

放置引流物,能有效预防切口感染。认为另戳孔放置引流对患者创伤较小,而且不受换药之苦,有可取之处。

参考文献:

- [1] 张光全,程泰煦,同稳. 自制深部打结器在腹部外科手术中的应用[J]. 临床外科杂志,1996,4(5):278.
[2] 张光全,程泰煦,李玲,等. 小切口胆囊切除术3500例临床报告[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(9):555-556.

- [3] 张光全,程泰煦. 缝扎胆囊三角系膜技术在微创胆囊切除术中的临床应用[J]. 肝胆胰外科杂志,2000,12(1):11.
[4] 安军礼,周积德,马建军,等. 小切口胆囊切除术3000例报告[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(2):143-144.
[5] 张光全,程泰煦,郭峰,等. 术前B超检查判断小切口胆囊切除术的适应证[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(2):191-192.
[6] 张光全,程泰煦. 小切口胆囊切除术中超声的临床应用[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(2):144-145.

文章编号:1005-6947(2007)02-0120-01

· 病案报告 ·

小肠恶性淋巴瘤并肠穿孔2例

宋艳利

(辽宁省大连市第三人民医院 外科, 辽宁 大连 116033)

关键词: 淋巴瘤; 肠穿孔/继发性; 小肠

中图分类号:R733.4 文献标识码:D

1. 病例报告

例1 男,38岁。无明显诱因右上腹部疼痛加重伴发热、恶心、呕吐3d入院。3个月前因饮酒过量上腹持续胀痛恶心,曾以急性胰腺炎于我院门诊抗炎对症治疗缓解。近3个月来体重下降10kg。体查:体温37.8℃,脉搏80次/min,呼吸22次/min,血压120/80mmHg。剑突下及左侧压痛,无反跳痛、肌紧张,未及包块。白细胞 $16.2 \times 10^9/L$,中性0.78,血淀粉酶正常,尿淀粉酶1478U。彩超:腹腔积液。临床诊断:(1)慢性胰腺炎。(2)局限性腹膜炎。予以抗炎、胃肠减压、抑制胰液分泌治疗3d无好转,且腹痛加重,体温上升。并出现上腹压痛、反跳痛、肌紧张,移动性浊音阳性。CT示胰体尾部密度不均,胰周渗液征明显;腹水,双胸水少量。考虑坏死

后胰腺炎,故剖腹探查。术中见腹膜内大量淡血性渗出约2000mL,大网膜呈炎性改变,左侧大网膜呈紫蓝色糜烂,小肠起始段下方20cm处完全横断,其附近一囊腔溃破,囊腔位于腹膜下缘,两断端小肠部分坏死,故行小肠双管造瘘术以备二期肠吻合。术后病理报告:恶性淋巴瘤,小细胞型T系来源,肿瘤侵及大网膜、部分区域坏死伴中性类型细胞浸润。术后抗炎对症、营养支持,全身化疗1次,1个月后死亡。

例2 女性,65岁。突发右侧腹痛伴恶心、呕吐8h入院。体查:体温37.0℃,脉搏96次/分,呼吸18次/min,血压120/75mmHg,全腹胀痛及反跳痛,右下腹为重,右下腹肌紧张。白细胞 $9.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.86。腹部平片示:右腹下游离气体。诊断:急性腹膜炎、上消化道穿孔。行剖腹探查,术中见:回肠末端距盲肠4cm处前壁一直径约2.5cm破裂口,行右半结肠、末端回肠切除、回肠、横结肠端侧吻合术,术后病理:(回盲部及回肠)恶性淋巴瘤,以T细胞为主,T,B细胞混合型,术后化疗,近期生存好。

肠道肿瘤的1%~3%,以恶性多见,有腺瘤、肉瘤及淋巴瘤。在所有的原发消化道淋巴瘤中,胃淋巴瘤最多约占40%,小肠约占28%。盲肠为好发部位,因该区含近半数的淋巴组织。其次为空肠,十二指肠最少。原发性恶性淋巴瘤以B细胞型较多见。

消化道出血、腹痛及腹部包块是小肠恶性肿瘤三大特征。但小肠恶性淋巴瘤缺乏特异性临床表现,病变早期可无症状或症状轻微,且腹痛的性质和部位不定,同时因发病率低,对其缺乏认识,加以目前检查方法有一定的局限性,故极易误诊。有文献报道误诊率高达70%~90%,本文2例均被误诊,例1表现为急性胰腺炎,实属少见,可能与此病灶部位较高有关。故笔者以为,急性胰腺炎存在腹腔积液应进一步查明渗液性质,以免延误诊治。

大量研究表明,X线,超声,CT,MRI和内镜等检查都是小肠恶性淋巴瘤重要检查手段,但及时有效的切除肿瘤,才是小肠恶性淋巴瘤治疗的根本措施。例2因及早行剖腹探查,切除肿瘤,使患者获得较好的治疗时机,延长了生存期。另外,恶性淋巴瘤对化疗敏感,术后应根据病理分型与辅助化疗防止复发,常用化疗方案有CHOP,COPP方案。

收稿日期:2006-12-11。

作者简介:宋艳利,女,辽宁大连人,大连市第三人民医院 外科,主要从事方面的研究。

通讯作者:宋艳利 E-mail:yanli_song_hotmail.com。

2 讨论

原发性小肠肿瘤发病率低,占胃