

与组织亲和反应减弱而使手术失败。④遗漏疝的寻找：术中要仔细查看直疝三角区域微小直疝或诸如腹横筋膜薄弱膨出等可能发生的疝前期病变，尤其是凹间韧带内侧区域，如有该类疝前期病变，应予结扎或折叠缝合。⑤术中严格无菌操作，如是嵌顿性疝，局部渗出较多，应广泛冲洗，然后进行充分的引流，防止积液导致继发感染，术后常规预防性使用抗生素。⑥积极治疗引起腹压增高的疾病，如慢性支气管炎、尿潴留等，非急诊手术患者应控制好以上疾病后再行手术。⑦术后并发症的防治：术后可能出现出血、切口感染、阴囊积液、缺血性睾丸炎、尿潴留、血管栓塞等并发症，为预防尿潴留的发生，术前患者应练习床上排尿，术后早期下床活动。

我们认为，无张力疝修补术除了适用于疝环较小的初发性腹股沟斜疝、直疝，还适用于疝环较大的，但腹横筋膜尚完整、无明显薄弱的初发性或复发性腹股沟斜疝或直疝，即使嵌顿性腹股沟斜疝，只要无肠坏

死，急诊手术亦同样适合。但对于嵌顿性疝有肠坏死或局部水肿明显者不宜采用此手术方法。无张力疝修补术创伤小、疼痛轻、操作简单，术后患者恢复快，复发率低，是治疗腹股沟斜疝的合理术式。

**参考文献：**

[1] 马颂章. 疝和腹壁外科的现状与进展 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2003, 10(1): 1-3.  
 [2] 周建平, 李铁钢, 范丹凤. Prolene网片在成人腹股沟疝前路修补中的应用 [J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(8): 499-500.  
 [3] 吴肇汉. 无张力疝修补术——疝修补手术的新趋势 [J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(2): 65.  
 [4] Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, et al. The tension-free hernioplasty [J]. Am J Surg 1989, 157(2): 188-193.  
 [5] 唐健雄. 无张力疝修补术治疗腹股沟疝的若干问题探讨 [J]. 外科理论与实践, 2002, 7(6): 419-420.

收稿日期：2008-08-19 修回日期：2008-12-10

本文编辑：李 昕

## 自发性乙状结肠穿孔 6例报告

王一波, 薛 华

(常州市武进人民医院普外科, 江苏 常州 213000)

**关键词：**乙状结肠；穿孔；诊断治疗

**中图分类号：**R656.9 **文献标志码：**B **文章编号：**1000-2065(2008)12-0844-02

自发性乙状结肠穿孔缺乏特异性临床表现，术前明确诊断困难，是一种死亡率较高的急腹症。我院近 2 年共收治自发性乙状结肠穿孔 6 例，现回顾分析如下。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 2006 年 2 月—2007 年 12 月我院共收治自发性乙状结肠穿孔患者 6 例，男 4 例，女 2 例，年龄 55~86 岁，平均 70 岁。发病至就诊时间 0.5~21 h 平均 5 h，均无外伤史。

1.2 临床表现 本组上腹部疼痛 4 例，均迅速蔓延至全腹；腹痛起始部位叙述不清 2 例。术前均未作出明确诊断，以腹膜炎行剖腹探查明确诊断。

1.3 手术发现及术式 乙状结肠对系膜缘穿孔 4 例，乙状结肠直肠交界处穿孔 2 例，并发升结肠癌 2 例；行修补手术 1 例，造瘘术 2 例，乙状结肠切除 + 造瘘术 3 例。

1.4 术后病理 3 例为黏膜层炎细胞浸润，浆膜层急性炎症反应，其中 2 例伴慢性血吸虫病(虫卵已钙化)，1 例为结肠癌。另 3 例未行病理检查。

### 2 结果

本组治愈 5 例；死亡 1 例，原因是穿孔至手术时间有 21 h 腹腔污染严重，术后死于严重中毒性休克；伤口感染 1 例，经治疗后好转出院。

### 3 讨论

自发性乙状结肠穿孔是一种少见急腹症，多见于老年人。平均发病年龄在 60~70 岁<sup>[1-4]</sup>，本组病例平均年龄为 70 岁。致病原因主要包括 2 个方面：一是乙状结肠局部血供障碍，常见原因为直肠下动脉与直肠上动脉的 Drummond 边缘动脉弓较细或缺乏，导致乙状结肠血供相对较差<sup>[4]</sup>；动脉硬化导致血供障碍<sup>[3-4]</sup>。二是肠腔内压力增加，常见原因为

便秘<sup>[1,3-4]</sup>。血吸虫卵浸润、堵塞肠壁血管可导致血供障碍,致穿孔易发。本组中 2/6 例病理诊断慢性血吸虫病(虫卵已钙化),提示血吸虫病可能为自发性乙状结肠穿孔的致病原因之一。

自发性乙状结肠穿孔常是以腹膜炎症状为主要表现的急腹症,术前明确诊断困难。腹痛及腹膜炎起始部位及其演变情况病史、诊断性腹穿、腹部平片可对诊断有所提示,但常常难以确定穿孔部位<sup>[4]</sup>。CT、B超等检查对诊断似无帮助<sup>[4]</sup>。腹腔镜技术对早期结肠穿孔的诊断和治疗可能会有所帮助<sup>[5]</sup>,值得尝试。

结肠穿孔的主要危害是粪汁性腹膜炎和感染性休克。尽早清除腹腔内污染物和阻断污染源是挽救病人生命的关键。自发性乙状结肠穿孔死亡率高达 20%<sup>[2-4]</sup>,感染性休克是导致患者死亡的主要原因。本组中 1 例死于严重的感染性休克。感染性休克的严重程度直接与穿孔时间相关。因此,结肠穿孔一经怀疑应尽早剖腹探查,不应徘徊于术前为明确诊断

而进行的检查中。手术方式多种多样,不难完成,关键在于清除腹腔内污染物和切断污染源。本组中并发结肠癌 2 例,提示在手术中不要局限于穿孔结肠段的处理,需对整个结肠作必要的探查。即使行穿孔修补术,也需切取肠壁组织进行病理检查,以策安全。

#### 参考文献:

- [1] 周茂松,浦志一. 自发性乙状结肠穿孔 5 例分析 [J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(16): 3192-3193.
- [2] 徐世明,冉正容. 自发性乙状结肠穿孔 8 例报告 [J]. 消化外科, 2005, 4(4): 244, 254.
- [3] 胡俊,俞一峰. 乙状结肠自发性穿孔的诊治体会 [J]. 东南大学学报:医学版, 2003, 22(3): 178-179.
- [4] 石彦,宋爽,靳明林,等. 自发性乙状结肠穿孔 18 例的病因及诊治分析 [J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(12): 746.
- [5] 严立俊,汤利民. 经腹腔镜确诊并治疗自发性乙状结肠穿孔 1 例 [J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(7): 641.

收稿日期: 2008-06-16 修回日期: 2008-11-09

本文编辑:程春开

## 新生儿经腹腔镜行胃肠道手术前改进置胃肠减压时间的研究

张梅,李婉丽,史德利,张丽娟

(徐州市儿童医院外科,江苏 徐州 221006)

**摘要:**目的 探讨不同时间留置胃肠减压对新生儿经腹腔镜行胃肠道手术的影响。方法 选择 2003 年 12 月—2005 年 12 月(对照组)和 2006 年 1 月—2008 年 1 月(实验组)行胃肠道手术的患儿各 50 例,实验组采用术前晚 22 时禁食留置胃肠减压;对照组采用术晨 3 时禁食、7 时留置胃肠减压,对比观察 2 组不同时间留置胃肠减压对手术的影响。结果 实验组小肠胀气发生率(2% vs 14%,  $P < 0.05$ )、麻醉过程中反流发生率(4% vs 16%,  $P < 0.05$ )及手术时间 $[(98 \pm 24) \text{ min vs } (108 \pm 29) \text{ min}, P < 0.05]$ 均明显少于对照组。结论 新生儿腹腔镜手术患儿术前晚 22 时禁食留置胃肠减压可以明显减轻胃肠道胀气,充分暴露术野,缩短手术时间,减少麻醉过程中的反流现象。

**关键词:** 胃肠道手术;新生儿;腹腔镜;置胃肠减压时间

**中图分类号:** R656; R726.1 **文献标志码:** B **文章编号:** 1000-2065(2008)12-0845-02

腹腔镜手术具有手术创伤小、术后恢复快、腹部瘢痕小、住院时间短等优点<sup>[1]</sup>,已被广泛应用于临床。经腹腔镜行新生儿胃肠道手术时对胃肠道的准备要求严格,留置胃管抽出气体和部分液体可缩小胃体积,减少肠胀气,充分暴露手术视野,避免误伤其他器官,还可预防麻醉过程中因反流而导致的窒息<sup>[2]</sup>。因此,有效的胃肠减压是缩短手术时间和预防麻醉过程中反流现象的重要措施之一。我院采用的传统方法是术晨 3 时禁食、7 时留置胃肠减压,由于放置胃肠减压时间短,不能充分引流消化道内的气体和液体,膨胀的肠腔影响手术视野,增加麻醉

过程中反流的发生率。我们从 2006 年 1 月开始改进了放置胃肠减压的时间,并观察不同放置胃肠减压时间对引流效果的影响,报道如下。

### 1 资料和方法

1.1 临床资料 选择 2003 年 12 月—2008 年 1 月我院收治的需行胃肠道手术的新生儿,按照放置胃肠减压时间的不同分为对照组(2003 年 12 月—2005 年 12 月收治的 50 例患儿)和实验组(2006 年 1 月—2008 年 1 月收治的 50 例患儿)。实验组:男 38 例,女 12 例,年龄 4~66 天,平均年龄 26 天;体