

先天性内源性十二指肠梗阻的手术治疗 (附 35 例报告)

王晓伟 谷兴琳 徐小群 邢美芬

(南京市儿童医院, 南京, 210008)

摘 要 为探讨内源性先天性十二指肠梗阻手术治疗方法, 回顾性分析了 35 例患儿的临床资料。35 例均经手术治疗, 十二指肠十二指肠菱形吻合术(简称菱形吻合术)10 例, 十二指肠十二指肠侧侧吻合 3 例, 经十二指肠前壁切开隔膜切除纵切横缝术 8 例, 结肠后十二指肠空肠侧侧吻合术 12 例, 十二指肠十二指肠端端吻合术 2 例。结果手术死亡 2 例, 治愈率 94.2%。提示对内源性十二指肠梗阻的手术以“菱形吻合术”及“经十二指肠前壁切开隔膜切除纵切横缝术”较理想。

关键词 十二指肠梗阻, 内源性

我院 1988~1997 年共收治先天性十二指肠梗阻患儿 129 例, 其中手术治疗的先天性十二指肠梗阻 35 例, 现报告如下。

1 临床资料

本组 35 例, 男 28 例, 女 7 例, 年龄生后 1 天~2 岁。本组患儿均根据出生后的呕吐表现和典型的放射学征象“双泡征”或经手术确诊。根据术中所见, 病理类型如下: ①隔膜形闭锁或狭窄 21 例; 包括“风袋式”膜式闭锁 11 例, 有孔的膜式狭窄 10 例; ②环状胰腺伴闭锁或狭窄 12 例: 环状胰腺的钳压造成十二指肠近端肠管的扩张和肥厚, 并且伴有十二指肠腔内的闭锁或狭窄; ③盲端形闭锁 2 例: 肠管中断, 有束带相连, 系膜部分缺损。本组手术 35 例, 菱形吻合 10 例, 十二指肠十二指肠侧侧吻合 3 例, 经十二指肠前壁切开隔膜切除纵切横缝术 8 例, 结肠后十二指肠空肠侧侧吻合术 12 例, 十二指肠十二指肠端端吻合术 2 例。手术死亡 2 例, 十二指肠空肠侧侧吻合 1 例, 十二指肠十二指肠端端吻合 1 例, 均死于全身脏器衰竭。余 33 例痊愈, 治愈率 94.2%。

2 讨论

先天性十二指肠梗阻是新生儿期常见的急症

之一, 国外报道其发病率为 1/5000^[1], 国内尚未见确切的统计资料。造成先天性十二指肠梗阻的病因有内源性和外部压迫两种, 根据 Tandler 提出的胚胎期肠管空化异常学说, 通常的内源性原因是指十二指肠本身的闭锁或狭窄。环状胰腺虽属外部压迫造成梗阻, 但由于有些胰腺组织生长到十二指肠壁内, 甚至直达粘膜下层, 并且环胰本身也常伴有十二指肠腔内的闭锁或狭窄, 故本文把环状胰腺亦并入内源性梗阻^[1~2]。

先天性内源性十二指肠梗阻均需要手术治疗, 本组 35 例分别进行了菱形吻合术、十二指肠十二指肠侧侧吻合术、经十二指肠前壁切开隔膜切除纵切横缝术、结肠后十二指肠空肠侧侧吻合术, 十二指肠十二指肠端端吻合术。

对于内源性的先天性十二指肠梗阻, 较多学者赞同直接的十二指肠十二指肠吻合术: 侧侧吻合术和菱形吻合术, 而不处理内部病变。本组患儿菱形吻合术 10 例, 十二指肠十二指肠侧侧吻合术 3 例, 手术效果良好。菱形吻合术与侧侧吻合术虽然是十二指肠十二指肠的吻合, 但两者的吻合方式有较大的差别。该术自 Kimura K^[3] 1997 年提出以来, 已被越来越多学者所认可^[4~6]。通过我们的实践, 发现该术有较多的优点: ①直接在十二指肠上手术, 保留了消化道的解剖结构,

更加符合人体的生理情况；②采用近端横切口远端纵切口的吻合方式，避免了平行吻合所致的吻合口的功能恢复延迟；③菱形吻合口足够大，减少了术后吻合口再发梗阻的可能性；④由于该术式肠功能恢复比较快，可以早期进食，从而降低了术后并发症的发生率，提高了患儿的存活率。

在手术过程中，还应注意以下问题：①十二指肠的游离要充分，使近端肠管能够无张力地覆盖到远端十二指肠上；②应避免损伤胆胰管的十二指肠开口；③肠切口应紧贴闭锁处。其中最为重要的是术中避免损伤胆胰管开口。因此，在进行吻合之前，一定要轻压胆囊，观察胆汁流出，确定胆胰管的开口。

经十二指肠前壁切开隔膜切除纵切横缝术主要用于单纯隔膜引起的闭锁或狭窄。由于胆胰管的开口可以有分支畸形，开口可位于隔膜上、下或恰好开口于隔膜上，故术中极易误伤^[7]。本组8例患儿进行该术，效果良好。在具体的手术过程中，我们认为最重要的就是判断胆胰管十二指肠开口的位置。可以轻压胆囊，通过观察胆汁的流出位置而确定胆胰管的开口位置，以免误伤。如果开口恰在隔膜上，则应切除其余的大部分隔膜，保留胆胰管开口部分的隔膜，及与肠壁相连的部分，任其游离。十二指肠前壁切开隔膜切除纵切横缝术手术损伤小，不影响肠管的血运，肠管的轴心相对易于传递压力，故肠功能的恢复比较快。但该术具有一定的局限性，当隔膜及粘膜炎症水肿时，切除中极易出血，暴露不良，又恐误伤胆胰管开口而造成隔膜切除过少致手术失败。因此，我们认为采取该术式时，术者一定要细心谨慎，并且有丰富的临床经验。

十二指肠空肠侧侧吻合术是我院早期开展的术式。一般均行结肠后吻合，吻合口应在十二指肠扩张段的最低处进行。本组有12例采用该术，十二指肠膜式闭锁或狭窄8例，环状胰腺闭锁或狭窄4例。术后1例死亡，余恢复顺利。

在先天性内源性十二指肠梗阻的手术治疗中，我们常规向远端肠管注入生理盐水和空气，以促进术后的肠蠕动及肠功能的恢复，同时排除多发的梗阻。国外较多学者报道十二指肠的多发闭锁或狭窄，统计资料显示其发生率约为患儿的3%^[7,8]，但本组手术35例中，未发现该类患儿。

作者认为，对于先天性内源性十二指肠梗阻，不论是何原因，我们均可采用菱形吻合术，而不处理内在的病变。如为单纯性的隔膜型闭锁或狭窄，十二指肠近端扩张不明显，局部水肿较轻，采取隔膜切除纵切横缝术也较理想。当然，对于盲端型闭锁只能进行十二指肠（或进行裁剪）十二指肠端端吻合术，本组2例盲端型闭锁进行该术，1例死亡。

参考文献

- 1 S. Eastance, B. Connolly, N. Blake. Congenital Duodenal Obstruction: An Approach to Diagnosis, J Pediatr Surg, 1993; 3: 267
- 2 Patrickv. Bailey, et al. Congenital Duodenal Obstruction: A32 - Year Review. J Pediatr Surg, 1993; 1 (28): 92
- 3 Kimura K, Tsguawa C, Ogawa K, et al. Diamond - Shaped anastomosis for congenital duodenal obstruction. Arch Surg, 1977; 112: 1262
- 4 Kimura K, Mukahara N, Nishijima E, et al. Diamond shaped anastomosis for duodenal atresia: an experience with 44 patients over 15 years. J Pediatr surg, 1990; 25: 977
- 5 J. Akhtar and E. J. Giney: congenital duodenal obstruction. Br. T. Surg, 1992; 2 (79): 133
- 6 M-L. Kokkonen, T. Kalima, J. askelainen, et al. Duodenal atresia: Late follow-up. J. Pediatr surg, 1988; 3 (23): 216
- 7 Jay L. Grosfeld, M. D and Frederisk J. Rescorla, M. D: Duodenal atresia and stenosis: reassessment of treatment and outcome based on antenatal diagnosis, pathologic variance, and long-term follow-up. World J Surg, 1993; 17: 301
- 8 M. D. stringer; R. J. Brereton, D. P. Drake and V. M. Wright: Double duodenal atresia/stenosis: a report of four case. J Pediatr Surg, 1992; 5 (27) 576

(收稿日期: 1998-01-11)

腰椎滑脱 45 例 CT 分析

曹 俊

(江都市人民医院, 江都, 225200)

笔者对 45 例腰椎前滑脱的 CT 所见进行分析, 现将结果报告如下。

1 临床资料

本组 45 例, 男 27 例, 女 18 例, 年龄 39~62 岁, 平均 49 岁。病程 8 个月~7 年。临床表现为腰痛 29 例, 腰痛并向下肢放射 16 例, 有腰部外伤史 8 例。45 例腰肢滑脱中, 发生在 L₄ 者 26 例, L₅ 者 19 例。椎弓峡部断裂伴前滑脱 35 例, 小关节退行性变引起滑脱 10 例。椎弓峡部断裂病例中, 双侧断裂 29 例, 单侧断裂 6 例, 所有病例中滑脱水平有椎间盘膨出者 32 例, 有椎间盘突出者 7 例。

CT 表现: 滑脱水平椎间盘改变: 表现为前移的椎体后下缘及下一椎体的前上缘见突出的椎间盘影, 呈带状。而前移椎体的前下缘及下一椎体的后上缘并无突出的椎间盘组织。在没有合并椎间盘膨出时, 上下椎体的两侧部无椎间盘组织。

滑脱水平椎管前后径扩大, 呈双管征, 硬膜囊延长呈纺锤形, 仅见于伴有峡部裂的脊椎滑脱, 并清楚显示峡部裂隙。裂隙不规则, 呈锯齿状, 伴局部肥大性改变, 压迫硬膜囊, 使椎管横

径变小。CT 还可显示小关节突的退行性改变。

2 讨 论

脊椎滑脱分“假性脊椎滑脱”及“真性脊椎滑脱”。前者由小关节突退行性改变引起, 后者由椎弓峡部断裂引起。表现为一个或多个椎体连同椎间盘向前或向后移位。正常时椎体受完整的椎弓、椎小关节、椎弓根、椎间盘及周围软组织的制约, 若制约因素发生异常, 则可产生滑脱。

关于腰椎滑脱的 CT 扫描技术, 目前国内尚无统一标准。腰椎滑脱时, 滑脱水平纤维环变形表现为前移椎体后下缘及下一椎体的前上缘出现对称的椎间盘组织, 笔者描述为带状。前移椎体的前上缘及下一椎体的后上缘并无椎间盘组织。上下椎体的两侧缘亦无椎间盘组织。这是滑脱引起的纤维环变形的特征。

脊椎滑脱引起的纤维环变形需与椎间盘突出及椎间盘膨出鉴别。椎间盘突出时, 突出的椎间盘多不对称, 且同时超出上下椎体的后缘。椎间盘膨出时, 上下椎体相邻缘的四周均可见到椎间盘组织。

参考文献 (略)

(收稿日期: 1998-01-15)

THE OPERATIVE TREATMENT OF CONGENITAL INTRINSIC DUODENAL OBSTRUCTION (A REPORT OF 35 CASES)

Wang Xiaowei, et al.

ABSTRACT To investigate the operative treatment of congenital intrinsic duodenal obstruction, the clinical data were analysed retrospectively. The operative treatments included diamond shaped duodenoduodenostomy in 10, side-to-side duodenoduodenostomy in 3, duodenotomy and web excision in 8, side-to-side duodenojejunostomy in 12 and end-to-end duodenoduodenostomy in 2. Of 35, two patients died and operative survival was 94.2%. The result suggests that in the operative treatments of congenital intrinsic duodenal obstruction, diamond shaped duodenoduodenostomy and duodenotomy and web excision are superior to any other operations.

KEY WORDS congenital duodenal obstruction, intrinsic