

DOI:10.3724/SP.J.1008.2015.00805

• 短篇报道 •

经腹腔镜辅助诊疗小儿小肠型肠套叠

杨虎, 游娟*, 黄茂华, 段翔飞, 杨俊, 卞红强
武汉市妇女儿童医疗保健中心普外科, 武汉 430016

[关键词] 肠套叠; 腹腔镜检查; 外科手术; 儿童

[中图分类号] R 656.1

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2015)07-0805-03

Laparoscopic diagnosis and treatment of enteric intussusception in children

YANG Hu, YOU Juan*, HUANG Mao-hua, DUAN Xu-fei, YANG Jun, BIAN Hong-qiang

Department of General Surgery, Wuhan Medical & Health Center For Women and Children, Wuhan 430016, Hubei, China

[Key words] intussusception; laparoscopy; surgical procedures; child

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2015, 36(7):805-807]

肠套叠是指某段肠管及其相应的肠系膜套入邻近肠腔内引起的肠梗阻, 是小儿最常见急腹症之一, 小肠型肠套叠是急性肠套叠的一种特殊类型, 为小肠套入小肠, 仅占2%~3%^[1], 其诊断困难, 误诊率高。误诊后可引起肠坏死、肠穿孔等严重并发症, 处理较棘手^[2-3]。2011年1月~2014年6月, 我院尝试采用腹腔镜辅助诊断治疗疑似小肠型肠套叠患儿, 取得初步疗效, 现报告如下, 供同行参考。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2011年1月至2014年6月我科收治疑似小肠型肠套叠15例, 其中男10例, 女5例。年龄5个月~8岁, 平均(4.5±2.6)岁, 病程4~26 h, 平均(15.6±5.5) h。阵发性腹痛或哭闹不安10例, 血便9例, 中腹部可触及条索状包块6例, 呕吐11例, 其中3例仅有呕吐而无其他症状。术前腹部彩超提示“同心圆”或“靶环”声像图11例, 诊断性空气灌肠提示小肠型肠套叠8例, 有4例反复行诊断性空气灌肠未显示肠套叠, 但患儿阵发性腹痛症状不能缓解, 再次行腹部CT检查仍提示肠套叠。

1.2 方法 患儿取仰卧位, 采用气管插管全麻下行腹腔镜手术。上、下脐轮分别切开5.5 mm切口, 建立

CO₂气腹(压力8~12 mmHg, 1 mmHg=0.133 kPa), 置入套管及腹腔镜、操作钳。先行腹腔探查, 找到回盲部后, 即排除回盲型肠套叠, 探查结肠无异常后, 沿小肠向近端探查, 寻找小肠套叠肠管部位(图1A), 找到后大致判断其类型及严重程度。于右下腹作5.5 mm切口并置入套管及操作钳, 先在腹腔镜下试行肠套叠复位, 如发现复位困难, 高度怀疑器质性病变引起的肠套叠, 沿脐轮弧形扩大套管切口至2~3 cm后将套叠肠管提出腹腔外(图1B), 常规行肠套叠手法复位或病变肠管切除肠吻合术。

2 结果

2.1 诊疗结果 15例患儿中14例经腹腔镜确诊为小肠型肠套叠, 即刻行手术治疗, 手术时间35~82 min, 平均(42.58±16.69) min; 术后胃肠道功能恢复良好, 7 d治愈出院; 随访1~6个月, 无并发症。1例患儿术中证实不是肠套叠, 而是蛔虫性肠梗阻, 中转开腹, 术后恢复良好, 无并发症。

2.2 病因分析 14例小肠型肠套叠患儿术中证实有11例(78.57%)为器质性病变引起的继发性小肠型肠套叠(7例美克尔憩室, 3例Peutz-Jegher综合征, 1例炎症性肌纤维母细胞瘤), 3例为原发性小肠型肠套叠。

[收稿日期] 2014-07-05 [接受日期] 2015-02-11

[作者简介] 杨虎, 硕士生. E-mail: ayanghu1227@163.com

*通信作者 (Corresponding author). Tel:027-82433365, E-mail: 357039276@qq.com

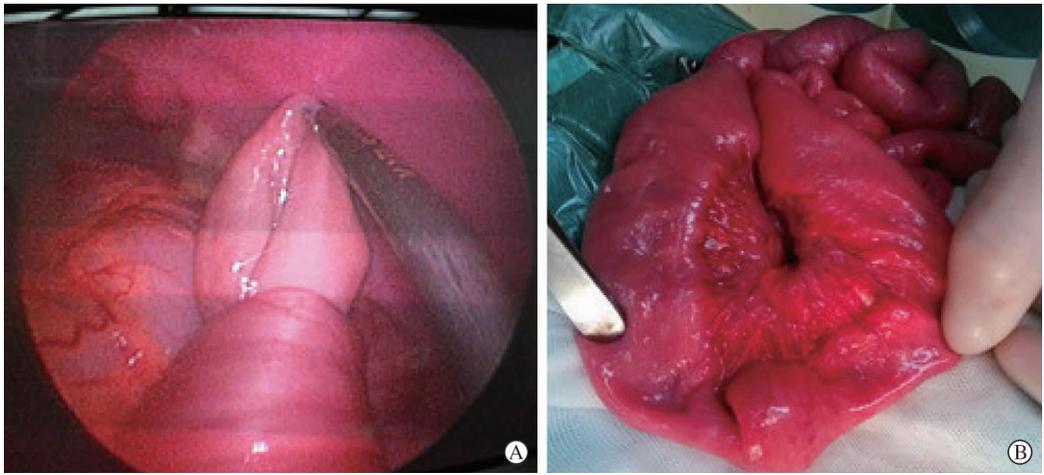


图1 腹腔镜下诊疗肠套叠

A:腹腔镜下找到肠套叠; B:将套叠肠管提出腹腔外

3 讨论

肠套叠是小儿外科常见急腹症,好发于5岁以内的患儿^[2-3]。目前病因尚未明确,常分为原发性和继发性;根据病理分为小肠型、回盲型、回结型、结肠型、复杂型及多发型。阵发性哭闹或腹痛、呕吐、腹部包块、便血是小儿肠套叠的4个主要症状。但临床有约10%~15%病例,来院就诊时缺乏肠套叠典型表现^[4]。

小肠型肠套叠发病概率小,与其他类型肠套叠有所区别。(1)病因:相当一部分为继发性肠套叠,原因多为憩室、息肉、肿瘤、腹部紫癜、嗜酸性肉芽肿等。本研究中11例为器质性病变引起的小肠型肠套叠,包括美克尔憩室7例、Peutz-Jegher综合征3例、炎性肌纤维母细胞瘤1例,占总数的78.57%。(2)临床症状:往往不典型。呕吐是一种常见反射性作用,不是肠套叠诊断的特异依据;其次血便不是每个患儿都出现,可能因有的病程短、小肠型肠套叠套头部位较高,延迟了血便时间,就诊时行直肠指检未能见血便;临床体检不易触诊到腹部包块,除常见的患儿为肥胖儿、腹部胀气、腹肌紧张及小儿阵发性哭吵不合作等原因外,更主要为小肠型肠套叠套头部位相对于回盲型肠套叠的位置不固定,包块体积小,包块活动范围大,医生习惯在右侧腹或上腹部常规触诊等原因。(3)辅助检查:B超有时未能显示典型“同心圆”或“靶环”声像图。其原因可能为小肠型肠套叠多发生在脐周,而B超室医生习惯在右侧腹或上腹部探查肠套叠声像导致无法探查到典型声像图,或有些小肠型肠套叠的套叠肠管上存在器质性病变,可以混淆其典型肠套叠声像图。这种情况建议行腹部CT检查辅助诊断。(4)诊断:空气灌肠不

能完全确诊每例肠套叠。有些小肠型肠套叠其套叠肠管远离回盲部,位置较高,其诊断性空气灌肠显示小肠已经进气,但未能到达套叠部位,所以提示未见肠套叠,但术后患儿阵发性腹痛依然不能缓解。本组中4例患儿反复空气灌肠未见肠套叠,再次复查腹部彩超及腹部CT均提示肠套叠,术后证实为小肠型肠套叠。(5)鉴别诊断:蛔虫病、粪石等其他疾病引起的阵发性腹痛,需与小肠型肠套叠鉴别。本组中有1例怀疑小肠型肠套叠术中证实为蛔虫性肠梗阻。(6)治疗:诊治性空气灌肠是肠套叠的首选诊治方法,但对于小肠型肠套叠是禁忌证,主要原因是空气灌肠复位成功率小,并且引起穿孔可能性大。小肠型肠套叠其套叠肠管远离回盲部,位置较高致空气不能到达套叠部位;即使空气压力能达到套头部位,但由于套入肠管与鞘部直径相差不大,套叠牢固,张力高,肠管水肿严重且肠壁较结肠薄,加上小肠型肠套叠多存在器质性病变,如加大空气压力或反复灌肠往往容易引起肠穿孔,一般确诊的小肠型肠套叠建议立即手术治疗。

怀疑为小肠型肠套叠或继发性肠套叠患儿,需积极手术治疗。传统剖腹探查手术腹部切口长、创伤大、出血多、手术时间长,腹腔内干扰多,术后因创伤、疼痛等因素,卧床时间长、术后恢复慢、胃肠道恢复时间及平均住院时间长,术后切口感染、肠粘连肠梗阻的发生机会增加。随着腹腔镜技术的开展和推广,临床上以腹腔镜代替传统的治疗手段应用于肠套叠病例越来越多,并以其显著的优点得到肯定^[5-7]。腹腔镜手术避免了开腹探查的盲目性,具有创伤小、手术时间短、术后恢复快、并发症少等优势^[8]。

腹腔镜在小肠型肠套叠手术探查中可以起到诊断

与鉴别诊断的作用,能排除肠痉挛、蛔虫病、肠炎、过敏性紫癜或粪石性肠梗阻等疾病,即使为阴性探查,对患儿的创伤也小,并且基本不影响腹部皮肤的美观。本组中有1例经腹腔镜探查证实不是肠套叠,而是蛔虫性肠梗阻,中转开腹,效果良好。但是如误诊或漏诊,可引起肠坏死、肠穿孔等严重并发症,甚至危及生命。如怀疑为小肠型肠套叠,需积极手术治疗。如确诊为小肠型肠套叠,可先在腹腔镜下试行复位;如复位不成功,考虑器质性病变时,无需“扩大切口”行剖腹手法复位术,只需沿脐轮弧形扩大套管切口至2~3 cm后将套叠肠管提出腹腔外行手法整复或病变肠管切除肠吻合术。本组14例腹腔镜辅助手术治疗小肠型肠套叠,手术效果好,术后无并发症。

腹腔镜诊断治疗小肠型肠套叠的禁忌证包括:全身情况显著不良,严重脱水,精神萎靡,高热或休克等症状;高度腹胀,腹部压痛反跳痛,疑有腹膜炎;年龄较小的婴儿,不能耐受腹腔镜手术。均须在积极补液,胃肠减压,纠正水电解质酸碱平衡紊乱后,立即准备剖腹探查。

综上所述,本研究结果提示腹腔镜辅助诊断治疗小肠型肠套叠安全可靠,值得推广,但相关结论仍有待进一步大样本研究证实。

[参考文献]

[1] 张金哲,潘绍川,黄澄如.实用小儿外科学[M].浙江:浙江科学技术出版社,2003:768.

- [2] Fraser J D, Aguayo P, Ho B, Sharp S W, Ostlie D J, Holcomb G W 3rd, et al. Laparoscopic management of intussusception in pediatric patients[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2009, 19: 563-565.
- [3] Huppertz H I, Soriano-Gabarró M, Grimpel E, Franco E, Mezner Z, Desselberger U, et al. Intussusception among young children in Europe[J]. Pediatr Infect Dis J, 2006, 25(1 Suppl): S22-S29.
- [4] Takeuchi M, Osamura T, Yasunaga H, Horiguchi H, Hashimoto H, Matsuda S. Intussusception among Japanese children: an epidemiologic study using an administrative database[J]. BMC Pediatr, 2012, 12: 36.
- [5] Ponsky T A, Rothenberg S S. Minimally invasive surgery in infants less than 5 kg: experience of 649 cases [J]. Surg Endosc, 2008, 22: 2214-2219.
- [6] Kia K F, Mony V K, Drongowski R A, Golladay E S, Geiger J D, Hirschl R B, et al. Laparoscopic vs open surgical approach for intussusception requiring operative intervention[J]. J Pediatr Surg, 2005, 40: 281-284.
- [7] Burjonrappa S C. Laparoscopic reduction of intussusception: an evolving therapeutic option[J]. JSLS, 2007, 11: 235-237.
- [8] Bruzoni M, Dutta S. Single-site umbilical laparoscopic splenectomy[J]. Semin Pediatr Surg, 2011, 20: 212-218.

[本文编辑] 贾泽军