

文章编号:1005-6947(2008)04-0372-03

· 临床研究 ·

425例小儿肠造瘘分析

尹强¹, 周小渔², 肖雅玲²

(1. 中南大学湘雅二医院 普通外科, 湖南 长沙 410011; 2. 湖南省儿童医院普通外科, 湖南 长沙 410007)

摘要:目的 探讨小儿肠造瘘的临床治疗经验。方法 回顾性分析近10年来行肠造瘘425例的临床资料。结果 425例行肠造瘘患儿的原发疾病包括:肠穿孔119例,肠坏死36例,坏死性小肠结肠炎45例,先天性巨结肠61例,先天性无肛并直肠尿道瘘86例,先天性无肛并直肠阴道瘘78例。其中小肠造瘘159例,结肠造瘘266例;单口造瘘228例,双口造瘘197例。随访389例,均二期顺利关瘘。关瘘时间:小肠造瘘首次术后1~3(平均1.87)个月,结肠造瘘为术后3~12(平均7.95)个月。结论 实施肠造瘘时应根据患儿的病情选择合适的时机、选择合适的肠造瘘部位。二期关瘘时间的选择也至关重要。 [中国普通外科杂志,2008,17(4):372-374]

关键词: 肠造口术; 肠疾病/治疗; 儿童

中图分类号: R 656.7-9

文献标识码: A

Clinical analysis on 425 cases of enterostomy in children

YIN Qiang¹, ZHOU Xiaoyu², XIAO Yaling²

(1. Department of General Surgery, the Second Xiangya 2th Hospital, Central South University, Changsha 410011, China; 2. Department of General Surgery, Children Hospital of Hunan Province, Changsha 410007, China)

Abstract: Objective To study the management of enterostomy in children. **Methods** The clinical data of 425 cases of enterostomy in children were analyzed retrospectively. **Results** The primary diseases of 425 cases underwent enterostomy included: intestinal perforation (119 cases), intestinal necrosis (36 cases), necrotizing enterocolitis (45 cases), congenital megacolon (61 cases), congenital anal atresia with rectourethral fistula (86 cases), and congenital anal atresia with rectovaginal fistula (78 cases). Among the 425 cases, 159 cases underwent small bowel enterostomy and 266 cases had colostomy; single-stoma enterostomy was done in 225 cases, and double-stoma enterostomy in 197 cases. Follow-up was acquired in 389 patients, and all the stomas were closed successfully. The closure time of small bowel enterostomy was 1-3 month (average 1.87 months) later, and of colostomy was 3-12 month (average 7.95 months) later.

Conclusions When an enterostomy is to be adopted in pediatric surgery, a suitable time and enterostomal location should be chosen according to the state of illness. The timing of enterostomy closure is also very important. [Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(4): 372-374]

Key words: Enterostomy; Intestinal Diseases/ther; Child

CLC number: R 656.7-9

Document code: A

肠造瘘术是腹部外科一项常见的处理行为,

为小儿的各种消化道畸形和严重消化道梗阻及感染时的处理手段,故肠造瘘术在小儿腹部外科中应用较多,并且有其自身特点。湖南省儿童医院1997年1月—2007年6月共实施425例肠造瘘术,现将经验体会报告如下。

收稿日期:2007-10-11; 修订日期:2008-03-10。

作者简介:尹强,男,中南大学湘雅二医院主治医师,主要从事普外方面的研究。

通讯作者:尹强 E-mail:qiangyin@hotmail.com

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 245 例,女 180 例;年龄 1 d 至 13 岁,平均 4.6 岁。原发疾病为:肠穿孔 119 例,肠坏死 36 例,坏死性小肠结肠炎 45 例,先天性巨结肠 61 例,先天性无肛并直肠尿道瘘 86 例,先天性无肛并直肠阴道瘘 78 例。

1.2 手术方法

肠造瘘部位:小肠造瘘 191 例,结肠造瘘 234 例。单口造瘘 228 例,双口造瘘 197 例(表 1)。

表 1 肠造瘘的造瘘部位和造瘘形式

造瘘部位	造瘘形式		合计
	单口造瘘	双口造瘘	
回肠末端	134	0	134
空肠、回肠(除回肠末端)	25	0	25
横结肠	0	32	32
降结肠	14	18	32
乙状结肠	55	147	202
合计	228	197	425

2 结果

2.1 肠造瘘术后并发症及死亡

本组 3 例一期造瘘手术后死亡(2 例为坏死性小肠结肠炎,1 例为肠穿孔,均为术前原发病危重,术后并发多器官功能衰竭死亡),33 例失随访,未如期回院行二期手术。389 例肠造瘘术后随访的患儿发生 193 项并发症(根据入院关瘘时的症状统计),主要的并发症为瘘周皮肤糜烂(143 例,74.09%),电解质紊乱(25 例,12.95%),不同程度的造瘘肠管脱出(17 例,8.81%),造瘘肠管回缩(5 例,2.59%),肠梗阻(3 例,1.55%)(表 2)。389 例患儿二期手术关瘘。

表 2 389 例患儿肠造瘘术后并发症分布

并发症	例数	百分比(%)
瘘周皮肤糜烂	143	74.09
电解质紊乱	25	12.95
造瘘肠管脱出	17	8.81
造瘘肠管回缩	5	2.59
肠梗阻	3	1.55
合计	193	100.00

2.2 肠造瘘关闭时间及结果

二期手术关瘘的 389 例中,小肠造瘘(159 例)的关瘘时间为造瘘术后 1~3(平均 1.87)个月;结肠造瘘(230 例)的关瘘时间为造瘘术后 3~12(平均 4.95)个月。389 例患儿二期均关瘘成功。患儿关瘘术后早期并发症(住院期间):切口感染或愈合不良 21 例,均经换药后切口痊愈;切口裂开 8 例,其中 3 例切口部分裂开者经换药后愈合,5 例行切口二期缝合后,加强营养支持治疗后切口愈合;2 例因肠粘连梗阻再次手术解除梗阻(表 3)。本组无死亡病例。因统计资料时间跨度较大,未进行系统长期随访。

表 3 肠关瘘术后并发症分布

并发症	例数	百分比%
切口感染或愈合不良	21	67.74
切口裂开	8	25.81
肠粘连梗阻	2	6.45
合计	31	100.00

3 讨论

与成人患者不同,小儿肠造瘘一方面适应证远宽于成人,另一方面小儿肠造瘘多为临时性造瘘。其原因是:小儿有其特有的病理生理特点,麻醉及手术耐受性均不及成人,对于各种原因所致低位肠梗阻,在一般情况较差、病情复杂、难以耐受根治性手术时,或受技术条件限制,无法作根治性手术的情况下,原则上均可先行肠造瘘术,以迅速减轻腹胀,排除肠道内大量细菌毒素物质,防止肠壁坏死,为进一步治疗创造机会。有时则是行根治术后,加作病变近端肠造瘘,以策安全,如先天性无肛并直肠尿道瘘、先天性无肛并直肠阴道瘘手术等。小儿直肠会阴部的各类矫形术,大多附加肠造瘘术,以使粪便转流,避免会阴部手术区域感染,这是小儿肠造瘘多于成人的另一重要原因^[1]。

根据肠造瘘的时机不同,肠造瘘分为主动性和被动性。主动性肠造瘘指的是手术者主动选择造瘘。常用于以下情况:(1)使粪便改道,远端病变肠管旷置,有利于修补瘘口的愈合。如直肠尿道瘘、直肠阴道瘘进行瘘修补前;(2)解决肠梗阻,比如先天性高位无肛,先行肠造瘘以解决排便问题,以后再二期行肛门成形术;(3)患儿肠道疾病诊断不确定,如估计确定性手术打击过大,比如新生儿期全结肠型巨结肠并发肠道梗阻确诊之

前,可先选择肠造瘘及活检明确诊断,待年龄稍大后再作进一步的处理,以增加手术成功率及安全性。

被动性肠造瘘是指患儿病情危重或患儿病情不允许时,被迫采用临时性肠造瘘以迅速结束手术,减少手术打击挽救患儿生命。常用于:(1)患儿病情危重,估计一次性处理肠道原发病比较复杂困难,必须尽快结束手术,减少手术打击。如坏死性小肠结肠炎,往往患儿病情急,且基本情况极差,故通常先选择肠管相对安全的部位进行肠造瘘;(2)肠道穿孔、坏死,腹腔污染严重,估计肠切除吻合后肠瘘可能性大,亦先选择肠造瘘,待患儿病情缓解,再根据造瘘部位及患儿情况择时行关瘘术。

理论上,肠造瘘可以选择肠道的任何部位。但从有利于手术操作、有利于病情恢复的原则出发,小儿肠造瘘要选择合适的部位。根据本组的经验,笔者的体会是:(1)小肠造瘘尽量选择低位,避免高位小肠造瘘,因为高位小肠造瘘患儿营养很难维持;(2)小肠造瘘尽量避免在距回盲部10 cm内肠造瘘。因为,回肠末端血运由回肠动脉终末支,与回结肠动脉的回肠支支配,在距回盲瓣约8~10 cm内吻合易损伤回肠动脉终末支与其伴行神经,导致该肠段蠕动不良,易引起梗阻致吻合口漏^[2];(3)结肠造瘘多选择在乙状结肠,如先天性无肛、直肠尿道瘘、直肠阴道瘘等。从解剖角度而言,乙状结肠较游离,易于手术操作。从生理角度而言,因为瘘口处于结肠远端,基本不影响营养吸收,且大便成形易于护理;(4)在先天性肛门直肠畸形中高位闭锁时多选用横结肠造瘘,此时不宜在乙状结肠或横结肠左半部造瘘,以免行经骶会阴或腹会阴肛门成形时结肠不能充分游

离,不能将末端肠管拖至会阴部作肛门成形术或肛门成形术时肠管吻合的张力太大,导致肠管回缩或坏死。

小儿肠造瘘大多为暂时性肠造瘘,并发症的发生率较成人高^[3]。再者,由于家长因瘘口护理困难及社会心理压力,所以,总希望尽早关瘘。但由于造瘘初期瘘口周围组织有严重而广泛的炎性反应,过早关瘘,并发症明显增多且易于失败,笔者的经验是相隔3个月以上关瘘比较安全。而中高位小肠造瘘,尤其是空肠造瘘,不可避免地存在诸多并发症,如机械性梗阻、肠腔积气、感染、误吸、水电解质紊乱等^[4],这些并发症往往较严重,所以在明确诊断且患儿一般情况好转后,即可考虑关瘘,不必拘泥于特定的时间。因结肠造瘘的生理扰乱很小,对小儿生长发育并无大的影响。即使是回肠末端造瘘,经2~3个月适应期,回肠末端可部分结肠化,大便基本成型,患儿可耐受长期造瘘,故关瘘时间可适当推后。在关瘘前务必要弄清远端肠管情况,应常规行瘘口远端肠管造影检查,证实远端无狭窄梗阻时,才可关瘘,否则将导致手术失败。

参考文献:

- [1] 周小渔,唐进,陶卫国. 小儿肠造瘘术227例分析[J]. 中国现代医学杂志,1997,7(6):29-30.
- [2] 马万选,谢占军,黄松,等. 手术治疗的小儿肠套叠21例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2005,14(3):215-216.
- [3] 徐伟立,李振东,李索林,等. 小儿肠造瘘术的临床应用体会[J]. 中华小儿外科杂志,2006,27(8):439-440.
- [4] 王嘉锋,章璠. 空肠造瘘术的并发症[J]. 中国普通外科杂志,2007,16(9):901-903.