

者带来长时间的刺激、粘连、炎性狭窄、结石再发等不良影响,还有生活的不便和心理负担。对于术中确实存在吻合条件不良,缝合结果不满意,或胆管口径过小,不放管支撑难以吻合或吻合后阻塞影响胆汁流者,选择性放置支撑引流管也是必要的。

参考文献:

- [1] 周宁新. 对肝门部胆管癌根治切除手术方式的改进体会[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(9):543-544.
- [2] 刘金纲,余云. 胆道术后残留结石及再生结石的内镜治疗[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(2):97-98.
- [3] 金晓波,丁敏勇,兰金耀,等. 胆肠吻合术后再手术的原因及处理[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(1):49-51.

- [4] 许龙堂,郑樟栋,陈凯,等. 胆总管探查后一期缝合的临床问题探讨[J]. 中华肝胆外科杂志,1998,37(1):31-33.
- [5] 姜从桥,钟如璜,杨永康,等. “T”管作支撑管预防胆肠吻合的狭窄[J]. 现代康复,1998,2(9):1122-1123.
- [6] 王炳煌. 医源性晚期胆管狭窄的起因和处理[J]. 肝胆外科杂志,1997,5(2):78-81.
- [7] 黄志强. 黄志强胆道外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,1998. 493-500.
- [8] 王学志,庄钦影,张圣道. 医源性胆管狭窄33例外科治疗分析[J]. 中国实用外科杂志,1996,16(6):350-351.

文章编号:1005-6947(2005)08-0576-01

· 病例报告 ·

新生儿急性阑尾炎合并小肠梗阻 1 例

雷星, 白铁成

(陕西延安大学附属医院 普通外科, 陕西 延安 716000)

关键词: 阑尾炎; 急性病; 婴儿, 新生; 病例报告

中图分类号: R656.8 **文献标识码:** D

患者 男, 15d, 以“皮肤黄染 10 余天, 咳嗽 5d”入住我院小儿科。入院诊断为:(1)新生儿肺炎;(2)新生儿黄疸。经过消炎、退黄处理后病情缓解, 入院第 4 天出现呕吐数次, 呕吐物为胃内容物, 伴有哭闹, 排便 5~6 次, 量少。体查:腹部膨隆, 未见胃肠型及蠕动波, 腹肌软, 未触及具体包块, 移动性浊音阴性, 肠鸣音活跃, 音调亢进。白细胞 $12.58 \times 10^9/L$ 。腹部平片示:中上腹肠管扩张, 可见阶梯状排列的气液平面, 考虑肠梗阻。转入我科, 给予胃肠减压, 消炎, 输液等对症处理 2d, 症状未缓解, 肛门未排气排便。复查腹部平片示:可见阶梯状排列气液平面, 腰大肌及脂肪线欠

清晰, 遂行急诊手术, 取右下腹经腹直肌切口约 3cm 进腹, 打开腹腔后约 200mL 淡黄色渗液, 整个小肠扩张, 最宽约 3cm, 回盲部与侧腹膜粘连较著, 与末端回肠粘连形成机械性、不全性肠梗阻, 并回盲部形成脓肿, 切开脓肿后阑尾末端红肿, 被覆脓苔, 阑尾壁有一直径 0.3cm 穿孔, 切除阑尾, 考虑周围脓肿难以清除, 为防止术后梗阻难以缓解, 游离粘连回肠后, 距回盲部 5cm 处回肠做造瘘置橡皮引流管于麦氏点引出, 手术较顺利。术后予抗炎、输液治疗, 并每日输注血浆, 术后第 2 天造瘘管引流粪便约 50mL, 第 3 天肛门排便, 术后第 7 天切口皮肤感染, 予每日换药, 15d 带造瘘管出院, 1 月半后拔除造瘘管。

理及临床症状无特异性, 容易误诊误治有关。新生儿阑尾呈“漏斗型”, 根部较宽, 长度相对较短, 一般长度为 2.5~3.5cm 之间, 且新生儿常以奶汁为食, 取平卧位, 含有致病菌的食糜不能长期藏留于阑尾腔内, 因而新生儿不易患阑尾炎。新生儿阑尾壁薄, 滤泡增殖不明显, 大网膜发育不良, 包裹能力差, 一旦患阑尾炎, 易发生穿孔及腹膜炎, 加之腹肌发育差, 炎性物质易穿透腹壁, 导致腹壁红肿, 而无右下腹局限性压痛之特征, 极易误诊。新生儿阑尾炎罕见, 病情进展快, 全身情况严重, 容易发生阑尾穿孔, 病死率高。本病一旦确诊, 应及早手术, 行阑尾切除或腹腔引流。对可疑者也应及早剖腹探查, 以免延误病情。术后合理应用抗生素, 加强营养支持治疗, 是降低病死率的关键。

讨论 新生儿阑尾炎临床发生率仅占小儿阑尾炎的 0.04%, 而其病死率高达 50%~80%, 这主要与解剖病

收稿日期: 2005-06-25。

作者简介: 雷星(1979-), 男, 陕西洛川人, 陕西延安大学附属医院住院医师, 主要从事肝胆及胃肠方面的研究。

通讯作者: 雷星 电话:0911-2881229 (0); E-mail:leisaner@163.com。