

腹腔镜辅助下改良 Swenson 治疗婴幼儿巨结肠

吴鸿根 黄顺荣 邓洪强 周 明 吴东波 潘 云

(广西壮族自治区人民医院外科, 南宁 530021)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜辅助下改良 Swenson 治疗婴幼儿巨结肠的可行性和有效性。**方法** 应用腹腔镜辅助下改良 Swenson 法治疗婴幼儿先天性巨结肠 13 例, 采用三孔或四孔腹腔镜法, 设定 CO₂ 压力为 8 ~ 10 mm Hg, 取结肠浆肌层组织做病理诊断, Ligasure 离断直肠及乙状结肠系膜, 远端分离至齿状线上 0.5 ~ 1.0 cm, 将病变狭窄段、移行段扩张肠管经直肠肛门内翻拖出切除, 结肠直肠全层前高后低心形斜吻合, 3 例采用强生直径 21 mm 吻合器。**结果** 13 例均在腹腔镜下顺利完成手术, 手术时间 85 ~ 161 min, 平均 115 min。出血量 < 12 ml。均无术中并发症。术后 3 例小肠结肠炎, 1 例污粪, 1 例吻合口漏, 经治疗后治愈。13 例随访 6 ~ 42 个月, 平均 26 个月, 排便正常, 无并发症发生。**结论** 腹腔镜辅助下改良 Swenson 治疗婴幼儿巨结肠可行、有效。

【关键词】 先天性巨结肠; 婴幼儿; 腹腔镜辅助手术

中图分类号: R726.1; R656.9

文献标识: A

文章编号: 1009 - 6604(2008)03 - 0230 - 02

Clinical Analysis of Laparoscopic-assisted Modified Swenson's Operation for Hirschsprung's Disease in Infants Wu Honggen, Huang Shunrong, Deng Hongqiang, et al. Department of Surgery, People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

【Abstract】 Objective To evaluate the feasibility and effectiveness of laparoscopic-assisted modified Swenson's operation for Hirschsprung's disease in infants. **Methods** A total of 13 infants with Hirschsprung's disease including 11 males and 2 females were treated by laparoscopic-assisted modified Swenson's surgery. Three- or four-trocar technique was used under a CO₂ pressure of 8 - 10 mm Hg. The seromuscular layer of the colon was obtained for pathological examination. The mesenteries of the sigmoid colon and rectum were dissected by Ligasure, and the rectum was dissected down to 0.5 - 1.0 cm above the dentate line. Through the anus, the angusty and transmigration segment of the intestinal canal were evaginated, pulled out, and resected. Whole-layer colon-rectum anastomosis was performed, Φ21 mm stapler was used in 3 cases. **Results** All the operations were completed with laparoscopy in 85 - 161 min (mean, 115 min). The blood loss was less than 12 ml in all the patients. No intraoperative complications occurred. After the operation, 3 patients developed intestinal inflammation, 1 had anastomotic leakage, and 1 feces stain. All the compilations were cured by conservative treatments. The patients were followed up for 6 to 42 months (mean, 26 months), during which no one had complications. **Conclusion** Laparoscopic-assisted modified Swenson's operation is feasible and effective for Hirschsprung's disease in infants.

【Key Words】 Hirschsprung's disease; Infant; Laparoscopic-assisted surgery

先天性巨结肠(Hirschsprung's disease, HD)是一种常见的小儿先天性肠道发育异常,以肠道局部神经节细胞缺失为特征,主要表现为新生儿肠道梗阻,胎粪延迟排出,婴幼儿及年长儿严重便秘。我院2001年11月~2005年6月采用腹腔镜辅助下改良Swenson治疗婴幼儿巨结肠13例,取得良好效果,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组13例,男11例,女2例。年龄38 d~18个月,平均10.3月。3例在新生儿期即表现为腹胀、

呕吐及胎粪延迟排出,顽固性便秘,需刺激排便;10例有胎粪延迟排出史,表现为慢性便秘,曾用灌肠或开塞露维持排便。常见型11例,长段型2例。术中发现1例合并腹股沟疝。

病例入选标准:经钡剂灌肠和腹平片检查,肛门直肠测压,确诊为先天性巨结肠的新生儿及婴幼儿。

1.2 方法

术前生理盐水洗肠7~10 d。气管插管全麻。经脐上缘弧形切口置入5 mm trocar,置入腹腔镜,CO₂压力8~10 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。在腹腔镜监视下分别于左下腹和右下腹放置5 mm trocar(三孔法),必要时在下腹正中偏右再放置1个

trocarr(四孔法)。术中探查腹腔内是否合并肠旋转不良等畸形,探查狭窄段、移行段及结肠扩张情况,分别取扩张段以上正常结肠和狭窄段肠管浆肌层组织,送快速病检,病理检查证实诊断后,超声刀分离侧腹膜,注意保护左侧输尿管,LigaSure 分离断乙状结肠系膜及直肠系膜,远端分离至齿状线上 0.5 ~ 1.0 cm,将病变狭窄段、移行段的扩张肠段经肛门内拖出,在腹腔外切除。吻合口采用前高后低心形斜吻合,边切边缝,用可通气的粗硅胶管与凡士林纱布填压肛门,防止出血,次日取出。3 例扩张肠段经肛门内拖出后用强生直径 21 mm 吻合器吻合。合并的腹股沟疝在腹腔镜的引导下找到患侧内环口,避开输精管,带线针分别缝合内环口内半周和外半周腹膜,使疝环口成一荷包,锁紧荷包打结。

为防止吻合口狭窄,均于手术后 2 周开始扩肛,每天 1 次,持续 3 个月,之后隔天 1 次,持续 9 个月。

2 结果

13 例患儿在腹腔镜下顺利完成手术,手术时间 85 ~ 161 min,平均 115 min。出血量 < 12 ml。均无术中并发症。术后 2 d 进流质。术后平均住院时间 5.8 d(5 ~ 8 d)。3 例小肠结肠炎,1 例吻合口漏,1 例污粪,经治疗后痊愈。13 例随访 6 ~ 42 个月,平均 26 个月,恢复正常排便,无便秘、失禁、肠梗阻等并发症。

3 讨论

先天性巨结肠有多种治疗方法,自 1998 年首次报道一期经肛门拖出成功后^[1],国内外陆续有学者参照此术式行巨结肠根治术^[2~4]。王果等^[5]在直肠后纵行切开直肠结肠心形斜吻合的基础上,采用腹腔镜辅助的改良 Swenson 法手术更为简单直接。其优点是:盆腔结构清晰可辨,手术操作空间大,克服了不开腹经肛门手术视野小、处理直肠或结肠系膜时存在不可控制出血的危险的局限性,对新生儿、婴幼儿优势特别突出^[6]。由于无腹部大切口,术后切口并发症少,疼痛轻。另外,病变肠管经肛门切除,减少了污染和肠粘连机会,合并的腹股沟疝亦可一并处理。

本术式适用于短段型、常见型先天性巨结肠,长段型先天性巨结肠仅限于结肠扩张段在降结肠中段病例。年龄以 3 岁以内较为合适,大龄儿童是此手术方式的相对禁忌证,因为大龄儿童盆腔直肠较长,

过度扩张肥厚的结肠难以从肛门拖出,操作较困难。

手术操作要点:熟悉小儿盆腔结构是完成本术式的基础。术前阅读钡灌肠 X 线造影片,以便判断过度扩张肥厚的乙状结肠的游离和决定切除肠管的长度,对正确选择手术方式具有重要意义。根据腹腔内病变情况和病变位置,利用不同的体位,显露病变术野。分离盆底系膜和周围韧带时,要特别注意输尿管的误伤。离断乙状结肠系膜是手术关键,超声刀 LigaSure 操作更为方便、安全、快捷。保留肠管游离要充分,以避免术后吻合口漏的发生。术中切除肠管的多少一般以切除过度扩张肥厚的病变肠管为原则。最好采用取活检指导切除范围。吻合通常采用从肛门拖出,近端结肠-直肠手工吻合,也可用管状吻合器吻合,但要注意闭合盲端时尽可能低位,拖出吻合口尽可能做到前高后低斜吻合以防狭窄。术后要求扩肛 6 ~ 9 个月。值得注意的是:该术式改变了一个手术路径,但不改变根治的优缺点。除有腹腔镜手术特有的皮下气肿等并发症外,也有常规根治术本身具有的污粪和吻合口漏、小肠结肠炎等并发症,其发生与文献报道基本一致^[4,7,8]。如何避免肛门括约肌损伤以保持良好排便功能,如何减小结肠炎等并发症值得深入研究。术前有严重小肠结肠炎者选择腹腔镜手术要慎重。

参考文献

- 1 De la Tone ML, Or Tega SJA. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg, 1998, 33(8): 1283 - 1286.
- 2 Georgeson KE. Laparoscopic assisted pull through for Hirschsprung's disease. Semin Pediatr Surg, 2002, 11(4): 205 - 210.
- 3 刘继炎,姜 斌,李 涛,等. 腹腔镜下改良法治疗小儿先天性巨结肠症. 中国微创外科杂志, 2005, 5(9): 702 - 703.
- 4 汤绍涛,曹志清,阮庆兰,等. 腹腔镜心形吻合术治疗先天性巨结肠与开腹手术比较. 中国微创外科杂志, 2005, 5(9): 699 - 701.
- 5 王 果,袁继炎,周学锋,等. 直肠肛门管纵切心形吻合术-巨结肠根治术改进. 中华小儿外科杂志, 1991, 12(4): 345 - 346.
- 6 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, 22(5): 265 - 266.
- 7 肖雅玲,周小渔,李碧香. 腹腔镜辅助先天性巨结肠根治术 152 例经验报告. 医学临床研究, 2005, 22(4): 469 - 473.
- 8 Langer JC, Seifert M, Minkes RK, et al. One-stage soave pull-through for Hirschsprung's disease: a comparison of the transanal and open approaches. J Pediatr Surg, 2001, 35(6): 820 - 822.

(收稿日期:2007-05-31)

(修回日期:2007-11-19)

(责任编辑:李贺琼)