

小儿肠造瘘术后关瘘时机选择(附 58 例分析)

卢琪 周小渔 刘朝阳

(湖南省儿童医院普外科,湖南 长沙 410007)

[中图分类号] R726 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2012)01-0069-02

肠造瘘术是小儿外科常用的治疗方法之一。与成人相比较,小儿的麻醉手术耐受性较差,故对于手术条件差、病情复杂的患儿,或者是一些先天直肠会阴畸形患儿,都需行暂时性肠造瘘术。对于暂时性肠造瘘术后患儿,因造瘘口并发症较多,护理困难以及家庭社会心理压力等原因,家长总期望尽早行关瘘手术以恢复患儿正常生活,而且尽早关瘘也有助于减少并发症发生^[1]。通常认为在理想条件下关瘘术的实行应在造瘘术后3个月左右较为合适^[2],这样既能够有足够的时间让患儿恢复,又不至由于关瘘时间间隔过长导致并发症的发生。但具体到每个造瘘患儿的实际情况,机械地选择间隔3个月为关瘘时间则有失妥当,需根据原发病情况、造瘘部位、造瘘原因和并发症情况灵活处理,制定个体化的治疗方案实行关瘘手术。2007~2008年我院收治因各种原因行肠造瘘术患儿58例,并根据患儿不同造瘘原因选择关瘘时机,现将经验报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2007~2008年我院共收治58例因各种原因行肠造瘘手术患儿,其中男33例,女25例。行关瘘手术时患儿年龄最小的4个月,最大8岁。造瘘位置位于回肠末端27例,横结肠15例,乙状结肠16例。根据造瘘的原因不同将58例患儿分为3组:①分步骤治疗手术造瘘21例(第一组):先天性无肛(高位)直肠阴道瘘8例,一穴肛1例,先天性无肛(高位)合并直肠尿道瘘12例;②旷置肠管的造瘘30例(第二组):坏死性小肠结肠炎8例,急性肠套叠伴肠坏死7例,绞窄性肠梗阻3例,迈克尔憩室炎合并穿孔5例,会阴直肠外伤3例,先天性巨结肠症伴小肠结

肠炎4例;③原因不明的肠道梗阻或者肠穿孔7例(第三组)。

1.2 关瘘标准和时间

原发病治疗完成,一般情况良好,完善钡灌肠检查远端肠管通畅者,可以实行关瘘手术。对于术前检查有营养不良、水电解质失衡以及造瘘口皮炎患儿,给予抗炎、静脉营养支持以及造瘘口护理等治疗,待情况好转后施行手术。对于腹泻严重,难以维持水电解质平衡患儿则适当提前手术。以造瘘手术开始计算,全部病例中,最短关瘘时间为10d,最长为11个月。3组患儿的关瘘时间见表1。

表1 3组患儿的关瘘时间 (d)

组别	例数	最短关瘘时间	最长关瘘时间	平均
第一组	21	86	172	123
第二组	30	10	132	68
第三组	7	146	320	234

1.3 关瘘手术方式

沿原造瘘口环形切口入腹,入腹后分离粘连,游离造瘘口肠管后切除连同造瘘口在内的小段肠管(一般为5cm左右),6-0无损伤线端端吻合肠管。

2 结果

54例通过肛门或者双口造瘘的远端瘘口用碘水或者稀钡行肠道造影检查。4例未行造影检查,均为第二组患儿,原因为原发病部位在小肠,病情较重且无便秘和排便困难病史。第一、二组病例行肠道造影检查均提示肠道通畅或未见异常瘘道。第三组病例均用稀钡行钡灌肠造影,报告提示7例钡灌肠24h后复查钡剂均未完全排出,结肠内潴留钡剂

[收稿日期]2011-08-25;[修回日期]2011-10-10
[作者简介]卢琪,男,硕士,主治医师。

约占总量的20%~90%。18例造瘘手术时行病理检查,其中11例报告为符合原发病。第三组病例在造瘘手术时均已取结肠多点活检,其中2例手术后确诊为先天性巨结肠症,已行巨结肠根治手术;5例报告为结肠组织可见神经元细胞,发育不良。

本组全部病例均实行造瘘口肠管切除肠吻合术。其中57例行关瘘手术后2~5d内顺利恢复排便,1例手术后出现腹胀、吻合口瘘而再次手术行全结肠切除后恢复排便。

3 讨论

成功进行关瘘手术尽量减少并发症取决于相当多的因素^[3],能够实行关瘘手术的前提条件是明确造瘘远端肠管是否通畅。肠道造影检查是了解远端肠管是否通畅的最好方法。常用碘水或者稀钡通过肛门或者双口造瘘的远端瘘口进行。该检查不仅可以了解远端肠管的长度,扩张程度,还可以帮助了解直肠尿道瘘是否修补成功。钡灌肠则可以根据24h后复查钡剂排出情况了解远端结肠蠕动功能^[4]。7例钡灌肠造影有异常表现,决定关瘘手术方案时需结合病理检查结果以及第一次造瘘手术前排便情况慎重考虑。

针对造瘘原因不同,选择不同的关瘘时机。①分步骤有计划的造瘘:诸如直肠阴道瘘、直肠尿道瘘、一穴肛等疾病。这类疾病在实行根治手术前需要为粪便改道而造瘘以减轻会阴部手术部位的感染,造瘘部位一般多在横结肠和乙状结肠,肠道功能与造瘘前生理状况相接近,手术后患儿营养状况、水电解质平衡基本不受影响,故可待原发病根治手术完成,功能恢复良好后实行关瘘手术。关瘘时间大多为3~6个月左右。②旷置肠管的造瘘:坏死性小肠炎、急性肠套叠、腹部外伤等引起的肠穿孔、肠坏死。这类疾病原发病明确且较为严重,常合并休克等症状,或者腹腔污染特别严重,一方面需要让病变肠管旷置休息,另一方面患儿基础条件较差,无法耐受过长时间的手术打击,必须在尽量短的时间内结束手术而选择造瘘。在理想状况下,关瘘时机选择需待原发病缓解,患儿腹腔炎症吸收后进行。但是,此类患儿造瘘部位常位于回肠末端甚至更高位置,水电解质丢失较为严重^[5],对于这种情况,处理原则是手术后给予强有力的抗炎支持等治疗,待患儿情况稍好转则尽早实行关瘘手术。本组病例中属于该种情况者最早关瘘时间为造瘘术后10d,接受关

瘘手术后患儿电解质严重丢失的状况迅速好转,术后继续支持治疗,肠道功能均恢复正常。③原因不明的肠道梗阻或者肠穿孔。该类病例常见于新生儿,往往因腹胀、不明原因的肠梗阻或者肠穿孔行剖腹探查手术,但手术治疗仍不能够明确梗阻穿孔原因,一般选择回肠末端或者病变部位近端行造瘘手术,同时取结肠组织多点活检,以帮助明确最终诊断。本组病例中属于该种情况的有7例患儿,其中2例造瘘手术后病检提示诊断为先天性巨结肠症,予行巨结肠根治手术后关瘘,效果良好;5例造瘘时行结肠多点活检提示肠神经节细胞稀少或者肠神经节细胞发育不良,如果执行关瘘手术,有可能出现肠梗阻甚至肠瘘并发症,使治疗陷入两难中。本研究的处理经验是:①延迟关瘘时间至患儿1岁左右,给予患儿肠道神经节细胞继续发育的时间。②术前完善钡灌肠、肛管测压以及活检等手段综合分析帮助明确诊断^[6]。③关瘘手术中再次行快速病检确认上次病检结果。④在与患儿家长充分沟通的前提下试行关瘘并密切观察腹部情况,如有出现肠梗阻表现则根据病情需要安排再次手术处理。⑤对于乙状结肠或者横结肠造瘘患儿,如果造瘘期间瘘口排便良好而造瘘口远端肠道功能不良者可以考虑行远端结肠切除,造瘘口肠管直接拖下吻合直肠肌鞘。本组5例造瘘时活检提示肠神经节细胞发育不良患儿均行关瘘手术,4例患儿肠道功能恢复效果良好;1例试行关瘘手术后因再次出现肠梗阻和最终诊断为先天性巨结肠类源病而行全结肠切除。

[参 考 文 献]

- [1] Cigdem MK, Onen A, Duran H, Oztürk H, Otçu S. The mechanical complications of colostomy in infants and children: analysis of 473 cases of a single center[J]. *Pediatr Surg Int*, 2006, 22(8): 671-676.
- [2] 尹强,周小渔,肖雅玲. 425例小儿肠造瘘分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2008, 17(4): 372-374.
- [3] Bischoff A, Levitt MA, Lawal TA, Peña A. Colostomy closure: how to avoid complications[J]. *Pediatr Surg Int*, 2010, 26(11): 1087-1092.
- [4] 黄文波. X线诊断婴幼儿先天性巨结肠12例[J]. *实用医学杂志*, 2008, 24(2): 228-229.
- [5] Steinau G, Ruhl KM, Hörnchen H, Schumpelick V. Enterostomy complications in infancy and childhood[J]. *Langenbecks Arch Surg*, 2001, 386(5): 346-349.
- [6] 孙晓毅,王果,郭先娥,袁继炎,史慧芬. 巨结肠类缘性疾病肛管测压、直肠黏膜活检和钡灌肠检查的意义[J]. *中华小儿外科杂志*, 2004, 25(4): 331-334.

(本文编辑:邓芳明)