

14 例小儿乙状结肠冗长症手术治疗分析



刘永东 胡 强 李俊峰 高希峰

【摘要】 目的 总结小儿乙状结肠冗长症的诊断、治疗、疗效及短期随访经验。**方法** 2005 年至 2012 年我们收治 17 例乙状结肠冗长症患者,其中经手术治疗 14 例,保守治疗 3 例。回顾性分析 14 例手术治疗患儿临床资料。**结果** 14 例手术治疗患儿中,13 例行经肛门结肠拖出术,1 例行经腹 Soave 术。术后随访 8 例,最短半年,最长 4 年,均无吻合口瘘、吻合口狭窄及便秘等并发症。3 例行药物、灌肠、饮食疗法等保守治疗 6 个月,症状好转,2~3 d 排便一次。**结论** 小儿乙状结肠冗长症的诊断主要依据临床表现及钡灌肠检查,确诊后应积极临床治疗。首选保守治疗,但症状改善缓慢,保守治疗无效或效果不满意者宜转手术治疗,手术首选经肛门结肠拖出术,损伤小,恢复快,无瘢痕,疗效明显。

【关键词】 结肠,乙状; 外科手术; 诊断; 治疗; 儿童

乙状结肠冗长症系乙状结肠长度超过正常范围,达 40~60 cm 者,是引起小儿慢性便秘的主要原因之一^[1,2]。长期便秘会影响小儿生长发育,需积极治疗。2005~2012 年我们共收治小儿乙状结肠冗长症 17 例(经钡灌肠检查确诊),其中 3 例经保守治疗好转,14 例保守治疗无效后改手术治疗,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

17 例患儿中,男 13 例,女 4 例。经手术治疗 14 例,患儿年龄 1~9 岁,平均 5 岁;病程 4 个月至 4 年,平均 2.3 年。诊断主要依靠临床表现及钡灌肠检查结果。

临床表现^[1]: 主要症状是慢性便秘,伴腹痛及腹胀,排便周期长达 3 d 以上,部分患儿不能自发排便,需灌肠后才能排便。患儿出现症状最早为 8 个月,多数为 2 岁以后出现便秘;排便周期多为 3~5 d,最长 12 d,需开塞露或灌肠协助排便。伴间歇性下腹疼痛 3 例,体检仅 1 例伴轻微腹胀,肛门指检无爆破性排气排便。

钡灌肠检查: 乙状结肠长度超过正常标准(表 1),达 40~60 cm 者均称乙状结肠冗长^[9]。14 例乙

状结肠长度均超过标准长度 15~35 cm,平均 24 cm;24 小时残余钡检查提示:4 例钡剂潴留,均为降结肠及以下。降结肠及乙状结肠扩张 1 例。

二、治疗方法

保守治疗方法,即饮食调节,开塞露保留灌肠,扩肛,口服缓泻剂,温盐水灌肠。经保守治疗无效或疗效不满意,转手术治疗。其中 1 例因经肛门结肠拖出困难,中转开腹行经腹 Soave 手术,协助结肠拖出。

手术方法: 术前准备与先天性巨结肠经肛门一期结肠拖出术相同,术前肠道准备 2 周,患儿均采用气管内插管全身麻醉。操作过程:①患儿取截石位,扩肛,用针式电刀于直肠后壁齿状线上方 0.5 cm 及前壁齿状线上方 2 cm 处环形切开直肠黏膜一周,保留直肠肌鞘,分离黏膜及黏膜下层约 8~10 cm,到达腹膜返折处水平全层切开直肠;②于直视下沿肠管系膜缘分离,用电刀切断系膜血管,游离直肠、乙状结肠。根据术前钡灌肠测得乙状结肠长度,将扩张肥厚过长的乙状结肠拖出肛门至正常肠管处并切除;③用“0”号丝线间断全层缝合远端肠管与直肠黏膜及部分黏膜下组织,吻合口呈斜形,插入肛管并妥善固定。

结 果

14 例手术治疗患儿中,13 例经肛结肠拖出术治疗,术后 1 d 拔出肛管,最早 6 h 内排气,2 d 内均排气排便,2~3 d 开始进流食。1 例行经腹 Soave 术式治疗,术后 1 d 拔出肛管,术后 3 d 经肛门排气、开塞露保留灌肠后排便,4 d 后开始进流质饮食。术

中切除肠管 17 ~ 38 cm (平均 26 cm)。

14 例患儿中, 12 例行病理检查, 2 例肠壁正常, 10 例肌间神经丛减少。14 例常规术后 12 d 预防性扩肛并出院, 持续扩肛 4 个月 (前 3 个月扩肛 1 次/天, 每次 5 ~ 10 min 或 2 次/天, 每次 1 min, 后 1 个月每 3 d 1 次)。其中, 1 例术后 1 个月每日排稀便 4 ~ 6 次; 13 例行钡灌肠检查未见肠管扩张, 24 h 无钡剂潴留, 术后 4 个月每日排便 3 ~ 5 次, 半年后每日排便 1 ~ 3 次。术后有 8 例获较长随访, 最短半年, 最长 4 年, 均无吻合口瘘、狭窄及便秘等并发症。

讨 论

乙状结肠冗长症是小儿便秘的常见原因之一 (占 25.3%), 乙状结肠长度超过正常范围 (1 岁以内平均 21.8 cm, 2 ~ 5 岁平均 29 cm, 6 ~ 10 岁平均 33 cm), 长度达 40 ~ 60 cm 者, 称为乙状结肠冗长^[2]。乙状结肠冗长一般不引起临床症状, 部分因潴留大量粪便导致便秘而就诊。本组 3 例患儿有间歇性腹痛, 可能因大便潴留达 3 ~ 4 d, 乙状结肠上方的降结肠蠕动亢进, 潴留粪便的乙状结肠痉挛而引起^[2]; 亦可能是因慢性非典型肠扭转导致^[3]。Sonia Salas 等^[4]研究 63 例乙状结肠扭转的患儿, 发现 14.6% 存在乙状结肠冗长, 其长期便秘及肠管扩张是诱发乙状结肠扭转的首要因素。我们认为对保守治疗无效的乙状结肠冗长症患者应积极手术治疗。

本组有 12 例行病理检查, 结果显示 2 例肠壁正常, 10 例肌间神经丛减少。王夫^[1]认为乙状结肠冗长所致慢性便秘, 可能有两个原因: 一为原发 (先天性巨结肠同源病); 一为继发 (单纯冗长)。术后 1 个月有 10 例复查 24 小时钡灌肠无钡剂残余。J. M. Wheatley 等^[5]检查 100 例顽固性便秘患儿, 结果显示超过 80% 的患儿为慢传输便秘 (STC), 减慢了约 80%, 6% 有肠神经元发育异常 (IND)。Yee Ian Yik 等^[6]检查 626 名慢性顽固性便秘 (保守治疗 2 年以上无效果) 儿童, 结果显示 STC 占 51.4%; 乙状结肠冗长为 5.1%, 占 STC 的 4%。以上研究表明

乙状结肠冗长可能与 STC 有因果关系。由此推断以上 3 例可能为单纯冗长伴 STC。

乙状结肠冗长症的治疗包括保守治疗和手术治疗。本组 14 例均在保守治疗 3 个月后无效或效果不满意而转手术治疗。自 1998 年 Torre 等^[7]首先报道应用 Soave 术, 经肛门一期结肠拖出根治婴儿先天性巨结肠后, 很快国内外一些学者做了类似尝试, 并逐渐被推广应用^[8]。我们尝试采用该方法治疗乙状结肠冗长症 14 例, 术后随访 1 个月, 每日排稀便 4 ~ 6 次, 术后 4 个月每日排便 3 ~ 5 次, 半年后每日排便 1 ~ 3 次, 疗效确切。经肛门 Soave 手术因全部操作在腹腔外实施, 避免了经腹、盆腔分离, 腔内损伤小, 无污染, 术后腹、盆腔感染与肠粘连的发生率明显降低, 损伤小, 术后进食早, 恢复快, 花费少、腹部无瘢痕, 效果明显。

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: 830-833.
- 2 王果, 李振东. 小儿肛肠外科学 [M]. 郑州: 中原农民出版社, 1999: 643-647.
- 3 王果, 李振东. 小儿肛肠外科学 [M]. 郑州: 中原农民出版社, 1999: 594.
- 4 Sonia Salas, Carlos A Angel, Nilson Salas. Sigmoid Volvulus in Children and adolescents [J]. Journal of the American College of Surgeons, 2000: 717-723.
- 5 Wheatley J. M., Hutson J. M., Chow C. W. Slow - Transit Constipation in Childhood [J]. Journal of Pediatric Surgery, Vol 34, No 5 (May), 1999, 134 (5): 829-833.
- 6 Yee Ian Yik, David J. Cook, Duncan M. Veysey. How common is colonic elongation in children with slow - transit constipation or anorectal retention? [J]. Journal of Pediatric Surgery, 2012, 47: 1414-1420.
- 7 Torre DL, Ortega-salgado JA, Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease [J]. J Pediatr Surg, 1998, 33: 1283-1286.
- 8 高亚, 李恭才, 张宪生. 经肛门一期 Soave 巨结肠根治术 15 例报告. 中华小儿外科杂志, 2001, 22 (1): 21-22
- 9 许芝林, 王强, 李琰, 等. 乙状结肠冗长症的术式选择探讨 [J]. 临床小儿外科杂志, 2010, 9 (06): 432.

(上接第 342 页)

- 4 刘伟国, 杨小锋. 神经外科危急重症诊治指南 [M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2006: 150.
- 5 林又诚, 严国风, 黄陈铭. 小儿颅骨缺损早期修复治疗的探讨 [J]. 中国临床神经外科杂志, 2006, 11 (3): 168.
- 6 顾应江, 刘亮, 李昊, 等. 计算机辅助设计颅骨缺损成型技术在修复治疗中的应用 [J]. 中国组织工程研究与临床康

复, 2007, 11 (35): 6893.

- 7 赵贺庆, 赵红兵. 颅骨修补成形术对神经功能恢复的探讨 [J]. 山西医药杂志, 2004, 33 (6): 526-527.
- 8 张春阳, 王飞, 石瑞成, 等. 钛板支架自体骨移植颅骨缺损再造成型术 [J]. 中华神经外科杂志, 2006, 22 (2): 114-115.