维普资讯 http://www.cqvip.com

133-134

第21卷 第2期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.2
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTAE MEDICINAE CHONGQING 1996

儿童美克耳憩室的临床及病理学特征

儿童医院外科 金先庆 伍 峰 谈必龙 蒲从伦 李晓庆 刘 昕

提 要 本文报告近15年113例经手术及病理证实的美克耳憩室，并发症主要为肠梗阻，憩室炎，憩室穿孔及下消化道出血等。病理学特征为憩室距回盲部平均距离为46.6cm，81例中18例憩室含有异位胃粘膜或(和)胰腺组织。讨论了提高术前确诊率及规范手术的临床意义。

关键词 儿童;美克耳憩室;诊断;治疗
中图分类号 R572.53

R726.566

美克耳憩室是最常见的消化道畸形，发病率约占正常人群的2%，其中5%病例可出现临床症状，儿童发病率明显高于成人，常见并发症有肠梗阻，憩室炎，憩室穿孔及肠出血等，是儿童常见的急腹症。从1978－01～1993－12，15年间我院住院治疗并经手术证实的美克耳憩室113例，现就其临床表现，病理，诊断与手术方式报道如下。

1. 临床资料

1.1 年龄与临床症状 本组男性86例，女性27例。发病年龄最小3d，最大14岁，28d以内5例，29d～12月23例，13月～36月33例，37月～6岁22例，6岁以上30例。肠梗阻病例中的65%发生在3岁以内，肠出血病例的50%见于6岁以上儿童，以憩室穿孔所致腹膜病儿年龄较分散，并发畸形及胚胎性肿瘤者较多，本组明确记录有先天性消化道畸形13例，其中小肠闭锁3例，肠旋转不良，环状胰腺，小肠重复畸形及胆总管囊肿各2例，巨型脐膨出及肥厚性幽门狭窄各1例，除先天性胆总管囊肿发病年龄在3岁左右外，其余各种消化道畸形的确诊年龄均在1岁以内。并发先天性胚胎性恶性肿瘤的3例均为肾母细胞瘤，确诊年龄2例1岁，1例4岁。

1.2 诊断与鉴别诊 本组以临床症状及体征为主要诊断依据，以下消化道出血为主要临床表现的病例均常规作^{99}锝核素扫描检查。术前诊断为美克耳憩室者48例，确诊率为42%，手术及术后病理诊断结果如下：憩室索带压迫肠曲或粘连引起肠梗阻30例。憩室诱发肠套叠10例，憩室蛔虫及粪石引起肠梗阻各1例，憩室穿孔所致腹膜炎21例，憩室炎症12例，憩室或周围回肠粘膜出血20例，憩室无明显病理改变12例，记录不详6例。从本组情况来看，肠梗阻，憩室炎穿孔和肠出血是三种主要的病理类型，肠出血术前确诊率最高，20例中确诊18例，2例被误诊为肠套叠。19例术前作^{99}锝核素扫描检查，其中16例与手术结果一致，假阴性2例，假阳性1例。30例肠梗阻病例术前确诊为美克耳憩室者仅10例，20例被误诊为肠扭转及肠粘连。术后再次复习X线平片主要表现为右下腹密度稍增高，同时伴近端小肠不全性肠梗阻，少数表现为完全性肠梗阻。此外多数病程较长，不伴右下腹腹膜刺激症。21例憩室穿孔术前确诊仅8例，其余12例诊断为阑尾穿孔伴腹膜炎。X线平片表现为右下腹密度增强，充气肠曲减少，右下腹小肠肠曲肠壁增厚，肠曲固定，近端小肠液平增宽伴不完全性肠梗阻。

1.3 治疗 本组病例均采用手术治疗，以病变小肠楔形切除或小肠节段性切除为主要治疗手段。89例憩室病变明显而采用小肠节段性切除，24例憩室病变不明显及憩室较小，炎症较轻采用憩室楔形切除术。本组术后死亡2例，1例仅3d的新生儿并发巨型脐膨出，另1例生后1月的小婴儿并发环状胰腺。死

维普资讯 http://www.cqvip.com

亡原因均为严重先天性畸形。

1.4 病理学特征 113例中105例明确记录了憩室至回盲部的距离，最近15cm，最远110cm，平均46.6cm。86例术中详细记录了憩室的三维长度，最大为10cm×3cm×2cm，最小仅为1.5cm×1cm×1cm平均，大小为3.5cm×2.1cm×1.7cm。出血部位多位于憩室与远端回肠交界处或远端3cm以内回肠粘膜。组织学检查，仅作常规病理学诊断，未行连续切片。81例病理检查发现14例憩室含有异位胃粘膜，2例含异位胰腺组织，2例同时含有异位胃粘膜及胰腺组织。

2. 讨论

正常人群中约2%有美克耳憩室，但绝大多数可终生无症状。Ovreho等[1]认为仅4～5%病人出现临床症状，年龄越小发病率越高，文献未见70岁以上老年患者出现临床症状[1]。本组资料显示在儿童组发病率也随年龄增大而降低。儿童期美克耳憩室发病率高。临床表现复杂，因而正确诊断及治疗有重要意义。本组病死率为1.8%明显低于国外报告[1]。本组并发先天性消化道畸形高达12%，较国内外报道高。作者认为在先天性消化道畸形的手术治疗时应常规探查回肠以除外美克耳憩室。本组3例合并肾母细胞瘤，国内外文献未见报告，二者之间是否有内在联系需进一步探讨。Andreyev等[2]报告294例成人Crohn's病中17例发现美克耳憩室，高于正常人群2～3倍，认为美克耳憩室内的异位胃粘膜G细胞分泌胃泌素导致回肠末段及结肠酸度增高，形成溃疡诱发Crohn's病。美克耳憩室并发下消化道出血的病例，^{99}锝核素扫描应作为常规检查。本组18例^{99}锝扫描检查假阴性2例，因出血不能控制行剖腹探查术证实为美克耳憩室出血。另1例假阳性病例剖腹探查未发现病变。本组^{99}锝扫描确诊率为83.3%略低于国外文献报告。国外文献还报告采用肠系膜上动脉造影，^{99}锝标记红细胞核素检查及腹腔镜对美克耳憩室的诊断准确性更高，唯因检查较为复杂临床未广泛应用[3~5]。

本组测量105例憩室与回盲部的距离，最远达110cm，作者认为在手术探查时应检查回肠末段120cm以除外美克耳憩室。文献报告50%左右美克耳憩室有异位胃粘膜及胰腺组织等。本组81例中仅18例发现憩室粘膜内有异位组织，可能与未进行连续切片有关。

美克耳憩室手术治疗方法简单，憩室连同远近端5cm回肠节段切除应视为常规手术，此类病例如仅切除憩室可能遗留病灶而导致复发。术中意外发现美克耳憩室，而且体积较小时可作憩室楔形切除术，以利于术后肠功能恢复。

参 考 文 献

1. Overbo KK, et al. Tidsskr Nor Laegeforen. 1991; 30:111(11):1361
2. Andreyev HJ, et al, Gut, 1994; 35(6):788
3. Madsen MR. Surg Endosc. 1994; 8(11):1346
4. Kitsuki H. Surg Today. 1993;23(10):926
5. Robinson P.Nucl Med Commun. 1993; 14(10):849

(收稿日期 1995－11－21)

(下转第127页)