

经肛门结肠拖出术治疗小儿先天性巨结肠 ——附 57 例报告

刘宝富 黄柳明 刘钢 王淑芹 王平

北京大学第一医院小儿外科(北京 100034)

【摘要】 目的 探讨单纯经肛门结肠拖出术治疗小儿先天性巨结肠的可行性。 方法 2001 年 7 月~2002 年 5 月 57 例巨结肠患儿行经肛门结肠拖出术。 结果 53 例顺利完成单纯经肛门结肠拖出术,手术时间(1~2)小时,平均 1.5 小时,出血 5ml~10ml。51 例术后 1 天开始自行排便、进食,2 例术后 3 天予开塞露灌肠后排便。4 例长段型巨结肠,病变累及横结肠,在腹腔镜辅助下完成,手术时间(2~3.5)小时,平均 3 小时,术后(2~3)天开始排便、进食。随访(2~9)月 57 例患儿排便功能均正常良好。 结论 单纯经肛门结肠拖出术根治治疗小儿先天性巨结肠可行,此术式损伤小、出血少、术后恢复快、住院时间短,术后排便功能恢复良好。

【关键词】 先天性巨结肠 经肛门结肠拖出术

中图分类号 R726.156.9

文献标识 :A

文章编号 :1009-6604(2003)01-0011-02

Transanal colon pull-through operation for the treatment of Hirschsprung's disease in children Liu Baofu, Huang Liuming, Liu Gang, et al. Department of Pediatric Surgery, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China

【Abstract】 Objective To explore the feasibility of simple transanal colon pull-through operation in the management of Hirschsprung's disease(HD) in children. **Methods** 57 case of HD were performed by transanal macrocolon pull-through operation from July 2001 to May 2002. **Results** 53 cases underwent simple transanal colon pull-through operation successfully. The mean operative time was 1.5h(1h~2h) and blood loss was 5ml~10ml. Dejection and food taking recovered at the first day after operation in 51 patients; dejection recovered at the third day after operation in 2 patients. 4 patients with long segmental macrocolon, implicated in transverse colon, were operated on by laparoscope-assisted surgery, and they began to defecate and take food in 2d~3d postoperatively. The mean operative time was 3h(2h~3.5h). 57 cases had been followed up for(2~9)months, and their dejection function recovered well. **Conclusions** It is feasible to treat HD in children through simple transanal colon pull-through operation. The method has the advantages of minimal invasion, less bleeding, quicker recovery, shorter hospital stay and good recovery of dejection function.

【Key words】 Hirschsprung's disease(HD) Transanal colon pull-through operation

先天性巨结肠(Hirschsprung's disease, HD)有多种开腹术式,但对患儿的打击均较大,易引起腹腔内感染、切口感染、术后肠粘连、肠梗阻等并发症^[1,2],婴幼儿不易耐受,使手术年龄偏大。随着微创外科的发展,腹腔镜技术的介入,使手术年龄有所提前,但腹腔镜手术一般需要全麻及气腹,对患儿仍有较大的打击。2001 年 7 月~2002 年 5 月,我院应用单纯经肛门结肠拖出术对 57 例巨结肠患儿行根治术,取得良好疗效。现报道如下。

临床资料与方法

一、一般资料 本组 57 例,39 例,女 18 例。年龄 1 月~12 岁,平均 1.6 岁。所有病例术前经钡灌肠和肛门直肠测压检查确诊,其中短段-常见型 53 例,长段型 4 例。53 例短段-常见型行单纯经肛门结肠拖出术完成巨结肠根治,4 例长段型巨结肠,其中 1 例因先天性肛门闭锁曾行会阴肛门成形术,在腹腔镜辅助下完成经肛门结肠拖出巨结肠根治术。

二、方法 采用联合骶管麻醉与气管插管复合麻醉。患

儿取臀部垫高截石位。用手指轻柔扩张肛门,肛门皮肤粘膜交界处用 1 号线呈放射状缝合牵引固定在臀部皮肤上,暴露直肠内粘膜。于齿状线水平环形切开,沿直肠肌层向上分离(图 1),切除部分直肠内括约肌后壁,分离至腹膜反折处,于直肠前方切开腹膜,向两侧延伸,贴近直肠切断直肠后方的系膜,此时直肠已完全游离,将直肠向外牵引拖出结肠,边贴近肠壁结扎系膜血管边切断结肠系膜(图 2),逐渐拖出痉挛段、移行段、扩张段结肠,直至肠管宽度恢复至正常宽度(图 3),判断困难时可取近端肠壁组织送冰冻病理了解神经节细胞缺如或变性情况。将拖出的肠管切断,用 5/0~6/0 可吸收缝线全层将结肠、粘膜、肌层缝合至齿状线粘膜上。用手将膨出的部分肠管还纳入肛门,肛门内留置一肛管协助术后排气,完成手术。本组 4 例长段型巨结肠,在腹腔镜辅助下行经肛门巨结肠根治术。

结 果

53 例顺利完成单纯经肛门巨结肠根治术,出血 5ml~



图1 沿齿状线水平环形切开。



图2 直肠完全游离,将直肠向外牵引
拖出结肠。

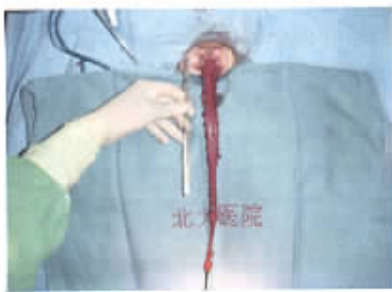


图3 拖出病变肠管可见正常肠管。

10ml 患儿术中及术后均未输血,手术时间 1 小时~2 小时,平均 1.5 小时。51 例患儿术后(1~2)天开始自行排便、进食 2 例术后 3 天予开塞露灌肠后排便,开始进食。4 例腹腔镜辅助经肛门结肠拖出巨结肠根治术,手术时间 2 小时~3.5 小时,平均 3 小时,术后(2~3)天开始排便、进食。所有病例进食后均无腹胀、呕吐症状。术后住院 4 天~10 天,平均 5.8 天。全部病例术后 2 周开始扩肛,无排便困难。17 例术后早期有污粪现象,术后 1 月症状均消失,无合并肺炎或伤口感染发生。全部病例均得到随访,时间 2 月~10 月,无排便困难或便秘。

讨 论

随着对先天性巨结肠病因的进一步认识及手术技能和设备的不断更新,近年来对此病的治疗越来越趋向于早期和一次性手术根治。1998 年 De-la Torre-Mondragon 等^[3]首次报道单纯经肛门结肠拖出术治疗 5 例先天性巨结肠获得成功。单纯经肛门结肠拖出巨结肠根治术与传统的开腹手术及腹腔镜手术相比较,我们有如下体会。

单纯经肛门结肠拖出巨结肠根治术技术要点:1. 切口要在齿状线下有粘膜的肛管内,避免术后皮肤瘢痕挛缩致肛门狭窄,排便困难。2. 分离肛管及直肠时不要将粘膜层打破,以免肠液渗入创面引起术后感染导致手术失败,万一打破粘膜要及时妥善修补封闭肠壁漏孔。3. 离断系膜游离肠

管时最好先结扎好系膜血管再予切断血管和组织,以免血管回缩入腹腔造成出血,一旦出血很难找到出血点。4. 拖出的结肠一定要包括全部病变段肠管并予以切除,以免术后仍有巨结肠发生造成排便困难。5. 必须切除部分直肠肌鞘后壁,避免术后肌鞘挛缩致成形的直肠狭窄。6. 拖出直肠、结肠过程中注意保持肠管原始方向,避免肠管扭转造成肠管血运障碍或术后排便困难。7. 切除肠管范围应超过扩张段,术中多可以目测辨别,如果判断切除范围存在困难,术中快速冰冻病理检查有助于判断切除范围。

传统的开腹手术创伤相对大,术中失血多,新生儿常不易耐受,致使手术年龄偏大。既往我科对于新生儿期诊断巨结肠的患儿常以洗肠等手段维持至年龄满 3 月再行手术治疗,一方面增加患儿的病程,同时也使肠管扩张程度增加,增加手术难度,也增加术后肠粘连、肠梗阻的机会。单纯经肛门结肠拖出巨结肠根治术由于避免开腹,术中出血少,本组病例均未输血,对非病变段肠管及腹腔内脏器无任何刺激,对肠功能的影响小,本组所有病例均术后(1~3)天排气、排便,进食后无呕吐腹胀发生,同时减少术后肠粘连、肠梗阻发生的机会。该术式肠管近侧断端直接吻合于齿状线,避免以往环钳的放置给患儿带来的痛苦和护理上的麻烦,减少吻合口瘘及术后吻合口闸门等并发症的发生。因手术对括约肌无损伤,从而既保证控制排便功能,同时又解决术后长期污粪的问题^[3]。本法由于创伤小,术后恢复快,早期即可开始进食,缩短住院天数,也降低医疗费用。腹腔镜辅助下巨结肠根治术仍需要全麻插管和气腹,对患儿的创伤仍较大,术后合并呼吸道感染的机会增加,腹部需置 Trocar,术后遗留瘢痕,而且因部分手术操作在腹腔内进行,仍存在术后粘连性肠梗阻的可能性,另外腹腔镜设备及手术费用均较昂贵,也在一定程度上限制该术式的应用。

对于长段型病变,单纯经肛门手术较为困难,病变肠段不易完全切除,借助腹腔镜在腹腔内游离较为安全。本组 4 例长段型病变均在腹腔镜辅助下完成。本术式视野较小,处理系膜时有血管回缩造成不可控制出血的危险,因而操作时必须非常小心。随访观察本组患儿术后无手术并发症发生。

对于短段-常见型巨结肠的病例行单纯经肛门结肠拖出巨结肠根治术对患儿打击小、创伤小,术后恢复快,术后排便功能良好,手术并发症少,住院费用低、术后易护理。在熟练掌握该术式的情况下,长段型巨结肠的治疗亦可使用,必要时可以借助腹腔镜的辅助。

参 考 文 献

- 1 易军,蒋嘉萍,李涛,等. 非开腹式经肛门结肠拖出术治疗小儿先天性巨结肠症. 中华小儿外科杂志 2001 5:265-266.
- 2 Joseph T. Problem and pitfalls in the management of Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg, 1988, 23:398.
- 3 De-la-Torre-Mondragon L, Ortega-Salgado JA. Transanal engorectal pull-through for Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg, 1998, 33:1283-1286.

(2002-11-22 收稿)

(2003-01-08 修回)