

先天性肠闭锁 16例治疗体会

徐建中, 宫 莉

[摘要]目的: 总结先天性肠闭锁的治疗体会。方法: 回顾性分析 16例先天性肠闭锁患儿临床资料, 其中十二指肠闭锁 1例, 空肠闭锁 8例, 回肠闭锁 6例, 结肠闭锁 1例; I型 3例, III型 13例; 行十二指肠-空肠侧侧菱形吻合 1例, 隔膜切除肠管纵切横缝 1例, 闭锁肠段肠切除端斜吻合 14例。结果: 1例术后第 6天出现吻合口瘘后弃医, 治愈 15例, 治愈率 93.75%。结论: 早期手术和选择合理的术式可提高治愈率; 术后禁食 2周, 全胃肠外营养, 有利于吻合口愈合; 早期石蜡油灌肠有利于肠蠕动恢复。

[关键词] 肠闭锁; 肠, 小 / 外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 726.2 R 656.7 [文献标识码] A

Therapeutic understand for 16 Patients with congenital intestinal atresia

XU Jianzhong Gong Li

(Department of Pediatric Surgery, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] Objective: To summarize the experience of treatment of congenital intestinal atresia. Methods: The clinical data of 16 patients with congenital intestinal atresia were reviewed, including one patient with duodenal atresia, eight patients with jejunal atresia, 6 patients with ileum atresia and one patient with colonic atresia. There were 3 patients with type I atresia and 13 patients with type III. One patient was treated with diamond duodeno-jejunal stomy, one underwent septum resection and then longitudinal anastomosis, and 14 underwent end-to-back anastomosis. Results: The treatment for one patient gave up postoperatively after anastomatic leakage while 15 were cured with the cure rate up to 93.75%. Conclusions: Early operation and the appropriate surgical procedures are crucial to improve the cure rate. The postoperative fasting for 2 weeks and total parenteral nutrition management are favorable for healing. The paraffinum enema helps intestinal peristalsis.

[Key words] intestinal atresia; intestine, small; surgery

[收稿日期] 2006-03-13

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 小儿外科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 徐建中 (1972-), 男, 主治医师。

先天性肠闭锁是新生儿常见的消化道畸形之一, 其病理类型多样, 根据临床表现, 早期诊断较易,

生应激性炎症反应和水肿, 并与周围正常组织发生粘连、牵拉, 造成食管扭曲变形移位。在治疗过程中随着水肿的消退和肿瘤组织自身的缩小、消退, 变形移位的食管也逐渐恢复到正常的位置, 靶中心也随之发生了改变。而腔内、蕈伞型食管癌其病变主要是由黏膜面向腔内突出呈圆形或卵圆形, 边缘光滑整齐, 较少向外浸透肌层。狭窄型食管癌肿瘤组织围绕管壁呈环形浸润发展, 形成对称性的向心性狭窄, 管壁僵硬。它们的病变范围一般都比较局限, 发生食管位置偏移的几率较小, 即使发生偏移幅度也偏小, 所造成的靶中心移位几率和幅度也相对较小。王和报道^[5], 食管癌患者放疗过程中靶中心左右移位 5 mm 以上者高达 56.3%, 病变长度 5 cm 以上者移动几率和移动幅度都明显大于 5 cm 以下者, 这一点与笔者研究结果也基本相符, 究其原因笔者认为可能与病变的外侵有关。有文献报道^[6], 当食管病变长度 > 5 cm 时肿瘤外侵率可达 50% 左右, 而病变长度 < 5 cm 时肿瘤外侵率只有 25% 左右。

本组资料统计结果显示, 患者的年龄、性别及肿瘤的组织学类型与靶中心移位无明显相关性, 食管

癌病变部位、病变长度、X线大体类型及软组织肿块阴影是影响靶中心移位的相关因素。故笔者建议对于病变位于中下段、长度在 5 cm 以上、周围伴有明显软组织肿块阴影及病变属于溃疡型和髓质型食管癌, 凡有以上临床情况之一者, 在其肿瘤剂量达 20 Gy 时可考虑给予复核定位, 并于 40 Gy 时再次给予重新复核定位, 以及时准确地校正靶中心的移位, 确保治疗计划的准确实施, 提高放疗疗效。

[参 考 文 献]

- [1] 汤钊猷主编. 现代肿瘤学 [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993: 345-368
- [2] SnalleYSR, Gunderson LL, ReddyEK, et al. Radiotherapy alone in esophageal carcinoma [J]. Semin Oncol, 1994, 21(4): 467-473.
- [3] 李德锐, 陈志坚, 林志雄, 等. 食管癌内外放射治疗剂量与疗效关系的随机前瞻研究 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 1999, 8(1): 24-26
- [4] 黄瑾瑜. 228例食管癌模拟定位分析 [J]. 福建医药杂志, 2000, 22(5): 72-73.
- [5] 王 和. 128例食管癌放疗中二次定位的临床分析 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 1996, 5(4): 276
- [6] 卢 钊, 郎锦义, 王冀川, 等. 食管 X片判断食管癌外侵的探讨 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 1995, 4(1): 50.

但如不及时治疗,将严重威胁患儿生命。2000~2005年,我科共收治先天性肠闭锁 16例,治疗效果满意,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 16例中,男 14例,女 2例;日龄 1~14天。第一胎 14例,第二胎 2例;13例足月自然分娩,3例足月剖宫产;出生体重均在 2.5 kg以上,1例产前 B超检查提示消化道畸形。

1.2 临床表现及诊断 所有患儿均在出生后 48 h内出现频繁呕吐,其中 7例生后 12 h内即出现呕吐。呕吐物为胆汁样或粪样物。5例无胎粪排出,11例仅排出少量白色黏液便。上腹部饱胀 6例,全腹膨隆 10例;所有患儿均可见胃、肠型及蠕动波。腹部立位平片除 1例显示“双泡征”外,其余均为阶梯状气液平表现,且盆腔呈致密实影,结肠内未见气体。钡剂灌肠摄片显示幼稚型或胎儿型结肠 7例。

1.3 手术方法 本组 16例中行十二指肠—空肠侧侧菱形吻合 1例,隔膜切除肠管纵切横缝 1例,其余行闭锁近端切除 20 cm;远端切除 5 cm,并于远端注入生理盐水冲洗直至液体从肛门排出为止,然后酌情将远端肠管对系膜缘纵行切开,用 3-0或 5-0丝线或无损伤线行端斜单层内翻吻合。

1.4 手术所见 术中发现空肠闭锁 8例,回肠闭锁 6例,十二指肠闭锁 1例,结肠闭锁 1例;其中空肠上端隔膜型闭锁 1例,十二指肠隔膜型闭锁 1例,升结肠隔膜型闭锁 1例,其余均为 II型。合并胎粪性腹膜炎 3例。闭锁近端的肠管均显著膨大,直径 3~5 cm;肠壁水肿、肥厚,蠕动能力差,内有大量肠内容物和气体滞留;闭锁远端的小肠和结肠均萎缩细小,直径仅 0.3~0.5 cm;肠腔内无胎粪及气体,仅有少量黏液。

1.5 术后处理 置婴儿培养箱,继续胃肠减压、禁食 2周,行全胃肠外营养,并于术后第 2天开始给予石蜡油 10 ml 灌肠,每日 1次。7~10天排便通畅后,拔除胃管,2周后开始母乳喂养,从 10 ml 开始,如无腹胀、呕吐,渐增量至正常哺乳。

2 结果

1例术后第 6天出现吻合口瘘后弃医,其余 15例均存活,痊愈出院。1例术后 10个月发生粘连性肠梗阻,经禁食、补液治疗后痊愈。

3 讨论

手术是治疗先天性肠闭锁的唯一有效方法。一

旦确诊应及时手术,根据术中发现选择合理的手术方式是提高治愈率的关键之一^[1]。本组 1例十二指肠闭锁为隔膜型,闭锁部位在十二指肠乳头下方,为免损伤十二指肠乳头,采用十二指肠—空肠侧侧菱形吻合;1例空肠隔膜型闭锁,采用隔膜切除纵切横缝术;其余均采用肠切除端斜吻合术。

手术操作应注意:(1)除隔膜型外,近端膨大肠管应切除 20 cm;远端切除 5 cm。研究发现^[2]:肠壁内神经丛和神经节细胞对肠蠕动功能起重要作用,除隔膜型外,其余各型闭锁远近端肠管壁内神经丛和神经节细胞均显著减少,其范围近端约 10 cm;远端约 2~3 cm。超范围切除病变肠管,有利于术后肠功能的恢复及减少吻合口瘘的发生。(2)吻合前应将远端肠管对系膜缘纵行切开,使其口径与近端肠管尽量一致,这样可以扩大吻合口径,有利于肠内容物顺利通过,并且有利于避免吻合口狭窄。(3)吻合前用生理盐水冲洗远端肠管,直至液体自肛门排出,一方面可发现有无它处遗漏的闭锁,另一方面也可冲出远端肠管内容物,以利于术后肠功能恢复;另外还可使远端肠管膨大,有利于吻合。(4)吻合时采用小针细线或无损伤缝线,单层吻合法^[3]。这样可减轻组织反应,避免吻合口边缘组织过多内翻,可减少术后吻合口梗阻或狭窄的发生。

术后患儿一般 3~4天后即有排便、排气,此时仍应坚持胃肠减压、禁食 2周,使吻合口在尽量减少活动的状态下利于愈合。过早进食,吻合口尚处于组织水肿阶段,且远端肠功能尚未恢复,不利于吻合口的愈合,甚至可导致吻合口瘘的发生。禁食期间,尤其阴凉天气,患儿应置婴儿培养箱,采用全胃肠外营养,并适当给予血浆、白蛋白,这对于维持患儿体温,减轻机体负担,避免术后应激反应的发生以及吻合口的愈合起重要作用。本组患儿术后均采用早期少量石蜡油灌肠^[4],这是由于远端肠管长期无物通过,处于废用性状态,无正常蠕动;尤其是结肠均为胎儿型或幼稚型,吸收及排出功能均不良。术后早期少量石蜡油灌肠,可刺激远端肠管肠蠕动的恢复,也有利于肠功能的恢复。

[参 考 文 献]

- [1] 王练英,张志波,李正. 新生儿肠闭锁的治疗[J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22(6): 340
- [2] 尚海,王练英,李正. 先天性肠闭锁肠壁肽能神经免疫组织化学研究[J]. 中华小儿外科杂志, 1998, 19(6): 366-367
- [3] 徐万华,谢宝珊,李毓秀,等. 新生儿肠闭锁改良肠单层吻合术的实验研究及临床应用[J]. 中华小儿外科杂志, 1997, 18(2): 94-96
- [4] 芮有臣,宫莉,杨永康. 先天性肠闭锁治疗的改进[J]. 蚌埠医学院学报, 1999, 24(6): 404-405