

腹腔镜辅助下小儿肠道异物取出术 2 例报告

雷霆,周军

(陕西中医学院附属医院普外科,陕西 咸阳 712000)

[中图分类号] R574.2 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)03-0415-03

对 2 例肠道异物的患儿,采用腹腔镜技术,均成功取出异物,报道如下。

1 临床资料

2 例患儿年龄分别为 2 岁和 3 岁,以“急性肠梗阻”来我院就诊。追问病史,病程 2~3 d,其中 1 例患儿病前有贪食枣类史。体查:腹部稍膨隆,无胃肠形及蠕动波,腹软,全腹无包块,无固定压痛部位,腹部移动性浊音阴性,肠鸣音活跃。辅助检查:血常规、电解质基本正常;腹部平片及腹部 CT 平扫提示“肠梗阻”;B 超检查提示:“肝胆胰脾及双肾声像图未见异常”。住院后通过灌肠、胃肠减压,抗感染输液等保守治疗无效,遂急诊行腹腔镜辅助下手术治疗,2 例术中诊断均为粪石性肠梗阻。

患儿均采用气管插管全麻,首先自脐环置入 10 mm Trocar 建立 CO₂ 气腹,气压控制在 10~12 mmHg。由此放入奥林巴斯 30 度腹腔镜,镜头从 Treitz 韧带开始依次探查至回盲部,寻找并确定病灶部位,明确异物大小及肠管血运情况,定位后于病灶上下方相应部位分别平行于腹中线放置 5 mm Trocar 各一个,以便插入无损伤钳,牵引含粪石的肠管至脐下,延长脐部 Trocar 孔 3~5 cm 切开腹壁组织,保护切口,将该肠管提出腹腔外,以减少腹腔污染率。根据异物的质地及性质先试行手法挤碎;若失败再行肠管异物切开取出术;如果肠道异物已引起肠管血运差、且肠系膜经 1% 利多卡因局麻封闭或热敷无效时,行部分肠管切除术。术后将牵出的肠管外涂纤维蛋白胶,还纳入腹腔,以预防术后肠粘连梗阻发生。最后以低气压(6~8 mmHg)重新建立气腹观察缝合段肠管的血运情况及有无活动性出

血,并且逐层关闭切口,不必冲洗腹腔。

本组 1 例患儿行腹腔镜辅助下肠腔切开异物取出术;另 1 例行腹腔镜辅助下部分肠管切除术。2 例患儿术后 12 h 内均通气排便,术后 3 d 后进食,术后 5 d 后治愈出院。随访 1 年无手术并发症。

2 讨论

自 20 世纪 90 年代起,以腹腔镜手术为代表的微创外科手术,给外科界带来了巨大冲击。通过腹腔镜技术使外科医生的手和眼得以延伸,不仅解决了手术入路并不改变充分暴露的外科本质,而且维持最佳的内环境,以最小的手术切口,最轻的炎症反应,最少的瘢痕愈合达到最佳的治疗效果。近 20 年以来该项技术已被众多国内小儿外科医师掌握,它的优越性是切口小,疤痕轻微,几乎看不到,术后恢复包括进食,肠蠕动和工作学习等正常活动所需时间缩短,术后并发肠粘连肠梗阻少,并消除了伤口裂开的隐患。

我院对这 2 例肠道异物患儿在术前诊断并不明确,主要由于“粪石性肠梗阻”早期诊断比较困难,术前不可能进行消化道钡透,胶囊内镜,小肠镜等直接检查。我们正是考虑到传统剖腹探查术中异物定位寻找困难,创伤大,并发症发生率高,故尝试选择应用腹腔镜技术迅速定位,明确诊断,以微创切口取出肠道粪石,降低对患儿机体免疫、应激、代谢、呼吸循环等方面的影响,最大程度地维持了机体内环境稳定。此 2 例治疗的经验提示,腹腔镜辅助下肠道异物取出术既可以完成对病灶探查,又可以施行根治性治疗,同时具备创伤小的优点。

[收稿日期]2007-08-04;[修回日期]2007-10-27
[作者简介]雷霆,硕士,主治医师,主攻方向:普通外科。