

## · 临床研究 ·

# 腹腔镜辅助经脐入路治疗小儿回盲部肠重复畸形(附 5 例报告)

管考平 刘树立 李旭 张军 魏延栋 叶茂 李龙\*

(首都儿科研究所附属儿童医院外科, 北京 100010)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜辅助经脐入路治疗小儿回盲部肠重复畸形的价值。 方法 2008 年 7 月~2015 年 7 月对 5 例小儿回盲部肠重复畸形采用腹腔镜辅助经脐入路探查, 切除回盲部肠重复畸形, 均将囊肿经脐切口减压后提出腹外行囊肿内黏膜剥除术。 结果 5 例顺利完成手术, 手术时间 45~100 min, (50±10) min; 术后住院 5~7 d, 平均 6 d。5 例随访 6~24 个月, 平均 10 个月, 腹部 B 超检查无复发, 切口瘢痕小, 脐部外观满意。 结论 腹腔镜辅助经脐入路手术操作简单, 对于腹腔镜手术操作困难的病例是一种较好的选择。

【关键词】 小儿; 回盲部; 肠重复畸形; 腹腔镜辅助手术

文献标识: A 文章编号: 1009-6604(2018)03-0233-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.03.011

**Laparoscopic-assisted Umbilical Approach Resection for Intestinal Duplication of Ileocecal Region in Children: Report of 5 Cases** Guan Kaoping, Liu Shuli, Li Xu, et al. Department of Surgery, Affiliated Children's Hospital of Capital Institute of Pediatrics, Beijing 100010, China

Corresponding author: Li Long, E-mail: lilong23@126.com

【Abstract】 **Objective** To investigate the value of laparoscopic-assisted umbilical approach resection for intestinal duplication of ileocecal region in children. **Methods** A total of 5 cases of intestinal duplication in ileocecal region between July 2008 and July 2015 were retrospectively analyzed. After the decompression of cysts through umbilical approach, the cystectomy was performed with cyst mucosa removal surgery. **Results** All the 5 cases of laparoscopic-assisted resection were successful. The operation time was 45-100 min (mean, 50±10 min) and postoperative hospital stay was 5-7 days (mean, 6 days). All the patients were followed up for 6-24 months (mean, 10 months). B-ultrasonography found no recurrence. The wound had small scars with good appearance of umbilicus. **Conclusion** Laparoscopic-assisted umbilical approach excision for intestinal duplication of ileocecal region is simple and can be used as a good choice for complex mesenteric cysts in children.

【Key Words】 Children; Ileocecal region; Intestinal duplication; Laparoscopic-assisted surgery

肠重复畸形是临床较少见的小儿先天性消化道畸形, 回盲部肠重复畸形发病率极低, 由于临床表现各异, 缺乏特异性临床症状和体征, 诊断较困难, 患儿常因其他诊断或诊断急腹症入院。以往治疗多采用开腹手术。2008 年 7 月~2015 年 7 月, 我院对 5 例小儿回盲部肠重复畸形采用腹腔镜辅助经脐入路手术, 效果满意, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 5 例, 男 3 例, 女 2 例。年龄 8 个月~6 岁, 平均 4.2 岁。腹痛伴腹胀 2 例, 慢性腹痛 1 例, 无痛性腹部包块 1 例, 阵发性腹痛 1 例。5 例均行 B 超检查(图 1), 4 例提示右下腹囊性占位, 肠重复畸形可能; 1 例 B 超诊断肠套叠行气灌肠未能彻底整复, 表现为套头到达回盲部后, 仅有部分气体进入小肠, 回盲部可见软组织包块影。4 例 CT 检查, 表现为回盲部单房囊性肿块, 大小 2 cm×3 cm×3 cm~4 cm×5 cm×7 cm(图 2,3), 提示肠重复畸形可能。

病例选择标准: 术前 B 超及 CT 提示右下腹囊

\* 通讯作者, E-mail: lilong23@126.com

性占位,考虑肠重复畸形;伴有腹痛或腹部包块。

### 1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前禁食、补液、纠正电解质紊乱。留置胃管及尿管,开塞路通便。1 例因肠套叠急诊手术。

1.2.2 手术方法 气管插管静脉复合麻醉。仰卧位,脐环处做纵行 0.5 cm 切口,直视下置入 5 mm trocar,人工气腹压力依年龄设置,1 岁以下维持 8 ~ 10 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa),1 岁以上维持 10 ~ 12 mm Hg。在脐环上下缘置 5 mm trocar,分别置腹腔镜、无损伤抓钳,平行探查腹腔。先找回盲部,同时探查距回盲部 100 cm 小肠,1 例诊断肠套叠给予复位,复位后发现回盲部重复畸形。探查囊肿的性质,均为囊肿型,位于回肠末端近回盲瓣位置。若回盲部较固定,与侧腹膜粘连,镜下用抓钳电钩分离回盲部侧腹膜,可降低回盲部囊肿经脐提出的困难;若囊肿较大,定位囊肿后抓钳扣紧将 trocar 翘起,用尖刀将两切口间脐部组织纵向切开扩大脐

部切口达 2 cm,将抓钳、trocar 连同囊肿一并提到脐切口下,先囊肿穿刺抽吸液体,使囊肿体积明显缩小后,经脐提出腹外完成手术。回盲部肠重复畸形均行囊肿内黏膜剥离手术,同时切除多余的囊肿浆肌层,创面彻底止血后全层连续缝合,浆肌层间断加固(图 4)。4-0 可吸收线缝合脐孔,医用组织胶水粘连皮肤切口,切除的病变组织送病理检查。

### 2 结果

5 例均顺利完成手术,术中诊断重复畸形均位于回肠末端近回盲瓣处,5 例均为肠壁内囊状重复畸形,囊肿均不与主肠管相通。手术时间 45 ~ 100 min, (50 ± 10) min;出血量 5 ~ 25 ml。患儿均恢复良好,术后住院 5 ~ 7 d,平均 6 d。术后病理诊断均为肠重复畸形。5 例随访 6 ~ 24 个月,平均 10 个月,腹部 B 超检查无复发(图 5),患儿生长发育良好,脐部无明显瘢痕,外观满意(图 6)。

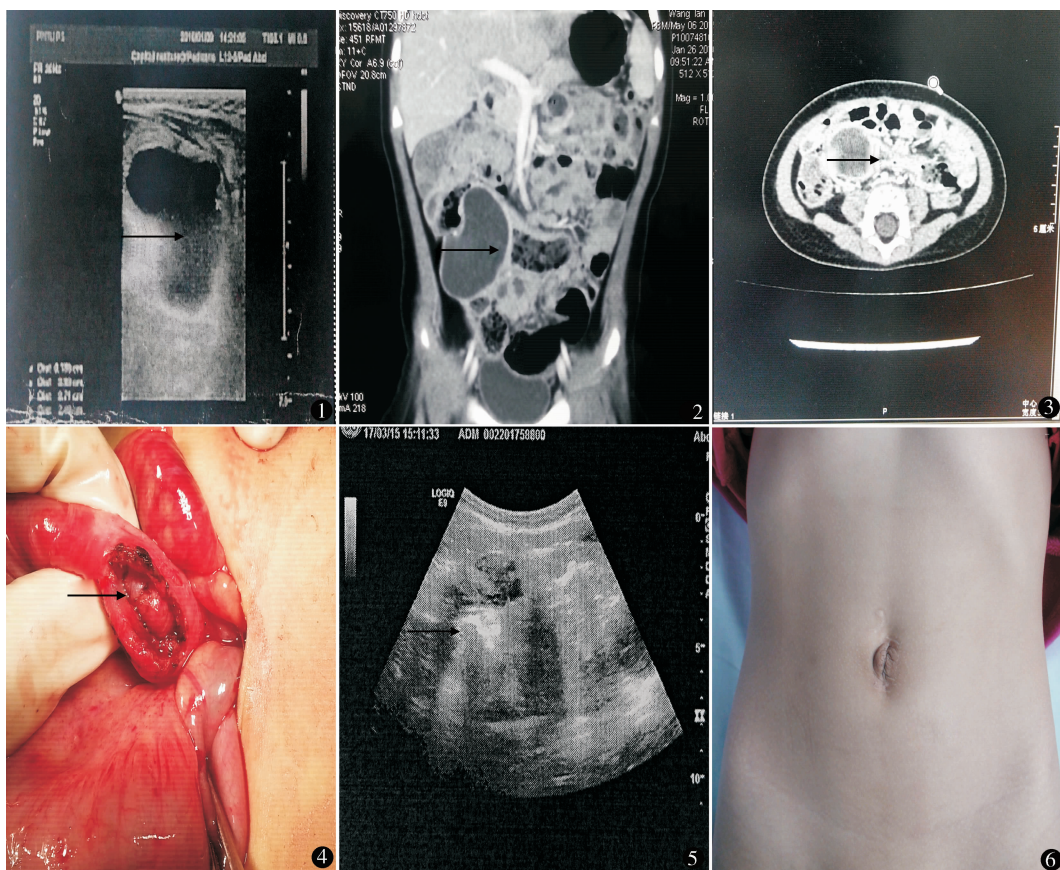


图 1 B 超示回盲部囊性占位,3 cm × 4 cm × 5 cm 大小 图 2 CT 示回盲部囊性占位 图 3 CT 示回盲部囊性占位 图 4 回盲部囊肿黏膜剥除后 图 5 术后复查 B 超无复发 图 6 术后 6 个月脐部切口

### 3 讨论

消化道重复畸形可见于消化道任何部位,以小肠重复畸形最多见,占消化道重复畸形 66% ~ 83%<sup>[1]</sup>,回肠重复畸形占小肠重复畸形 85.8%<sup>[2]</sup>,回盲部肠重复畸形极为少见,且临床症状不典型,可表现为多种临床症状,如消化道梗阻、腹痛、腹胀、急腹症等,造成术前诊断困难。由于囊肿生长缓慢,可长期不被发现,只有囊肿长大导致腹胀、囊肿牵拉系膜引起腹痛或囊肿压迫引起肠梗阻才引起注意。程建敏等<sup>[3]</sup>报道肠重复畸形引起的肠梗阻约占 48.8%。外科治疗目的是完整切除囊肿,以往开腹探查明确诊断再行囊肿切除术,手术创伤大,对腹腔脏器干扰大,术后恢复慢。近年来,腹腔镜技术已经广泛应用于小儿腹腔先天性疾病的诊疗实践。2000 年 Schleaf 等<sup>[4]</sup>首次报道腹腔镜辅助治疗小肠重复畸形 2 例。2003 年石保军等<sup>[5]</sup>报道 2 例腹腔镜辅助下小肠重复畸形手术治疗。2008 年勒三丁等<sup>[6]</sup>报道 15 例腹腔镜治疗小儿小肠重复畸形。以上均是小肠重复畸形,腹腔镜辅助经脐入路治疗回盲部肠重复畸形国内报道很少。

典型的回盲部肠重复畸形为球形囊肿,多单发,直径一般很少超过 10 cm,大多位于回肠末端近回盲瓣位置,多见肠壁内囊肿型和肠壁外囊肿型 2 种病理类型。肠壁内囊肿型位于肠壁黏膜下层或肌层,呈圆形或椭圆形,内腔表面覆有肠黏膜,不与主肠管相同;肠壁外囊肿型位于肠系膜侧,与邻近肠管有共同血管及壁层,极少数与主肠管相同<sup>[7]</sup>,肠道造影均不易发现。影像学检查在协助诊断方面起重要作用,B 超及 CT 检查可提示回盲部囊性占位病变,CT 多表现为单房、界限清楚的低密度囊性肿块,一般囊内无分隔,囊内 CT 值近似于水,如果伴囊内感染时 CT 值较高<sup>[8]</sup>。典型病例可见到软组织密度环即双环征,内环为囊壁水肿的黏膜和黏膜组成的低密度环<sup>[9]</sup>,外环为完整肌层构成的高密度环,此征象为囊肿型肠重复畸形的典型征象,对诊断区分囊肿与周围组织关系很有帮助,但无确诊价值,手术探查仍是确诊的唯一手段。腹腔镜探查创伤小,容易被家属接受。

我们采用腹腔镜辅助经脐入路治疗回盲部肠重复畸形,体会如下。①腹腔镜辅助在诊断回盲部肠重复畸形方面有明显优势,避免辅助检查可能存在的假阳性或假阴性。能明确显示病变部位、囊肿大小、重复畸形肠管与主肠管关系。②有些囊肿体积

大,张力高,可以将囊肿提至脐部切口下,直视用穿刺针抽吸减压,待张力减小后,经脐提出腹外完成手术,可以避免囊液漏入腹腔,减少腹腔污染风险。③对于回盲部较固定,囊肿提出困难者,可在腹腔镜下游离回盲部处侧腹膜来降低手术困难。④行重复畸形囊肿剥除时切勿损伤共壁肌层,只行囊内黏膜剥除,如果黏膜剥除困难可在黏膜下注射少许盐水,增大其间隙,可避免损伤共壁肌层,减少术后肠漏的发生。⑤囊肿黏膜剥除后彻底止血,同时切除多余的囊肿浆肌层,避免囊肿复发。⑥病变肠管提出腹腔外在直视下行囊肿黏膜剥除,降低手术难度,减少病变残留和复发。⑦腹腔镜辅助经脐入路手术创伤小、恢复快、易于推广,对于腹腔镜刚开展单位是一种较好选择。缺点是扩大了脐部伤口,但通过可吸收线皮下缝合,能明显减小瘢痕<sup>[10]</sup>。

回盲部肠重复畸形多为良性,至今尚无恶性报道,但囊肿可发生破裂、感染、消化道梗阻等并发症可能,因此,应早期手术治疗。我们认为肠重复畸形,特别是回盲部囊肿型肠重复畸形,腹腔镜可以全面探查腹腔,不仅可以排除其他消化道畸形,而且确诊率高。本组术中均获诊断,全部行囊内黏膜剥除,安全有效,患儿恢复快。

### 参考文献

- 1 余亚雄,童尔昌. 小儿外科学. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社, 1995. 12 - 139.
- 2 李正,王慧贞,吉士俊,主编. 实用小儿外科学. 北京:人民卫生出版社, 2001. 12.
- 3 程建敏,陈肖鸣,杨兴惠,等. 儿童管状肠重复畸形的影像学诊断. 中华放射学杂志, 2000, 34(12): 855 - 857.
- 4 Schleaf J, Schalamao J. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of intestinal duplication in childhood. Surg Endosc, 2000, 14: 865 - 868.
- 5 石保军,李索林,李振东,等. 腹腔镜辅助下肠重复畸形手术治疗. 中华小儿外科杂志, 2003, 24(3): 263.
- 6 勒三丁,王献良,耿宪杰,等. 腹腔镜治疗儿童小肠重复畸形 15 例报道. 中国微创外科杂志, 2008, 8(2): 156 - 157.
- 7 王果,丁文祥,李振东. 小儿外科手术难点及对策. 北京:人民卫生出版社, 2006. 290.
- 8 秦健,朱建忠,辛越,等. 回盲部囊肿型肠重复畸形的影像诊治分析. 放射学实践, 2012, 27(11): 1228 - 1230.
- 9 杨吉刚,马大庆. 小儿肠重复畸形的临床及影像学诊断. 实用儿科杂志, 2008, 23(7): 872 - 874.
- 10 梁翀,段栩飞,郑凯,等. 腹腔镜辅助经脐入路治疗小儿腹部囊性包块切除术的应用体会. 临床外科杂志, 2011, 19(11): 796.

(收稿日期:2016-09-28)

(修回日期:2017-05-31)

(责任编辑:李贺琼)