

腹腔镜手术应用于治疗小儿小肠重复畸形的临床疗效、安全性观察

吴乙夫

昆山市第一人民医院 江苏 昆山 215300

摘要: **目的:** 分析腹腔镜手术应用于治疗小儿小肠重复畸形的治疗效果和安全性。**方法:** 选择2019年1月至2020年1月治疗的患者40名为对照组(传统治疗), 选择2020年2月至2021年2月40名患者为观察组(腹腔镜手术治疗), 观察疗效、安全性、以及手术指标的恢复结果。**结果:** 腹腔镜手术治疗组疗效优于对照组, 并发症少, 更加安全可靠, 术后指标恢复更好, $P < 0.05$ 。**结论:** 对小儿小肠重复畸形患者进行腹腔镜手术治疗, 效果较好, 可以增强疗效, 且比较安全, 还可以减少患者的住院时间和胃管拔除时间, 治疗后并发症少, 值得推广应用。

关键词: 腹腔镜手术; 小儿小肠重复畸形; 临床疗效; 安全性

小儿小肠重复畸形是现在临床上比较少发的一种畸形症状, 会给小儿患者的身心健康造成了极大的影响, 发病后家属焦虑恐惧, 在很大程度上降低生活质量^[1]。该病主要是因为患者小肠近系膜细胞圆形, 或者是出现管状结构的空脏器官, 和相邻的小肠出现一样的组织结构, 血液供应情况, 可以好发于小肠的任何部位, 尤其是回肠比较多见, 大约占该病的50%左右^[2]。小肠重复畸形一般情况下不会出现比较明显的症状, 加上小儿患者由于机体尚未完全发育, 不能准确描述自己的感觉, 导致诊断起来比较困难。很多患者在出现消化道出血, 或者是肠梗阻的时候才会去医院就诊治疗^[3]。目前临床上对该病主要是采取手术治疗, 以免出现一系列的并发症。但是传统开腹手术治疗恢复慢, 创伤大, 疤痕不美观。为此本次研究选择80名患者, 采取腹腔镜手术治疗, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 对象资料与病例选择

选择2019年1月至2021年2月治疗的患者80名, 每组40例。观察组年龄2-6岁, 对照组2-7岁。两组一般情况比较 $P > 0.05$, 有可比性。纳入所有符合小儿小肠重复畸形诊断标准的患者, 经过CT检查, 钡餐检查显示右下腹部有囊性占位病变, 出现恶心呕吐、腹痛、便血等症状, 经过病理检查后确诊。同位素检查结果阳性。排除家属不愿意参与研究的。排除有感染的或者是有手术禁忌症的。

见下表1所示。

表1 两组患者一般资料的比较

组别	年龄/岁	病程/月	男	女
观察组	26.1 ± 2.8	6.1 ± 2.0	22	18
对照组	25.3 ± 2.9	6.3 ± 2.2	21	19
χ^2	0.321	0.358	0.476	0.246
P	0.901	0.825	0.344	0.585

1.2 治疗方法

对照组(传统治疗), 首先做好术前准备, 补液, 维持水电解质平衡, 满足机体的营养需求, 如果是由炎症的, 给予抗生素, 有贫血的, 先帮助患者纠正贫血, 术前为患者插尿管。开腹手术治疗主要帮助患者切除畸形囊肿, 消毒后铺巾, 在腹直肌做一个切口, 观察腹腔情况, 病变位置, 松解病变肠管, 解除粘连, 切除病变肠管位置, 缝合后壁肠管, 观察是否出现吻合口漏等症状。观察组(腹腔镜手术治疗), 仰卧位, 消毒铺巾, 气管插管进行复合麻醉, 做一个切口, 建立二氧化碳气腹, 调节好压力, 置入腹腔镜, 观察腹腔情况, 有渗液的吸取干净, 借助腹腔镜, 在没有血管的区域穿刺Trocar两枚, 再放入超声刀和抓钳, 再利用腹腔镜观察肠壁情况, 以及幽门位置, 让肠管两侧和系膜可以充分暴露, 有肠套叠的患者, 可以用抓钳为其进行牵拉复位处理。如果是阑尾出现肿胀的混着, 为其切除处理。切除肠管的时候, 注意先游离松解肠管, 再用超声刀进行离断, 从远端到近端, 切除后放进标本袋, 缝合前臂, 后壁的肠管, 观察吻合口情况, 如果没有渗漏, 则可以关闭系膜裂孔, 取出标本。每天活动性出血, 则可以用生理盐水冲洗干净, 排出气腹后, 把腹腔镜慢慢退出, 用可吸收缝合, 关闭切口, 告知患者和家属饮食清淡, 进行胃肠减压, 如果有需要的患者, 要给予静脉营养, 术后采取措施抗感染。

1.3 观察指标

观察疗效、安全性、以及手术指标的恢复结果。

1.4 判断标准

显效: 表示治疗后患者的腹痛、便血等肠梗阻症状全部恢复正常; 有效: 表示治疗后患者的以上症状有轻微的好转; 无效: 表示患者的症状没有任何改善。

1.5 统计学方法

用SPSS22.0进行统计；计数用n（%）， χ^2 检验；计量用（ $\bar{x} \pm s$ ），t检验； $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

观察组的有效率为90.0%，对照组的为80%，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ，见表2。

表2 两组治疗效果的比较n（%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	20	16	4	90.0%
对照组	40	16	16	8	80%
χ^2					3.668
P					<0.05

2.1 两组手术结果比较

观察组手术结果比对照组的好， $P < 0.05$ ，见表3。

表3 两组手术结果的比较

组别	n	手术时间	住院时间	术中出血量	拔除胃管时间
观察组	40	55.5 ± 10.5	10.0 ± 1.3	10.8 ± 1.5	2.1 ± 1.5
对照组	40	60.3 ± 12.9	15.3 ± 2.1	17.5 ± 5.2	4.2 ± 1.8
t		8.126	4.448	6.108	4.117
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组并发症的比较

观察组5.0%，对照组12.5%， $P < 0.05$ ，见表4。

表4 并发症比较n（%）

组别	n	皮下气肿	切口疝	肠粘连	总发生率
观察组	40	1（2.5）	0（0.0）	1（2.5）	5.0%
对照组	40	2（5.0）	1（2.5）	2（5.0）	12.5%
χ^2		3.178	1.563	4.015	2.273
P		0.002	0.138	0.038	0.025

参考文献：

- [1]李承学,王仲秋.腹腔镜手术治疗小儿小肠重复畸形的临床疗效及安全性分析[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(11):862-865.
- [2]魏明丽,赵海剑,尹刚,杨林,张晓雨,平洪.数字减影血管造影联合腹腔镜治疗非肿瘤性小肠出血的临床应用[J].临床与病理杂志,2020,40(06):1472-1476.
- [3]孟柠,叶心怡,许媚,黄苏鹏,秦超,周洪伟,胡铭荣.腹腔镜下应用可降解可示踪支架行小肠吻合的研究[J].中华实验外科杂志,2020,37(05):864-866.
- [4]陈锦铭.腹腔镜部分小肠切除术在绞窄性腹股沟疝修补术中的应用效果分析[J].中国实用医药,2020,15(09):62-64.
- [5]刘虹辰.腹腔镜辅助下经脐入路治疗小儿小肠重复畸形的临床效果观察[J].吉林医学,2019,40(08):1839-1840.
- [6]陈琦,曹万荣,黄华,周维,王鹏,谷雅川.完全腹腔镜手术治疗小儿小肠畸形15例[J].中国微创外科杂志,2019,19(05):462-464.
- [7]姜宝飞,葛恒发,黄家胜,陶国全,朱墨,于仁.小肠血管畸形急性出血的数字减影血管造影诊断和腹腔镜治疗[J].中华胃肠外科杂志,2012(03):297.

作者介绍：吴乙夫，1988.11，男，汉族，江苏昆山，医师，主治医师，硕士研究生，研究方向：小儿普外。

3 讨论

小儿小肠重复畸形比较少见，病因复杂，没有典型症状，诊断和治疗相对比较困难，目前临床上常用的钡餐检查，同位素检查等，也只能作为参考，不能明确为诊断依据^[4]。据报道^[5]，该病的术前确诊率低于50%，很多患者都是由于肠梗阻，消化道出血等就诊。传统的开腹手术治疗虽然也可以改善症状，但是创伤大，切口愈合慢，还会影响患者的腹腔内肠管，还会引起肠粘连，感染等症状。最近几年来，腹腔镜手术治疗开始广泛应用于临床，受到很多患者的青睐，本次实验采取该方式治疗后，结果显示，观察组的有效率为90.0%，手术结果比对照组的好，并发症少，说明腹腔镜治疗的效果更好。腹腔镜手术治疗切口小，对患者的腹壁神经损伤小，可以减少术后感染风险；传统手术治疗把肠管提到腹外进行切除处理，操作简单，但是肠管暴露时间长，容易梗阻粘连；而腹腔镜手术治疗主要是在腹腔内操作，可以减少感染，避免肠管长时间暴露在外，且可以两手操作，减少对腹腔肠管的干扰，降低肠梗阻发生率^[6]。腹腔镜治疗后创伤小，患者腹胀减轻，肠道功能恢复更快，可以减少住院时间。腹腔镜手术可以诊断和处理疾病同时进行，如果是术前没有明确的，可以先探查腹腔情况，在很大程度上降低手术的盲目性，减少对其他组织的损伤^[7]。手术操作的时候要注意，因为小儿患者腹盆腔浅，操作受限，脏器没有发育完全，对二氧化碳气腹耐受差，可能会导致患者出现高碳酸血症，因此操作的时候要小心谨慎，在腹腔镜视野下慢慢置入操作，减少损伤，手术切口置入5mm的Trocarr更有效果更好，用钳夹操作的时候动作轻柔，以免引起系膜损伤出血，术中注意观察，以免肠内容物渗漏，出现腹腔感染，从而有利于减少腹腔脓肿等并发症。

综上所述，对小儿小肠重复畸形患者进行腹腔镜手术治疗，效果较好，可以增强疗效，且比较安全，还可以减少患者的住院时间和胃管拔除时间，治疗后并发症少，值得推广应用。