

腹腔镜 Ladd's 术治疗先天性肠旋转不良疗效分析

潘涛

(浙江大学医学院附属儿童医院 杭州 310006)

摘要:目的:探讨腹腔镜下治疗先天性肠旋转不良的关键技术,分析腹腔镜手术治疗的优点。方法:患儿 31 例,采用 3 Trocar 在腹腔镜下完成 Ladd's 索带离断,松解十二指肠至空肠起始部所有粘连,将十二指肠拉直与小肠置于右侧腹腔,盲肠、结肠置于左侧腹腔,行阑尾切除术。结果:本组患儿手术全部成功,无死亡病例,无中转开腹手术;手术时间 1.5~2.5 h,平均 2 h;出血量约 10 mL;术中发现盲肠位于右下腹 1 例(新生儿),术后粘连性肠梗阻 1 例,脐部切口感染 1 例;术后平均住院时间 3.5 d;术后随访 1 个月~2 年,进食正常,无特殊不适。结论:经腹腔镜行 Ladd's 术是一种安全可靠的方法,具有创伤小、恢复快、无明显近远期不良反应等优点。

关键词:先天性肠旋转不良;腹腔镜;Ladd's 术

中图分类号:R 726.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.048

Ladd's 术是治疗婴幼儿先天性肠旋转不良的首选手术方式,近年由于腹腔镜手术创伤小、伤口美观且无切口裂开并发症、术后恢复快,已逐渐受到医生和患者的青睐。1995 年 Van der Zee 等^[1]首先报告采用腹腔镜 Ladd's 手术治疗 1 例肠旋转不良伴肠扭转的新生儿病例,随后国内也出现经腹腔镜治疗先天性肠旋转不良的报道案例。2010 年 1 月~2012 年 1 月我科对 31 例先天性肠旋转不良患儿施行腹腔镜 Ladd's 手术,效果良好。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组采用腹腔镜技术治疗先天性肠旋转不良患儿 31 例,男 18 例,女 13 例;年龄 15 d~13 岁,平均 2.5 岁。手术前行彩色多普勒超声显示肠系膜血管虽螺旋扭曲但血流通畅无绞窄。上消化道碘油造影提示:十二指肠梗阻,梗阻末端呈漏斗状或外压,胃及近段十二指肠扩张,十二指肠空肠曲位置异常,正常十二指肠空肠曲位置被屈氏韧带固定在左上腹,高于或平行于十二指肠球部。若高度怀疑中肠扭转坏死则纳为腹腔镜手术禁忌。

1.2 手术方法 常规手术前准备,留置胃肠减压管、导尿管,尽量增加游离腹腔的空间,患儿平卧手

营养的基础上,采用周围静脉营养的方法,提高患儿营养需求供给,使患儿营养状况得以迅速改善,肠道黏膜结构及功能得以修复^[2],消化功能得以增强,免疫功能得到改善,打破腹泻—营养不良—腹泻的恶性循环。同时,也避免了因禁食或单纯静脉营养引发的并发症,弥补了肠道内营养不足。

本组 42 例难治性腹泻患儿均给予综合治疗,观察组加用周围静脉高营养治疗,5 d 治疗有效率明显高于对照组,治疗后腹泻持续平均时间明显短于对照组,差异有统计学意义。未出现明显副作用。说明周围静脉营养治疗婴幼儿难治性腹泻疗效确切,是一种值得推广的有效方法。

术台,轻度头高脚低位,气管插管静脉复合全身麻醉,采用 3 戳孔技术。手术步骤:第一个 5 mm Trocar 在脐环左侧切开入腹,直视下放置并缝合固定,放入 5 mm 腹腔镜进行观察。CO₂ 气腹压力根据患儿情况设定在 5~10 mmHg,然后在腹腔镜监视下分别于左中腹和右中腹穿置 Trocar 2 个(5 mm),置入无损伤抓钳探明回盲部位置和十二指肠周围情况。如果探查后确定并发中肠扭转无血运障碍者,操作顺序与传统手术一样,应先用 2 把无损伤抓钳由回盲部开始逆时针向右上腹依次牵拉小肠至空肠近端使扭转肠管复位,再松解离断回盲部与肝脏和右侧后腹膜之间的 Ladd's 索带,将回盲部和结肠推向左侧腹,解除十二指肠压迫。随后牵拉十二指肠远端使束缚其周围的腹膜索带变得更加明显,充分离断这些异常索带直至近端空肠,注意将小肠系膜根部的异常粘连索带也分开使小肠系膜得以扩展。对轻度中肠扭转者应先把注意力放在病变根部,先游离十二指肠之后再顺行牵拉肠管纠正扭转复位,开始即提起幽门沿十二指肠近端向远端,电切离断其周围异常索带,使十二指肠拉直,继续向下自近端空肠开始逐步向远端小肠牵拉理顺使全

参考文献

[1]杨海军,孙梅.小儿迁延性慢性腹泻病 83 例临床分析[J].临床儿科杂志,2009,27(10):930-934
[2]中华人民共和国卫生部卫防急发第 37 号文.中国腹泻病诊疗方案[J].中国实用儿科杂志,1998,13(6):381-384
[3]“98”全国腹泻病防治学术研讨会纪要.腹泻病疗效判断标准的补充建议[J].中国实用儿科杂志,1998,13(6):384
[4]黄永坤,刘梅.儿童慢性难治性腹泻病诊治[J].中国实用儿科杂志,2012,27(8):573-577
[5]江米足.慢性、难治性腹泻病的诊断与治疗进展[J].实用儿科临床杂志,2005,20(3):201-203
[6]王孟清,莫非钧.小儿迁延性及慢性腹泻的治疗现状与展望[J].中国中西医结合消化杂志,2002,10(6):375-377
[7]黄永坤,杨武.小儿慢性腹泻的营养治疗[J].实用儿科临床杂志,2006,21(19):1 288-1 289

(收稿日期:2013-05-21)

部小肠置于右侧腹,同时使扭转肠管复位。最后离断阑尾系膜,结扎切除阑尾,将横结肠和回盲部肠管推至左侧腹。其中 1 例新生儿因阑尾位置固定于右下腹,未常规切除阑尾。

2 结果

31 例患儿手术全部成功,无死亡病例,无中转开腹手术;手术时间 1.5~2.5 h,平均为 2 h;出血量 10 mL 左右,无术中输血;术后住院时间 3~5 d,平均 3.5 d。脐部伤口感染 1 例,经伤口换药治疗后好转出院;术后 5 个月出现粘连性肠梗阻 1 例,经住院禁食、胃肠减压、补液等保守治疗后痊愈出院。术后随访 1 个月~2 年,未发现呕吐等情况,生长发育均正常。

3 讨论

胚胎发育 8~10 周时中肠逐渐退回腹腔内,正常的旋转此时开始,十二指肠转至脊柱右侧,空肠先转至脊柱右侧后转至左侧腹腔内;回肠末端、盲肠及升结肠先退至左腹部,此后盲肠向上移至上腹部,最后移至右下腹,共旋转 270°。如果旋转方向异常或旋转停止不前即形成肠旋转不良,而在此基础上中肠以肠系膜上动脉为轴心扭转,即为肠旋转不良伴中肠扭转。影像学腹部平片显示十二指肠高位梗阻是最常见的表现形式,以部分性肠梗阻多见,若检查表现为胃及十二指肠第一、二段扩张,小肠气体少或无气体,则考虑有先天性肠旋转不良的可能,但其特点并不是本病特有。钡灌肠检查是本病诊断的首选方法,能提供较准确的依据,发现盲肠位置异常对诊断有决定性意义,其可靠的征象为回盲部位于中上腹或左腹部。但盲肠位置正常不排除本病存在,本组中存在类似病例 1 例。肠旋转不良临床上主要表现为肠梗阻。由于不同年龄段的先天性肠旋转不良临床表现均有所不同,因此,多数学者主张将此病分为新生儿期和非新生儿期。而大龄儿童的肠旋转不良症状和体征不典型,常有慢性间歇性腹痛,复发性呕吐。据国外资料统计,大龄儿童在所有肠旋转不良病例中约占 22%,常不伴有中肠扭转,无肠管坏死,而且多为不含胆汁的呕吐

(上接第 37 页)有研究报道。幽门螺杆菌是感染率最高的细菌之一,是慢性胃炎、消化性溃疡的主要病因。

我国中医辨证分型治疗厌食症有重要的临床意义,目前临床医师对于厌食症的中医辨证分型仅仅依靠临床表现,尚无明确的、客观化的诊断指标,临床医师对厌食症患儿进行中医辨证分型时有明

确的、客观化的诊断指标,从而提高该病的中医诊治水平。

及进食障碍。非新生儿期首次发病即以急腹症就诊者较少,多呈慢性过程,容易发生误诊,有学者报道其平均误诊时间长达 3~7 年^[1]。治疗此病的常见手术方式为开腹 Ladd's 手术。但该手术创伤大,术后切口感染、切口裂开发生率高,且术后容易造成肠粘连及术后梗阻,术后恢复饮食时间及住院时间均较长。虽然肠粘连被认为是有益的,但仍是肠梗阻的潜在危险因素。腹腔镜手术的难点是操作空间狭小,特别是腹胀时,有较高的技术要求,但该手术对腹壁各层组织损伤较传统手术方式明显减少,术后患儿基本无明显疼痛,术后伤口恢复快,切口愈合后美观,住院时间短,对患儿日后的心理影响亦明显减小,同时由于腹壁伤口与肠管创面距离相对较远也大大降低了发生术后肠管与手术切口之间粘连的概率。但腹腔镜手术需注意:(1)防止漏气。先天性肠旋转不良多为婴儿,腹壁薄,套管容易滑进或脱出,极易造成漏气,影响手术正常进行。且容易导致皮下气肿,故作皮肤切口时不宜太大,防止漏气,以利手术顺利进行。(2)肠旋转不良近 25%的患儿合并有其它畸形,需引起注意。(3)对于肠旋转不良并发急性中肠扭转、可疑肠绞窄坏死者,由于腹胀且肠管血运障碍,试行腹腔镜手术可能会很困难甚至造成肠管损伤,应列为禁忌证。

综上所述,腹腔镜治疗肠旋转不良与传统开腹手术相比具有打击小、创伤轻、恢复快等优点。组织被腹腔镜放大后,可以清晰显示压迫十二指肠的膜状束带,便于准确地用电凝断离,减少出血,避免对周围脏器的损伤。腹腔镜手术因肠管未在腹腔外暴露,因而发生肠粘连机会相对较少,但要求医生具备熟练的腹腔镜手术操作技术。总之,腹腔镜下 Ladd's 根治术是治疗婴幼儿先天性肠旋转不良安全、可靠并值得临床推广的方法。

参考文献

[1]Van der Zee DC,Bax NM.Laparoscopic repair of acute volvulus in a neonate with malrotation[J].Surg Endosc, 1995,9(10):1 123-1 124
[2]姚慧筠,王燕霞.非新生儿期肠旋转不良[J].中华小儿外科杂志, 1992,13(3):146

(收稿日期: 2013-06-04)

参考文献

[1]李竹芳.微量元素缺乏与小儿厌食 64 例分析[J].苏州大学学报(医学版),2002,22(1):46
[2]张萍,张奕奕.儿童血锌钙铁水平及其与儿童疾病和健康的关[J].中国全科医学,2010,13(27):3 096-3 098

(收稿日期: 2013-05-16)