文章编号:1000-5404(2013)16-1769-02

经验交流

12例经脐单孔腹腔镜治疗小儿肠套叠临床分析

李学远,陈红兵,李 健,杨少伟,刘 建 (523750 广东 东莞,东莞市黄江医院外二科)

[关键词] 经脐单孔;腹腔镜;肠套叠;小儿肠套叠复位
[中图法分类号] R725.743.05 [文献标志码] B

肠套叠是婴幼儿常见的急腹症之一,空气或气钡灌肠是诊断与治疗该病的主要方法,空气灌肠复位成功率可达90%以上[1],也有报道高达96.4%~96.8%[2-4],但仍有部分病例经非手术治疗失败后需手术治疗。传统的方法是开腹直视下行肠套叠复位,如并发肠穿孔或肠坏死同时行肠切除吻合术或肠管造瘘术。随着腹腔镜技术的发展和外科领域的广泛应用,如今腹腔镜下能完成多种手术。我院普外科于2010年1月至2012年12月开展经脐单孔腹腔镜下小儿肠套叠复位术共12例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共收治12例,包括男性8例,女性4例,年龄5个月至6岁。临床表现为阵发性腹痛,呕吐,果酱样血便,腹肌软,无腹膜炎体征,脐右上可扪及肿块,右下腹空虚感。腹部B超提示右中腹部低回声包块,有同心圆征。空气或气钡灌肠X线造影:空气或钡剂在结肠受阻,阻端钡剂呈"杯口"状,确诊为肠套叠,经空气或气钡灌肠,套叠肠管不能完全复位,即肠套叠复位失败转而选择手术治疗。

1.2 方法

本组病例均在全麻下进行手术,术前行输液纠正脱水及电解质紊乱,并经空气或气钡灌肠造影诊断治疗后肠套叠复位失败。采用经脐单孔入路法进行操作。全麻成功后,于脐下缘行3.0 cm切口,插入Veress针缓慢注入CO_2气体,待气腹压压力逐渐升至6~8 mmHg并持续维持,于脐部下缘切口处置入带有多个操作孔道的穿刺管,置入30°腹腔镜和器械,腹腔镜探查腹腔,自肝右下缘沿右腹侧壁下探找到升结肠,再沿升结肠找到肠套叠头部,用无损伤肠钳交替挤压肠套叠头部管远端肠管,使肠套叠肠管缓慢退出,至回盲部时,可轻钳夹盲肠壁和末端回肠,轻轻推拉与牵引直至套叠肠管完全复位,成功后查探肠管有无损伤、坏死和穿孔等情况,如有及时中转开腹手术。操作中如使用2 mm器械推拉未获得成功,试用5 mm器械操作,如仍不能成功考虑中转开腹手术[5],本组病例均使用5 mm无损伤抓钳。有报道腹腔镜直视下难以复位时,经肛门空气灌肠辅助腹腔镜肠套叠复位可获得良好的效果[6]。肠套叠完全复位后,直视下可见各肠管恢复显现正常解剖结构,近段肠管因梗阻积气、积液扩张,复位后用无损伤抓钳交替挤压近段肠管内肠液、肠气易顺利进入远段肠管,远段肠管则因瘪陷变得部分充盈,手术后患儿腹肌软,术前腹部包块消失,患儿清醒后安静无哭闹,肠道功能恢复后肛门有排气、排便。

2 结果

全组病例11例成功经脐单孔腹腔镜下完成肠套叠复位,1例因术中发现有美克尔憩室,改为多孔法腹腔镜下复位同时用Endo-surgery切除Meckel憩室,无中转开腹手术。手术时间45~75 min,术后18 h至1.5 d肛门排气、排便,无粘液样血便,术后24~30 h进饮食,住院4.5~6 d痊愈出院。术后随访3个月至1年10个月未发现切口感染、瘢痕增生、脐疝、肠粘连并肠梗阻等并发症。

3 讨论

肠套叠是指部分肠管及其系膜套入与其相连的肠管内,以婴幼儿最为多见,2岁以下者居多,有典型腹痛、果酱样便血和腹部肿块典型体征,结合腹部超声和X线空气或气钡灌肠造影可明确诊断同时又可复位治疗,早期复位成功率高,部分因非手术治疗失败,或肠套叠并肠坏死、穿孔、全身情况差等,需行手术复位治疗或并肠穿孔修补、肠切除吻合术或肠管造瘘术,传统开腹下肠套叠复位术是一种安全可靠的手术,但是开腹手术需在腹壁切开较大切口,术中牵拉切口,并将肠管暴露切口外,易导致切口和肠管损伤,术后出现切口感染、肠粘连等并发症,同时腹部遗留手术切口瘢痕,术后恢复慢。而腹腔镜手术因其安全、微创、术后疼痛轻、住院时间短、美容效果好等特点在临床广泛应用,是外科手术发展的方向。随着腹腔镜技术日益成熟,腹腔镜手术已成为治疗许多疾病手术的金标准。目前已由多孔法腹腔镜手术发展到单孔法腹腔镜手术,并且NOTES手术报道也越来越多。腹腔镜手术不仅在三级医院开展得如火如荼,在基层医院也有声有色。我院经过多年腹腔镜手术经验积累,通过引进改进升级腹腔镜器械,如适合单孔腹腔镜手术的多关节可旋转器械,基于追求更加完美微创手术理念,我院于2010年开始开展较为简单的经脐单孔腹腔镜小儿肠套叠复位术。单孔腹腔镜手术由于腹腔镜和操作器械几乎平行进入腹腔,造成一系列操作困难,主要表现为直线视野,器械平行操作,腹腔镜外Trocar和器械手柄相互拥挤,因此我们选择不需切割缝合和精细操作的小儿肠套叠复位手术,有利手术完成,体会总结如下:(1)首先操作者要有熟练的腹腔镜技能基

[通信作者] 李学远,E-mail:li_xue_yuan@163.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130530.0838.010.html(2013-05-30)

础,并经过一段时间单孔腹腔镜下曲线操作学习,逐渐适应单孔腹腔镜操作;(2)改变原来操作习惯,贯彻交叉操作理念,即在腹腔内进行反向操作,右手器械向左,左手器械向右;(3)腹腔镜宜选择30°为佳,以免手术中显示不同角度而过多移动腹腔镜,方便操作;(4)开展单孔腹腔镜手术初期宜选择操作相对简单手术病种;(5)通过调整患者体位,运用重力作用来协助暴露器官;(6)发现单孔腹腔镜下无法完成手术及时改为多孔法腹腔镜下手术或开腹手术以保证手术安全完成。

肠套叠因部分肠管及其系膜套入与其相连的肠管内导致肠梗阻,随着病情发展,套入肠管逐渐增多,肠管壁受压导致肠管壁水肿渗出,随着肠腔压力升高套入肠壁出现缺血、坏死、穿孔,因此早期诊断治疗是治疗该病的关键。关于何时手术,选择何种手术方式,我们的体会是病程在24 h以内多数可经非手术治疗复位,复位治疗失败首选腹腔镜微创复位手术;病程24~48 h,非手术治疗失败,患儿一般情况尚好,无腹膜炎体征可尝试选择腹腔镜微创治疗;病程超过48 h多并有肠绞榨、肠壁缺血坏死可能,由于肠管嵌顿水肿严重,腹腔镜下也难以复位及处理肠管并发症,不宜腹腔镜微创下手术,更不主张非手术复位治疗以免导致肠穿孔,因此病程已超过48 h,或怀疑有肠坏死,或灌肠后出现腹膜炎体征及全身情况恶化,首选开腹手术[7]。

综上所述,经脐单孔腹腔镜肠套叠复位手术是安全可行的,较传统开腹手术术后效果好,微创、美观等,同多孔腹腔镜手术相比仅脐部有一伤口,愈合后隐蔽,更具有微创美观,但手术操作难度较大,有一定局限性,应掌握手术适应证并根据手术中情况及时调整手术方式。

参考文献:

[1] 王果, 李振东. 小儿肛肠外科学[M]. 郑州:中原农民出版社, 1999: 158-165.
[2] 张欣贤. 2037例小儿急性肠套叠的诊治体会[J]. 临床小儿外科杂志, 2005, 4(1): 24-27.
[3] 陈浩. 空气灌肠诊治小儿肠套叠临床价值[J]. 吉林医学, 2012, 33(36): 7937-7938.
[4] 张亦鹏, 石英佐, 于忠勤, 等. 670例小儿肠套叠空气灌肠治疗临床分析[J]. 江苏医药, 2012, 38(23): 2895-2896.
[5] 郑凯, 胡敏. 腹腔镜在小儿肠套叠复位术中的应用[J]. 临床小儿外科杂志, 2008, 7(1): 43-44.
[6] 卢贤映, 黄河, 高群, 等. 腹腔镜手术治疗小儿急性肠套叠36例报告[J]. 腹腔镜外科杂志,2011, 16(10): 772.
[7] 陈孝平. 外科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2011: 559.

(**收稿**:2013-04-25;**修回**:2013-05-09)
(编辑 龙 亮)

经验交流

文章编号:1000-5404(2013)16-1770-03

颅内皮样囊肿破裂MRI表现

杨 璐,程敬亮,张 勇,白 洁,孙梦恬,林亚南,张晓楠 (450052 郑州,郑州大学第一附属医院磁共振科)

[**关键词**] 颅内皮样囊肿;破裂;磁共振成像;脂滴
[**中图法分类号**] R741.04 [**文献标志码**] B

颅内皮样囊肿是先天性的良性肿瘤,占颅内肿瘤的0.04%~0.6%[1]。颅内皮样囊肿破裂较少见,我们收集18例经手术病理证实为颅内皮样囊肿破裂的病例,分析其MRI表现,以提高对该病的认识。

1 资料与方法

收集我院2000年3月至2012年11月经手术病理证实的颅内皮样囊肿破裂者18例,其中男性13例,女性5例,年龄19~54岁,平均33.5岁。临床症状主要有头痛、恶心、癫痫、发热、视力下降、意识丧失,其中2例有外伤史;3例无脑部症状。病程5 d至3年不等。患者术前均行MRI平扫,7例同时行MRI增强扫描。

采用Siemens 3.0T超导MRI扫描机,常规平扫行横轴位自旋回波序列T_1WI、快速自旋回波序列T_2WI、脂肪抑制序列,层厚5 mm,层间距1.5 mm。DWI采用单次激发EPI序列,b值为1 000 s/mm^2。MRI增强扫描使用Gd-DTPA,以0.1 mmol/kg经肘静脉快速注射,行T_1WI横轴位、矢状位及冠状位成像。

2 结果

2.1 肿瘤位置、大小及形态

18例皮样囊肿位于鞍上5例,鞍旁3例,桥小脑角区3例,前颅底中线旁3例,颞极2例,桥前池1例,额颞部1例。肿瘤最大径2.2~8.8 cm,平均5.2cm。形态为类圆形12例,不规则状6例。

2.2 肿瘤的MRI表现

皮样囊肿原发灶有16例在T_1WI上呈高信号或混杂高信号(图1A),T_2WI呈混杂高信号(图1B),其中有2例病变内可见片状短T_1短T_2信号并可见明显分层现象;另外2例病变呈长T_1长T_2信号。DWI序列上12例病变呈等信号,6例呈混杂高信号。颅内的游离脂滴在T_1WI和T_2WI均为高信号(图1C),脂肪抑制序列呈极低信号。轴位图像上见脂滴位于脑室、

[**通信作者**] 程敬亮,E-mail: cjr.chjl@vip.163.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130305.1419.001.html(2013-03-05)