

腹腔镜辅助改良 Soave 术治疗先天性巨结肠

王寿青,陈卫兵,李 炳,刘树立,李 龙

(淮安市妇幼保健院小儿外科,江苏 淮安 223002)

[摘要] 目的:总结腹腔镜辅助下改良 Soave 术治疗先天性巨结肠 62 例的经验。方法:腹腔镜监视下用超声刀处理要切除的病变结肠系膜及盆腔内直肠周围的分离,游离直肠前壁黏膜,完全切除直肠后壁,将拟切除肠管从直肠肌鞘内拖出与肛门吻合。结果:所有 62 例先天性巨结肠的患儿均在腹腔镜监视下完成 I 期根治术,61 例治愈出院,1 例患儿家长放弃治疗。出院后随访 6~24 个月,1 例因腹胀反复发作行二次手术,术后初期有 6 例污粪,3 例肛门狭窄等并发症。结论:腹腔镜辅助改良 Soave 术较常规开腹根治术手术创伤小,术后患儿恢复快,操作简单,远期疗效好,且对治疗长段型巨结肠有其优势。

[关键词] 腹腔镜;改良 Soave 术;先天性巨结肠症

[中图分类号] R656.9

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2013)09-1289-02

doi: 10.7655/NYDXBNS20130925

先天性巨结肠症(congenital megacolon),又称为肠道无神经节细胞症,是小儿外科临床较常见的一种消化道畸形,其发病率约为 0.26%^[1],根治的手术方法很多。近十多年,腹腔镜技术在小儿外科得到了广泛的推广,腹腔镜辅助下巨结肠根治术,成为巨结肠治疗的一个新的标准术式。本院 2009 年 3 月~2012 年 12 月采用腹腔镜辅助监视下改良 Soave 术治疗先天性巨结肠 62 例,取得了较为满意的临床效果。现总结如下。

1 对象和方法

1.2 对象

本组共 62 例,男 44 例,女 18 例,年龄 3 个月~12 岁,其中 56 例在新生儿期间因腹胀在本院治疗,经钡剂灌肠疑似巨结肠,回家后一直予以回流灌肠治疗,3 例因反复便秘、腹胀入院,1 例因肠套叠行空气灌肠时被发现,1 例在行腹腔镜下阑尾切除时发现。新生儿期因肠穿孔行结肠造瘘 3 例。本组患儿入院时即给予钡剂灌肠,第 2 天复查腹部立位片,以了解钡剂残留情况。直肠肛管测压及直肠黏膜活检以确诊。术前 2~3 d 再予以钡剂灌肠复查以再次确诊,其中 5 例为超短段型,28 例为短段型,21 例为常见型,7 例为长段型,2 例为全结肠性巨结肠。前 2 例术中活检的方法是取直肠后壁齿状线上 2.5 cm 活检,以后 60 例均采用腹腔镜辅助下用剪刀剪取痉挛段和扩张段各 0.5 cm × 1.0 cm 的浆肌层,送快速冰冻切片明确诊断。术中快速及术后病理报告都符合术

前诊断。整个手术的准备时间因其住院前有无行回流灌肠与否而略有不同。手术时间在 90~165 min,平均 115 min;术中出血 10~26 ml,平均 14 ml。

1.2 方法

术晨禁食、置胃管,术前晚及术晨各给予回流灌肠 1 次,手术前半小时给予半量抗生素。全部患儿均采用气管插管全麻后,臀部垫高,常规消毒铺巾,包裹双下肢,置导尿管,经脐孔作一 5 mm 纵行切口,开放式进入腹腔后置入 5 mm trocar,建立 6~12 mmHg CO₂ 气腹,放入腹腔镜先探查一下腹腔,随后在腹腔镜的引导下分别于左上腹及右上、下腹各戳孔置入 5 mm 的 1 个 trocar,左上腹置入 5 mm 的无损伤抓钳用于展开结肠系膜,在腹腔镜显示下确定痉挛段、移行段、扩张段的位置,右上腹放入无损伤抓钳一把,固定结肠,右下腹放入剪刀,分别在痉挛段和扩张段剪取 0.5 cm × 1.0 cm 的浆肌层,送快速冰冻病理切片。确诊后助手用无损伤抓钳向左外、上方提起结肠,充分显露结肠系膜,用电钩或超声刀在系膜无血管区打通后,紧贴肠壁分离切断系膜血管的三级弓,7 例长段型的病例均分离脾结肠韧带和结肠脾曲,2 例全结肠性巨结肠均在腹腔镜下完成所有结肠的游离。分离盆腔,确保输尿管、卵巢的营养血管、精索不被损伤,确保结肠能在无张力的情况下拖至肛门口进行吻合,检查创面无明显活动性出血,暂时解除气腹。手术移至会阴,肛门稍加扩张后缝牵引线 8 针,于直肠黏膜下注射 1:200 000 肾上腺素生理盐水,于齿状线上 0.5~1.0 cm 处环形切开

直肠黏膜,近端切缘缝牵引线12~16根,向下牵拉同时向上分离,前壁仅剔除结肠黏膜,后壁切除结肠全层,当黏膜与肌鞘间出现套叠状且向下牵拉比较游离时,黏膜上环形切开肌鞘即进入腹腔,将游离的结肠和直肠黏膜从外括约肌肌鞘内拖出,切除扩张肠管5 cm,重建气腹,检查证实拉下的结肠无张力、无扭曲,腹腔内无出血、无内疝。近端结肠的浆肌层与直肠肌鞘固定4针,将全层与齿状线上直肠黏膜切口用5-0 PDS线作间断缝合或连续缝合,留置肛管。完成结肠直肠吻合后,解除气腹,排出腹中的CO₂,拔除trocar。

2 结果

62例患儿均在腹腔镜辅助下完成腹腔内病变肠段的游离及肠道重建,切除的肠管长短不等(长度在8 cm~整个结肠加部分回肠),全组无1例中转开腹,手术时间90~165 min,本组患儿无腹腔出血、感染及吻合漏等近期并发症,患儿均在术后第2天恢复进食,24~48 h拔除肛管,15 d左右出院,术后14 d开始扩肛,20 min/次,扩肛时间6个月。6例患儿术后出现污粪,均为前几例手术,嘱提肛训练后,有所好转。1例直肠后间隙感染,3例出院后未严格扩肛,术后5个月随诊发现吻合口狭窄,经扩肛治疗,现已痊愈。1例术后反复腹胀、便秘行二次手术,术中发现其病变肠管切除不彻底。1例术后腹胀,15 d时经肛门指检发现腹膜反折处有一狭窄环予以强力扩张而治愈。1例因重度低蛋白血症,严重感染,肠管回缩,家长放弃治疗。其余患儿术后随诊24个月,无腹胀、便秘、污粪,排便功能良好。

3 讨论

自1994年Smith等^[2]完成第1例腹腔镜辅助Duhamel手术,1995年Georgenson等^[3]报告了腹腔镜改良Soave根治术的临床应用报导后,国内外相继有腹腔镜辅助各种小儿先天性巨结肠根治术的报道^[4],先天性巨结肠根治术由开放手术逐渐向腹腔镜辅助结合肛门拖出术演变,取得良好的近、远期疗效。总结本组病例体会到:①手术年龄由原来的6~12个月改变为3个月,甚至3个月以下^[5];②虽改变了手术方式,但保留了经典手术的原理;③由于腹腔镜能将手术图像放大数倍,手术野清晰,能够正确判断出病变的位置,确定肠管切除的长度;④腹腔镜辅

助下改良Soave术治疗先天性巨结肠符合巨结肠的治疗原则,能彻底解除括约肌痉挛,不损伤肛门外括约肌,保持了控便能力;⑤术中在处理直肠、乙状结肠血管时应贴近肠壁,处理三级血管弓,以免损伤输尿管、输卵管、卵巢。游离肠管的长度应足够,以保证拖出的肠管无张力^[6]。腹腔镜创伤小,出血少,手术视野清晰,术后疼痛轻,肠功能恢复快,减少肠粘连、缩短住院时间,减少了并发症的发生。而传统的巨结肠根治术,肛门置吻合钳5~7 d的痛苦很大,并发症的发生率在1%~20%,污粪最高可达20.6%,而本组62例患儿污粪仅6例,明显低于传统手术,未发生腹腔内出血等并发症;有人认为对于超短段、短段型和常见型巨结肠,经肛门巨结肠根治术可以取代腹腔镜助巨结肠根治术,但单纯经肛门手术,腹腔是盲区,仍有不少不可预知的风险存在,如结肠系膜出血、结肠扭转、拖下吻合的结肠张力过大致术后结肠回缩、腹腔内脏器如大网膜、小肠、卵巢等可能嵌入肌鞘内,造成组织坏死、鞘内感染、内疝。另外,腹腔内其他合并畸形或异常也难以发现,可能导致需要重新开腹手术^[7],本组患儿6例术中发现有斜疝予以同时修补。

[参考文献]

- [1] 李正,王慧贞.实用小儿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:797-798
- [2] Smith BM,Steiner RB,Lobe TE.Laparoscopic Duhamel pull-through procedure for Hirschsprung's disease in childhood[J].J Laparoendosc Surg,1994,4(4):273-276
- [3] Georgenson KE,Fuenfer MM,Hardin WD. Primary laparoscopic pull-through for Hirschsprung's disease in infants and Children[J].J pediatr Surg,1995,30(7):1017-1022
- [4] Langer LC,Seifert M,Robert K. One-stage Soave pull-through for Hirschsprung's disease:A comparison of the transanal and open approaches [J].J Pediatric surg,2000,6:820-822
- [5] 李新宁,廖桂榕,甘贤优,等.腹腔镜下新生儿、婴儿先天性巨结肠根治术的研究 [J].广西医学,2004,26(11):1605-1606
- [6] 周小渔.腹腔镜下巨结肠根治术 [J].临床小儿外科杂志 2008,7(3):58-59
- [7] 施诚仁,余世耀,励楚刚,等.经肛门一期拖出术治疗先天性巨结肠的评估 [J].上海第二医科大学学报,2002,22(4):333-334

[收稿日期] 2013-03-13