

· 短篇论著 ·

腹腔镜下治疗小儿难复性肠套叠

马少锋 曹志清* 陈江谊

(广东省江门市中心医院小儿外科, 江门 529030)

【摘要】 目的 总结腹腔镜下治疗小儿难复性肠套叠的经验。**方法** 2003 年 1 月~2009 年 11 月, 对 82 例空气或钡剂灌肠无法成功复位的肠套叠行腹腔镜下肠套叠复位。腹腔镜直视下寻找套叠肠管部位, 判断肠套叠类型及严重程度。先行腹腔镜下肠套叠复位术, 如发现复位困难, 挤压牵拉肠管有穿孔危险, 单纯复位时间长(超过 20 分钟仍无法顺利复位), 即行腹腔镜辅助下空气灌肠肠套叠复位术。**结果** 2 例中转开放手术, 其中 1 例腹腔镜下发现肠坏死、穿孔, 1 例腹腔镜下发现回结肠型肠套叠并发美克氏憩室; 其余 80 均腹腔镜下复位, 包括 1 例开腹术后 6 个月复发者。82 例手术时间 30~40 min。术后 1~2 天恢复排气排便。术后住院 4~7 d, 无严重并发症发生。74 例术后随访 6 个月~2 年, 其中 9 例因腹痛、呕吐再次住院 1 次, 复查气钡灌肠排除肠套叠, 经对症支持处理治愈出院, 余 65 例未发现肠套叠复发、伤口感染、反复腹痛、肠管迟发性穿孔及粘连性肠梗阻等并发症。**结论** 腹腔镜下肠套叠复位术结合空气灌肠, 可复位绝大多数难复性肠套叠, 安全可靠, 同时具有腹腔镜手术的微创优点。

【关键词】 肠套叠; 腹腔镜

中图分类号: R726.1

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2010)08-0739-02

肠套叠是婴幼儿常见的急腹症, 难复性肠套叠是指空气或钡剂灌肠无法成功复位的肠套叠。目前的治疗方法分为传统开腹手术和腹腔镜手术。腹腔镜手术分为单纯腹腔镜下复位和腹腔镜下空气灌肠复位术^[1]。我院 2003 年 1 月~2009 年 11 月共治疗肠套叠 259 例, 其中成功气钡灌肠 112 例(43%), 开腹肠套叠手术 65 例(25%), 腹腔镜下肠套叠复位 82 例(32%)。现将腹腔镜下肠套叠复位术 82 例的治疗体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 82 例, 男 60 例, 女 22 例。年龄 29 天~4 岁, 平均 7 个月, 其中 <6 个月 15 例, 6~12 个月 26 例, 1~4 岁 41 例。其中 1 例 10 个月女患儿, 曾于 4 个月时因肠套叠行开腹手术, 当时发现回盲部淋巴结肿大, 回肠末端与盲肠连接部可见环形凹陷, 开腹术后 6 个月复发。除 2 例仅有呕吐, 余 80 例均有腹痛或哭闹不安症状; 肠套叠时间 2~72 h, 60 例未超过 24 h, 余 22 例超过 24 h; 78 例有便血, 时间 1~48 h, 60 例未超过 24 h(20 例便血时间 <6 h), 18 例超过 24 h; 30 例可在右下腹或中腹部触及条索状包块。60 例肠套叠时间未超过 24 小时, 便血未超过 24 小时, 全身状况好, 无明显脱水、酸中毒及休克, 无高热及呼吸困难, 术前试行气钡灌肠, 不能复位; 22 例肠套叠时间超过 24 小时, 术前已出现严重脱水、反应差、高热、呼吸促等症状, 直接手术。

病例选择标准: ①B 超或气钡灌肠明确为肠套叠, 复位失败者; ②临床表现及辅助检查不能明确诊断或考虑继发性肠套叠; ③病程 48 小时内, 无精神萎靡、水样血便、脱水、酸中毒、腹胀、高热等; ④术前拍摄 X 线片排除肠穿孔; ⑤排除有严重心、肺疾患不能耐受气腹者^[2]。

1.2 手术方法

1.2.1 手术器械 本组均采用 5 mm 南京佳奇公司带防滑伞的一次性 trocar, 防滑伞远端长度为 1 cm; 5 mm 0°或 30°腹腔镜; 小儿无创肠钳, 钳头长 3 cm, 宽 5 mm。

1.2.2 手术方法 患儿仰卧位, 气管插管全身麻醉, 留置导尿管, 设气腹压力 8~10 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 于脐下缘皮肤皱褶处置入 5 mm trocar, 入 5 mm 0°或 30°腹腔镜。左下腹及右上腹分别置入 5 mm trocar, 入 5 mm 肠钳辅助操作。腹腔镜直视下寻找套叠肠管部位, 判断肠套叠类型及严重程度。先行腹腔镜下肠套叠复位术, 如发现复位困难, 挤压牵拉肠管有穿孔危险, 单纯复位时间长(超过 20 分钟仍无法顺利复位), 即行腹腔镜辅助下空气灌肠肠套叠复位术。

腹腔镜直视下肠套叠复位术: 用两把无创肠钳交替轻柔挤压套叠头远端肠管, 直至套叠肠管全部复位, 尽量避免直接牵拉近端肠管。检查复位肠管血运, 有无坏死及穿孔, 检查有无小肠憩室及其他肠道畸形, 腹腔内渗液较多时需置管引流^[3]。

腹腔镜辅助下空气灌肠肠套叠复位术: 确定肠

* 通讯作者, E-mail: sunnycao28@126.com

套叠部位、分型及套入肠管的长度,了解肠管胀气情况、有无肠管坏死及炎性渗出。根据术中情况,在腹壁相应部位加做 1~2 个操作孔。先用无创肠钳复位回结型肠套叠,然后采用手控压力肠套叠整复仪自肛门 Foley 管内注气,压力控制在 10 mm Hg 以内。在肛管进气的同时,用一把肠钳牵拉套叠部远端肠管,另一把肠钳多次挤压套叠肠管头部,借助气体压力缓慢将套叠肠管复位。肠管复位后应仔细观察肠壁的血运,如无肠管血运异常、肠穿孔或肠坏死,可结束手术。如腹腔内渗液较多,可自操作孔置放引流管,不需另外戳孔^[4]。

2 结果

本组 2 例中转开放手术,其中 1 例 1 岁男患儿,术前精神萎靡、腹胀、高热、水样血便,腹腔镜下发现肠坏死、穿孔,立即中转开腹,行肠套叠复位+小肠切除肠吻合术;1 例 18 个月男患儿,术前腹痛明显,伴呕吐、便血,无精神萎靡、高热,腹腔镜下发现回回结肠型肠套叠并发美克氏憩室,中转开腹,行肠套叠复位、美克氏憩室切除并肠吻合术。其余 80 均腹腔镜下复位,包括 1 例开腹术后 6 个月复发者。10 例术中发现肠系膜淋巴结水肿,经仔细轻柔操作,均能复位。19 例术中发现单侧或双侧腹股沟斜疝,同时行腹腔镜下疝囊高位结扎术^[5]。82 例手术时间 30~40 min。术后 1~2 天恢复排气排便。术后住院 4~7 d,无严重并发症发生,全部治愈出院。2 例中转开放手术均随访至 2 年,其中 1 例术后 3 个月、6 个月及 1 年因腹痛再次入院,复查气钡灌肠排除肠套叠,经对症支持处理,治愈出院;另 1 例术后 2 年无复发,无腹痛、呕吐等症状。3 例失访,2 例随访 2 个月,1 例随访 4 个月,74 例术后随访 6 个月~2 年,其中 9 例因腹痛、呕吐再次住院 1 次,复查气钡灌肠排除肠套叠,经对症支持处理治愈出院,余 65 例未发现肠套叠复发、伤口感染、反复腹痛、肠管迟发性穿孔及粘连性肠梗阻等并发症。

3 讨论

对婴幼儿肠套叠,国内首选空气或钡剂诊断或整复。对于气钡灌肠复位失败或不能明确的肠套叠患儿,需采取手术治疗。以前多为剖腹探查肠套叠复位术,对患儿打击大^[6,7]。腹腔镜下肠套叠复位术使打击程度大幅减小,特别是对可疑肠套叠的排除和多次复发的肠套叠,避免了开腹手术的痛苦,绝大部分都取得理想的治疗效果^[2,8]。腹腔镜肠套叠复位术需严格掌握手术适应证和禁忌证,对于出现精神萎靡、水样血便、脱水、酸中毒、腹胀、高热等,或术前拍摄 X 线片提示肠穿孔、腹膜炎的存在,或确定肠内息肉等肿物导致肠套叠,仍应尽快开腹手术^[9,10]。

对于婴幼儿腹腔镜手术,腹腔内空间小,常因术野暴露不清而影响操作,特别是对于难复性肠套叠,常因胃肠内积气积液而影响术野,为减少这一影响,

可术前胃肠减压,排尽胃内残留物;麻醉时尽量减少气囊压入胃内的气体;术中变换体位,让肠管滑动来更好的暴露术野;还可经肛门插入肛管帮助排气排便。但有时仍无法达到满意的效果,为解决这一问题,我们选择了带防滑伞的 5 mm trocar,其在腹腔内的长度仅为 1 cm,防滑伞可以防止 trocar 脱出,可以通过提拉它来提高前腹壁,增大腹腔内空间,一般可以得到较满意的术野。手术时常担心肠钳容易夹伤肠管并发穿孔而影响手术的速度,为了减小肠钳的影响,我们专门定制了小儿无创肠钳,钳头长 3 cm,宽度 5 mm,增大了肠钳与肠管的接触面积,在一定程度上提高了操作的安全性。

腹腔镜肠套叠复位时,操作要轻柔,反复交替钳夹套头远端肠管,使套叠肠管慢慢复位,尽量避免直接牵拉。腹腔镜直视下难以复位时,辅助空气灌肠,此时经肛门插入适当规格的 Foley 管,充好气囊,经肛管进气,同时用一把肠钳牵拉套叠部远端肠管,另一把肠钳多次挤压套叠肠管头部,借助气体压力和进入套叠肠管折叠间隙的气体,缓慢将套叠肠管复位。腹腔镜辅助下空气灌肠肠套叠复位术往往会因漏气或气囊脱出而影响手术进度,所以进气时需让台下人员用手顶住气囊,必要时可用凡士林纱块缠绕 Foley 管避免漏气,一般不会漏气或脱出。复位失败时要果断选择开腹手术,避免反复操作及长时间气腹对患儿造成新的损害。

我们认为,腹腔镜下肠套叠复位术结合空气灌肠,可复位绝大多数难复性肠套叠,安全可靠,同时具有腹腔镜手术的微创优点,可望在临床推广应用。

参考文献

- 1 Fraser JD, Aguayo P, Ho B, et al. Laparoscopic management of intussusception in pediatric patients. J laparoendosc Adv Surg Tech A, 2009, 19(4): 563-565.
- 2 郑凯,胡敏.腹腔镜在小儿肠套叠复位术中的应用.临床小儿外科杂志, 2008, 7(1): 43-44.
- 3 李贵斌,邱云,李龙,等.腹腔镜手术治疗小儿肠套叠 12 例.中国微创外科杂志, 2009, 8(9): 781-782.
- 4 罗正利,周欣,左楚清.难复性肠套叠腹腔镜下整复探讨.中华小儿外科杂志, 2004, 25(4): 191-192.
- 5 Lu IT, Ko CW, Chang CS, et al. Asymptomatic intussusception secondary to a giant appendiceal mucocele treated via a laparoscopic approach. Gastrointest Endosc, 2009, 70(5): 1026-1027.
- 6 蒋跃先. 845 例小儿急性肠套叠诊治体会.临床小儿外科杂志, 2007, 6(2): 72-73.
- 7 张欣贤. 2037 例小儿急性肠套叠的诊治体会.临床小儿外科杂志, 2005, 4(1): 24-29.
- 8 周致红,于文涛,曲金龙,等.微型腹腔镜下肠套叠复位术.中华小儿外科杂志, 2006, 27(9): 496-497.
- 9 周东海,王秋生,刘隆,等.腹腔镜辅助结肠切除治疗结肠息肉致肠套叠 1 例报告.中国微创外科杂志, 2005, 5(7): 597.
- 10 Dell's P, Del Rio P, Scmmaruga L, et al. Laparoscopic treatment of sigmoid colon intussusception by large malignant tumor. Case report. G Chir, 2009, 30(8-9): 374-376.

(收稿日期:2009-12-01)

(修回日期:2010-05-18)

(责任编辑:王惠群)