

小儿肠旋转异常 29 例报告

附属儿童保健院外科 辛希圣 颜水衡

肠旋转异常是一种先天性畸形，多见于新生儿和儿童，有的在成年期发病。本院自1977年1月至1984年1月收治29例，特报道如下。

临床资料

一、一般资料 本组29例中男20例，女9例。发病时间从出生后1天到5岁以上，其中1~2天15例；2天以上~1个月10例；1个月以上~1岁3例；1岁以上~5岁1例。肠不旋转1例；旋转不良16例（其中12例伴中肠扭转）；游离盲肠3例；伴其他畸形9例。

二、临床表现 29例全部有间歇性呕吐史，多数发生在生后1个月内（25例），其中15例发生在生后1~2天内。呕吐物为奶块或黄绿色胆汁样液体。2例新生儿伴血便，1例伴肠炎。体检：18例一般营养状况差，表现为消瘦、脱水、腹胀；6例可见胃型或肠型。特殊检查：7例腹部X线平片，均显示有“双泡症”或肠梗阻征象；12例钡餐造影，显示十二指肠扩张、不全性梗阻；9例钡灌肠显示盲肠位置异常。术中所见：回盲部位于右上腹19例，位于中腹部3例，左上腹3例，右下腹3例。12例中肠扭转中，仅3例为逆时针旋转，其余9例为顺时针扭转。

三、治疗 28例作手术治疗，其中26例行Ladd手术并切除阑尾；1例游离盲肠，分离索带后将盲肠固定在右下腹，均获得痊愈。另1例因伴高位闭肛，先期作结肠造瘘后死亡。

讨论

一、诊断 诊断肠旋转异常主要靠病史和X线检查。慢性间歇性呕吐、腹痛是其特征，腹部立位X线平片见“双泡症”，再作钡餐或钡灌肠检查，见到十二指肠扩张或回盲部位置异常则可确诊。

新生儿出生后虽解过胎便，但有早期呕吐，应引起重视。本组一半病例在出生后1~2天就出现呕吐，最早的7小时就呕吐，尽管新生儿早期呕吐病因很多，如败血症、腹膜炎、肠炎、肥大性幽门狭窄、喂养不当等，但只要通过X线检查，诊断本病是不困难的。本组93%病例在术前得到确诊。由于本病的中肠系膜未固定，根部狭窄，系膜相对较长，易以肠系膜上动脉为轴心引起扭转（多数是顺时针扭转），且容易引起肠坏死。本组15例中新生儿占12例，2例肠坏死及1例死亡，所以对新生儿肠旋转异常需提高警惕。

二、治疗 多采用Ladd术同时切除阑尾。对肠坏死范围不能确定的病例，有些作者主张暂时作中肠复位，不作广泛肠切除，24~48小时再次剖腹探查，那时肠坏死范围会更明确、更局限，可避免广泛切除。在观察期间可静脉滴注低分子右旋糖酐，每公斤体重10ml，6小时一次，可使一些原来血供较差的肠管恢复功能⁽¹⁾⁽²⁾。术后部分患儿（5例）仍有短时间的呕吐，这是因为扩张的十二指肠张力过低，一时不能恢复正常的收缩功能，部分胃内容物潴留并返

流,待十二指肠张力恢复正常后,症状就会消失。本组经术后1~2年的随访,均已恢复正常。

三、体会

1. 游离盲肠:本组有3例。它是由于胚胎发育时升结肠系膜未与后腹膜融合,所以盲肠位置虽在右下腹,但因未固定而发生肠扭转。对钡灌肠时回盲部位置正常而仍有可疑肠旋转异常的病例,需进一步作钡餐检查来确诊。

2. 彻底松解Ladd索带:Ladd索带是介于回盲部、升结肠与十二指肠间的片状索带,手术时必须沿十二指肠周围彻底将其松解,使十二指肠内容物能顺利进入空肠,这是手术的关键。我们曾遇到外院送来的病人,因对该索带认识不足,仅作为粘连性肠梗阻进行粘连松解术,症状未能缓解,应引起重视。

3. 注意合并其他畸形:近年发现肠旋转异常常伴有其他畸形,以十二指肠闭锁、狭窄、闭肛等消化道畸形为多见。本组有9例,其中新生儿7例。如1例肠套迭经空气灌肠确诊并行空气整复,但在留院观察中仍

有肠梗阻症状,剖腹探查发现是系游离盲肠伴中肠扭转。另1例为高位闭肛,作先期结肠造瘘后死亡。尸检发现肠旋转不良、中肠扭转、肠坏死,节段性结肠闭锁。因此手术中需仔细探查,特别是Ladd索带以下的十二指肠,如有索带压迫,常可引起该段肠管狭窄。本组有2例,术中分离索带后发现十二指肠内容物不能通过,切开肠壁见有膜状隔膜,中间有一小孔。因此分离该索带后,应常规检查十二指肠内容物通过情况。国外也报道有15%~30%的肠旋转异常伴有其它畸形,有的高达62%^(3,4)。

参 考 文 献

1. Irwin H Krasna, et al. J Pediat Surg 1978; 13: 480.
2. Sydney S Gellis, et al Current Pediatric Therapy 9th ed, London; W B Saunders Company, 1980: 192.
3. Howard C Filston. J Pediat Surg. 1981: 16: 614~620.
4. David R Stewart, et al. Surgery 1976; 79: 716~720.

参 考 文 献

1. Lewison EF. Cancer 1980; 46: 859.
2. Ebreich CE, et al. Am J Obstet Gynecol 1981; 141: 539.
3. Gao YL, et al. Am J Obstet Gynecol. 1983; 146: 299.
4. 褚云鸿 周美华,等 生殖与避孕 1982; 2: 37-42.
5. 刘以训. 生殖与避孕 1981; 1: 53.
6. Nielson CJ, et al. Cancer Res 1977; 37: 3420.
7. 牛恩羊,等. 生殖与避孕 1982; 2: 10.

(紧接第124页)解之故。刘以训认为解育时间不能过长,应在2~3小时内,但从本实验在0℃的条件下,即使到20小时仍很稳定,ERc及PRc皆如此。这可能是我们在缓冲液中加入钼酸钠之故。钼酸钠可稳定甾体激素受体^(6,7),使之在较长解育时间里不遭破坏。我们的经验认为加钼酸钠不但受体较稳定,不易遭外界条件的破坏,而且加钼的测定所得受体量相对稍高,故这也是简单可取之点。为方便,同时检测ERc及PRc,统一采用0℃解育4小时还是可行的。