

Duhamel 手术与 Swenson 手术治疗先天性巨结肠的临床疗效分析

陈东, 刘涛, 魏强[△]

西安市儿童医院普外二科, 陕西西安 710003

摘要:目的 比较分析 Duhamel 手术与 Swenson 手术治疗先天性巨结肠的临床疗效。方法 选择 2017 年 1 月至 2019 年 12 月在该院治疗的 58 例先天性巨结肠患者为研究对象, 按照治疗方式将患者分为观察组(29 例)与对照组(29 例), 分别接受 Duhamel 手术与 Swenson 手术治疗, 比较 2 组患者的治疗效果、术中出血量、平均手术时间及术后并发症发生率。结果 观察组治疗有效率高于对照组, 术中出血量少于对照组, 平均手术时间短于对照组, 术后并发症发生率低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 先天性巨结肠患者采用 Duhamel 手术的整体治疗效果更好, 可以降低术后并发症发生率。

关键词:先天性巨结肠; Duhamel 手术; Swenson 手术; 安全性

中图法分类号:R547

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)16-2412-03

小儿先天性消化道畸形疾病当中, 先天性巨结肠排第一位^[1]。先天性消化道畸形是外科常见的畸形之一, 临床主要表现为呕吐、腹胀。许多内科疾病也可表现为同样的症状, 容易误诊, 如未及时治疗, 甚至可能出现严重的并发症而危及患者生命。内科性的呕吐、腹胀一般症状较轻微, 经对症治疗后较快恢复。当前医学不断发展, 先天性消化道畸形在诊断和治疗上都取得了进展。虽然手术方式的种类比较多, 但是有不少手术方式都有并发症^[2]。本研究主要比较分析 Duhamel 手术与 Swenson 手术在先天性巨结肠疾病治疗中的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 1 月至 2019 年 12 月在本院治疗的 58 例先天性巨结肠患者为研究对象, 按照手术方式将患者分为观察组与对照组。观察组患者 29 例, 男 16 例、女 13 例, 平均年龄(2.4 ± 0.2)岁, 平均体质量(10.3 ± 1.2)kg。对照组患者 29 例, 男 17 例、女 12 例, 平均年龄(2.5 ± 0.1)岁, 平均体质量(10.4 ± 2.3)kg。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准:(1)均经明确诊断, 且可以收集到完整的检查和病史资料;(2)研究符合伦理道德, 患者均知情同意。排除标准:(1)有严重合并症者;(2)血液系统疾病或免疫系统疾病者;(3)精神系统疾病或意识障碍性疾病者。

1.2 研究方法 观察组患者采用 Duhamel 手术, 手术在实施当中需要注意保留直肠远端, 可以确定为直肠进入到骨盆以上 1.5 cm。在直肠切断之后, 要让前壁稍微比后壁更高, 约为 0.5 cm。从直肠后的间隙把结肠拖出来。需要做横切口, 在和直线残端平行部

位, 口径和直线残端相同。对于结肠切口下缘及直肠后壁, 需要间接缝合 4 针。采用倒 V 型方式将 2 把 Kocher 钳放置其中, 钳和夹的顶端需要在缝线以上。再把结肠切口和直肠前壁缝合起来。

对照组患者采用 Swenson 手术, 选取截石位, 在患者左下腹旁正中切口, 将切口打开之后, 完成腹部探查, 然后找到出现畸形病变的肠管, 开展游离。为了让肠管在吻合的时候不存在张力, 在肠管选择的过程中需要选择蠕动良好及肠壁血供好的肠管作为保留, 从肛门将卵圆钳送入, 在直肠上端结扎之后, 把直肠和结肠均拖出, 在肛门之外切断想要吻合的直肠, 拖出大结肠, 按照之前做出的标记完成切除, 当肠段吻合时, 可以采用浆肌层全层间断缝合的方式, 关闭腹腔之后, 做好肛管的留置工作。

1.3 评价指标 采用的评价指标主要有治疗效果、术中出血量与平均手术时间, 术后并发症的发生率。治疗效果评价^[2]:(1)显效, 治疗后患者的呕吐、腹胀等临床症状和体征明显得到好转;(2)有效, 治疗后患者临床症状有一定程度好转;(3)无效, 治疗后各项临床症状无显著变化, 甚至有一定程度加重。总有效率(%)=(显效例数+有效例数)×100%。术后并发症主要指切口感染、便秘和肠炎, 计算术后并发症发生率。

1.4 统计学处理 本次研究所选用的统计学软件为 SPSS19.0。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用两独立样本 t 检验; 计数资料以 $[n(\%)]$ 表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗效果比较 观察组的治疗总有效率较对照组高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

[△] 通信作者, E-mail: chendong19880011@126.com。

本文引用格式: 陈东, 刘涛, 魏强. Duhamel 手术与 Swenson 手术治疗先天性巨结肠的临床疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(16):

表 1 2 组患者治疗效果比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	29	11(37.93)	16(55.17)	3(10.34)	27(93.10)
对照组	29	7(24.14)	16(55.17)	7(24.14)	23(79.31)
χ^2					3.98
P					<0.05

2.2 2 组患者术中出血量、平均手术时间比较 观察组的术中出血量少于对照组,平均手术时间短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者术中出血量、平均手术时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量(mL)	平均手术时间(min)
观察组	29	24.22±3.10	95.22±17.00
对照组	29	39.33±2.70	126.11±2.30
t		6.33	13.42
P		<0.05	<0.05

2.3 2 组患者术后并发症比较 观察组的术后并发症发生率为 10.34%,对照组为 27.59%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者术后并发症比较[n(%)]

组别	n	切口感染	便秘	肠炎	总发生
观察组	29	1(3.45)	1(3.45)	1(3.45)	3(10.34)
对照组	29	2(6.90)	4(13.79)	2(6.90)	8(27.59)
χ^2					3.98
P					<0.05

3 讨论

先天性巨结肠属于小儿常见的先天性疾病,临床上常见的症状是肠道畸形。此种疾病可以导致患儿的代谢系统出现异常,如出现腹胀、便秘、呕吐情况,若情况严重,可以导致患者出现肠梗阻、电解质代谢紊乱、营养不良的情况,严重影响患儿的生活质量,甚至会对患儿的生命产生严重威胁^[3]。Swenson 手术在临床上经过多次改良之后,已经取得十分显著的临床效果。当前肠管吻合的方式常见的有 2 种形式,第一种为肛门外吻合,操作比较简单、方便;第二种为采用前后高低的斜口缝合方式,让患者在手术之后也可以保留正常的排便功能。Swenson 手术在经过临床上的改革之后,手术步骤变得越来越简单,并不需要重新进行开腹,能够减少患者在手术中花费的时间及手术中的出血量等。

Duhamel 手术被称作是治疗先天性巨结肠的有效方式,此种手术方式不仅让患者的直肠前壁感觉区得到保留,也可以使患者开展正常的结肠蠕动,最终形成半圆吻合。但是由于钳夹完成了结肠吻合的过程,无法完全切除结肠前壁与直肠后壁,在手术开展之后,患者会出现闸门综合征及盲袋等情况。临床上多次对这种手术方式进行改革,可以在直视的情况下,全部切除结肠前壁和直肠后壁,避免在原始手术

当中患者出现闸门或是盲袋等的缺点。最终的先天性结肠治疗效果和近端是否彻底切除存在直接相关性^[4]。当前大多数的意见是神经结构基本上处于正常状态,出现近端扩张肥厚肠管。因为过度扩张,会影响到肠管的蠕动功能,应尽量让结肠直径的正常处得到切除。另外,由于此种手术方式属于盆腔开放性吻合方式,在开展手术之前需要做好充分的肠道准备工作,还需要做好支持治疗工作^[5]。否则患者手术之后,会因为体质量降低,蛋白质水平降低,抵抗力下降等而出现更加严重的腹腔内感染情况。先天性巨结肠不管采用哪种手术方式都会存在各种情况的并发症。比较常见的近期并发症主要有吻合口狭窄、尿潴留、尿失禁、伤口感染、吻合口漏、直肠回缩等。不管是哪种手术方式治疗先天性巨结肠疾病,都需要选择好手术时机^[6]。但是在当前的相关标准与规定中,关于治疗先天性巨结肠疾病所开展手术的时机还没有形成统一的意见。很多手术的手术时机考虑到了患者的年龄、症状、病变类型,同时也考虑到了完成手术的医生经验。在英国,大多数会采用保守治疗来治疗先天性巨结肠新生儿患者,等到 3 个月之后再开展相关的手术^[7]。有研究显示,对于患有先天性巨结肠疾病的患者,年龄越小,病变受到的局限越大,需要切除的组织也就会越少,对于患儿所产生的干预也会越小,对患者手术后的肠功能恢复也会更加有利^[8-10]。

两种手术开展之前,都需要做好专门的准备工作,这样可以给患者提供基本的安全保障,降低术后并发症的发生率。整体上看,采用 Duhamel 手术的患者并发症发生率更低。其实当前治疗先天性巨结肠疾病的几种手术方式整体上差异并不大,在治疗效果方面存在的差异,受患者自身因素、操作手术人员情况的影响。几种手术的关键点都是需要把病变的肠段切掉,让肠道的正常蠕动功能可以得到恢复,也让直肠的正常排便反射得到保存。本研究主要比较了先天性巨结肠患者采用 Duhamel 手术与 Swenson 手术的治疗效果。研究发现,观察组患者的治疗总有效率、术中出血量、手术平均时间和术后并发症的发生率与对照组患者比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,先天性巨结肠患者采用 Duhamel 手术的整体治疗效果更好,可以降低术后不良反应的发生率。

参考文献

[1] 张朋,田静,王晓晖,等.腹腔镜辅助与开腹 Soave 术治疗小儿先天性巨结肠的疗效分析[J].腹腔镜外科杂志,2018,23(4):298-301.
 [2] 孙有成,刘远梅,金祝,等.经肛门改良 Soave 术 I 期根治先天性巨结肠的手术效果评估[J].中华实用儿科临床杂志,2010,25(11):812-813.

- [3] 孙玲玲. 159 例小婴儿先天性巨结肠的临床特点分析 [D]. 重庆:重庆医科大学, 2019.
- [4] 吕良峰, 刘士会, 吴琦, 等. I 期经肛门改良 Soave 与经腹会阴根治术治疗小儿先天性巨结肠的比较研究 [J]. 中华全科医学, 2018, 16(9): 1459-1461.
- [5] 侯立功, 侯广军, 邵雷鹏, 等. 腹腔镜下改良 Soave 术 I 期治疗先天性巨结肠长段型的短中期疗效及对肠道菌群的影响 [J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47(9): 1107-1110.
- [6] LUKAC M, SINDJIC-ANTUNOVIC S, VUJOVIC D. Effectiveness of various surgical methods in treatment of Hirschsprung's disease in children [J]. Vojnosanit Pregl, 2016, 73(3): 246-250.
- [7] SKÁBA R, HOCH J, JECH Z. Hirschsprungs disease in adults two case reports and review of the literature [J]. Rozhl Chir, 2018, 97(3): 133-138.
- [8] 王文凯, 郭文斌, 刘煌, 等. 腹横肌平面阻滞和骶管阻滞用于患儿先天性巨结肠术后镇痛的比较 [J]. 临床麻醉学杂志, 2016, 12(9): 892-895.
- [9] FUKUZAWA M. Progress in the treatment of and research on Hirschsprung's disease [J]. Nihon Geka Gakkai Zasshi, 2014, 115(6): 312-316.
- [10] 施诚仁. 再谈先天性巨结肠小肠结肠炎的防治 [J]. 临床小儿外科杂志, 2019, 18(5): 348-351.

(收稿日期: 2020-10-16 修回日期: 2021-04-18)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 16. 032

内镜逆行胰胆管造影术后出血的高危因素及对策分析

唐亚红

河南省焦作市人民医院消化一区, 河南焦作 454000

摘要:目的 分析内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)术后出血的高危因素及对策。方法 收集 2018 年 1 月至 2019 年 8 月该院行 ERCP 治疗且术后并发出血的患者 28 例为出血组, 按 1:2 的比例匹配年龄、性别相近的 ERCP 术后未出血患者 56 例为对照组, 比较 2 组各项临床资料, 分析 ERCP 术后出血的高危因素及对策。结果 出血组患者中原发性疾病为胆管癌、壶腹癌、胰头癌占比明显高于对照组($P < 0.05$); 出血组中术前合并胆道感染、十二指肠乳头憩室的发生率明显高于对照组($P < 0.05$)。Logistic 逐步回归分析发现, 原发疾病、术前胆道感染、胆总管结石最大径 ≥ 2 cm、结石嵌顿及十二指肠乳头内憩室是 ERCP 术后出血的危险因素($P < 0.05$)。结论 ERCP 术后出血与原发疾病、胆道感染、胆总管结石最大径 ≥ 2 cm、结石嵌顿及十二指肠乳头内憩室等高危因素有关, 应针对性加强围术期管理, 降低术后出血风险。

关键词: 内镜逆行胰胆管造影术; 出血; 危险因素; 病例对照研究

中图分类号: R575

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)16-2414-04

内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)是目前治疗胰胆管疾病的有效方法, 该技术凭借微创技术可极大降低并发症发生率, 但由于胰胆管解剖结构的特殊性, 术后仍可引起并发症。ERCP 术后常见并发症包括出血、急性胰腺炎、胆道感染、穿孔等, 其中消化道出血发生率高达 48%^[1-2]。尽管多数出血可自行缓解并停止, 但仍有少数患者因术中大出血或迟发性术后出血而危及生命。有研究表明, 血小板功能异常可增加 ERCP 术后出血风险^[3], 但其他高危因素报道鲜见。本院收集 84 例行 ERCP 患者的临床资料, 旨在分析 ERCP 术后出血的高危因素, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2018 年 1 月至 2019 年 8 月本院行 ERCP 治疗且术后并发出血的患者 28 例为出血组, 按 1:2 的比例匹配年龄、性别相近的 ERCP 术后未出血患者 56 例为对照组。诊断标准: (1) 术后并发的出血为胆道出血, 符合相关诊断标准^[4]。血压下降, 且血红蛋白 ≥ 20 g/L; 腹痛、黑便及呕血; 内镜确

诊出血部位。(2) 经肠镜检查, 出血点于十二指肠乳头之上的胆管壁。纳入标准: (1) 年龄 ≥ 40 岁, 且确诊为胆道出血。(2) 病例信息完善。(3) 研究项目经本院伦理学委员会同意。排除标准: (1) 术前血小板功能异常。(2) 术前血压浮动较大。(3) 存在严重器质性疾病、认知功能障碍。2 组患者性别、年龄、括约肌切开术(EST)切口长度、插管困难、插管时间等基线资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

1.2 方法 (1) 收集 2 组患者的基线资料情况, 如性别、年龄、内镜下 EST 切口长度、插管困难、插管时间。(2) 统计 2 组患者的原发疾病(包括胆总管结石、胆管癌、急性胰腺炎、壶腹癌、胰头癌), 术前合并症(包括糖尿病、高血压、胆道感染、高脂血症、十二指肠乳头憩室)及术后血压监测情况。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据分析, 计数资料以率表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 采用 Logistic 逐步回归分析法进行危险因素分析, 以