婉冰 高梅玲

【关键词】 产前诊断;肠闭锁;治疗

先天性肠闭锁是新生儿肠梗阻的常见原因,发病率约为 1 500 ~ 40 000:1,男性略多于女性^[1],过去有较高的死亡率。作者自 2003 年 3 月~2011 年 9 月收治获产前诊断的 21 例先天性肠闭锁新生儿,出生后即早期手术治疗,取得了满意疗效。

临床资料

一、产前诊断

本组 21 例出生前诊断为先天性小肠闭锁,超声检查发现 19 例胎儿腹腔内见多个明显扩张的充液肠环回声,肠径 25 ~ 42 mm;2 例十二指肠闭锁患儿显示自胃至十二指肠有一扩张的长形液性暗区。其中 1 例孕 24 周 B 超未提示肠闭锁,于孕 36 周超声检查发现有肠管局限性扩张,提示肠闭锁。均于出生后即转入小儿外科。孕妇年龄最大 43 岁,最小 25 岁,平均 36.5 岁;超声诊断胎龄最大 38 周,最小 28 周,平均 32 周;均为单胎,第 1 胎 4 例,第 2 胎 12 例,第三胎 5 例。

二、术前检查、诊断与手术指征

本组患儿于出生前和母亲等充分沟通,出生后即转小儿外科。出生时平均体重(2.6 ± 1.0) kg。其中 1 例十二指肠闭锁患儿体重 1.6 kg,家属放弃治疗。1 例产前 24 周 B 超未提示肠闭锁,36 周超声检查发现有肠管局限性扩张,提示肠闭锁,出生后予观察、开塞露刺激排便,排出胎粪,排除肠闭锁的诊断。其余 19 例患儿出生当日常规采血、备血、拍摄胸片、肝胆脾胰心脏超声检查等术前常规检查;禁食、留置胃管及尿管;建立静脉通道;行 20% 泛影葡胺经胃管注入造影和经肛门注入造影,19 例患儿均显示扩张胃、小肠和幼稚型结肠。诊断明确,与超声检查一致。

三、病理类型、手术方式及注意事项

本组均在出生后 24 h 内手术治疗,手术探查结果:十二指肠闭锁 1 例;空回肠闭锁 18 例:I 型 1 例,II 型 6 例,IIIa 型 10 例,IV 型 1 例。肠切除、吻合所有操作均不用肠钳,用 3-0 或 4-0 可吸收线单层吻合,视情况加强。1 例十二指肠闭锁行菱形吻合;小肠闭锁随机分两组:小肠裁剪式吻合组 8 例,端斜式吻合组 10 例。端斜式肠吻合术:术中切除近端扩张的盲袋长度约 10 ~ 15 cm 左右,切除远端盲袋 2 ~ 5 cm,将远端肠管开口系膜对缘的肠壁劈开与近端肠管口径大小一致,行单层吻合;裁剪式肠吻合术:盲端切除相同,将近端肠管修剪成截圆锥状、开口略大于远端肠管口径,远端肠管斜 45° 剪裁,使口径大于肠管直径,行单层端端吻合。

四、术后处理与结果

术后放置温箱,保留胃管,常规给予抗菌药物预防感染,予静脉营养至胃肠功能恢复逐渐减量。术后第 3 天开塞露刺激通便,胃管注入四磨汤等。治愈 19 例,手术治愈率 100%,随访生长发育均正常。裁剪式吻合组和端斜式吻合组对比排便、进食时间、住院时间,差异无统计学意义(表 1)。1 例于小肠造瘘术后 5 个月行二期肠吻合,1 例术后留置针处有脓性分泌物,经局部处理后痊愈。2 例并发呼吸道感染。无吻合口梗阻、瘘,腹腔感染、切口裂开等并发症。

表 1 两组排便、开始进食时间、住院时间对比

组别	n	肛门排便时间	开始进食时间	住院时间
裁剪式吻合组	8	5.22 ± 1.65	7.82 ± 1.65	14.71 ± 3.65
端斜式吻合组	10	5.30 ± 2.10	7.68 ± 1.82	15.12 ± 3.52
P 值		>0.05	>0.05	>0.05

讨 论

先天性肠闭锁的发病机制可能与胚胎发育期小肠再度空化不全、机械意外包括血管闭塞、循环障碍

等有关^[1]。是新生儿肠梗阻常见的原因。过去先天性肠闭锁死亡率高,各型的病死率从 70 年代的 50% 降至近 10 年的 27.5%,随着诊断(包括产前诊断)技术和设备的发展,新生儿外科、麻醉、新生儿重症监护和静脉营养支持等各方面的发展和进步,肠闭锁的诊断和治疗的水平也逐步提高,死亡率显著下降。从闭锁发生的部位来看,闭锁位置越高,病死率越高^[2]。手术是唯一有效的治疗方法,早期诊断是提高治愈率的关键。本组治疗取得满意效果,取决于产前诊断、产后及时手术以及患儿内环境稳定的结果。

影响肠闭锁患儿存活的主要因素为术后肠梗阻、术后并发吻合口漏、感染等。这些因素可通过早期诊治、精细操作、完善的静脉营养克服。因手术越早,术后发生感染的机会越少,康复的机会越多。新生儿近端扩张肠管壁弹性血运差,远端肠管细小,因此吻合时须轻柔、细致;细针细线;针距边距不要大,单层吻合,不过多内翻,是防止吻合口梗阻和漏的关键。本组无一例出现吻合口梗阻、漏,腹腔感染、切口裂开,说明了产前诊断、严格手术操作以及静脉营养等术后管理的重要性。对早发现者,反复沟通使家属对治疗充分认知:如术后胃肠功能恢复时间相对较长,静脉营养时间长,费用较大。经胃管造影、经肛门造影证实诊断,避免误诊。值得一提的是大多肠闭锁可自主或用开塞露刺激排出灰白色“胎便”,对无经验者易误认为胎粪。

产前超声检查对肠闭锁诊断有较大价值,产前诊断的患儿均于出生后 24 h 内手术并获治愈,与文献报道一致^[3]。本院开展产房外科绿色通道,对产前诊断的畸形儿进行登记,建立产房外科绿色通道,是畸形儿出生后得以早期诊治。产前彩色超声检查有其特征性表现,且无创、可反复进行,诊断符合率高。亦可动态观察肠蠕动情况^[4]。本组病例均为产前超声诊断,除 1 例不典型外,典型者均经手术证实。因此,对不典型者,观察和消化道造影显得非常重要。

肠闭锁手术以一期肠吻合为首选,除非条件不

允许。本组早期 1 例回盲部回肠闭锁患儿,于小肠造瘘术后 5 个月行二期肠吻合,期间大便的护理给家长和患儿造成了极大的痛苦,以至于二期手术因造瘘口周围皮肤湿疹、红肿反复推后。小肠吻合的方式:裁剪式吻合和端斜式吻合对比,其排便、进食时间、住院时间,无显著差异。但余家康等观察端斜式组和改良裁剪式组比较,改良裁剪式组术后开始进食时间和总住院时间明显优于端斜式组($P < 0.05$)^[5]。作者认为:裁剪增加了小肠缝合的长度和损伤,而不能增加吻合口的口径和近端肠动力。而端斜式不需增加肠管的损伤,吻合口可以更大。近端扩张肠管切除的长度,本组病例切除约 10 ~ 15 cm,但作者认为不必切除过长,甚至可以少切除。因低位闭锁扩张的肠管过长,过多切除势必造成小肠的有效长度缩短。作者观察有多例患儿近端肠管扩张明显,切除的长度也是 10 cm,而术后肠功能恢复时间无明显差异,因而重要的是尽量排空近端小肠胎粪,术后有效的胃肠减压使胃肠道得以充分的休息,以利其功能恢复。

总之,加强产前诊断,评估患儿,及早手术;精细手术、完善术后管理是患儿康复的重要保障。不放弃的救治意识,得力的应急抢救措施是治愈的关键。

参考文献

- 1 李正,王慧贞,吉士俊.实用小儿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:702-711.
- 2 郭卫红,陈永卫,侯大为,等.先天性肠闭锁病死率 40 年回顾性分析[J].中华小儿外科杂志,2011. 32(6):435-436.
- 3 张生,金先庆,李晓庆,等.先天性肠闭锁、肠狭窄 120 例临床分析[J].临床小儿外科杂志,2011. 10(4):273-276.
- 4 蒋健穗,梁彪.胎儿小肠闭锁的超声表现及临床意义[J].广西医科大学报. 2005. 22(1):102.
- 5 余家康,钟微,夏慧敏,等.端斜式和改良裁剪式肠吻合术治疗先天性肠闭锁 84 例[J].临床小儿外科杂志,2006. 5(6):417.