

91.5%。本组对8例病儿施行LC均取得良好效果。对于病情危重者,可根据情况选用胆囊造瘘术或经皮肝穿胆管引流(PTCD)。对于肝内胆管结石,由于小儿的胆管系统管径细窄,壁薄,若使用成人的常规取石器械,如取石钳、胆道镜等难以将结石完全取出,造成结石遗漏,甚至出现难以控制的危及生命的大出血。有1例肝内胆管结石病儿结石遗留。该例因拒绝二次手术,至今带管生活。因此,积极探索小儿肝内胆管结石的治疗方法及其取石器械的改进,仍是今后小儿外科工作者的一个课题。

参考文献:

- [1] Partrik V, Bailey MD, Robert H, *et al.* Changing spectrum of cholelithiasis and cholecystitis in infants and children [J]. *Am J Surg*, 1989, 158(20):585-588.
- [2] 段体德, 段磊, 李遐龄. 儿童胆石症的外科治疗 [J]. 中

华小儿外科杂志, 1992, 13(2):109-110.

- [3] Steven W Bruch, Sigmund H Ein, Catharine Rocchi, *et al.* The management of nonpigmented gallstones in children [J]. *Pediatr Surg*, 2000, 35(5):729-732.
- [4] John HT, Waldhausen MD, Denis R. Cholecystectomy is becoming an increasing common operation in children [J]. *Am J Surg*, 1999, 177:346-367.
- [5] 王德生, 徐兵, 王忠荣. 小儿胆道结石伴感染 20 例临床分析 [J]. *临床儿科杂志*, 1995, 13(6):406-407.
- [6] 吴敏芳. 儿童胆囊炎胆石症的超声影像 [J]. *实用医技杂志*, 2004, 11(12):2505-2507.
- [7] Diane DC, Usama AKL, Martin C. Cholecystectomy versus cholecystolithotomy for cholelithiasis in childhood: long-term outcome [J]. *J Pediatr Surg*, 2001, 36(13):1518-1521.
- [8] 黄志强. 黄志强胆道外科 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1998. 407-429.
- [9] 曹葆强, 梁久银, 王敬民. 小儿胆石症的腹腔镜治疗 [J]. *肝胆外科杂志*, 2003, 11(3):179-180.

文章编号:1005-6947(2007)07-0641-01

· 病案报告 ·

经腹腔镜确诊并治疗自发性乙状结肠穿孔 1 例

严立俊, 汤利民

(江苏省宜兴市张渚人民医院 普通外科, 江苏 宜兴 214200)

关键词: 肠穿孔, 自发性; 乙状结肠; 腹腔镜手术; 病例报告

中图分类号: R656.9 **文献标识码:** D

患者 男, 82岁。因突发性全腹疼痛 4h 于 2006 年 1 月 20 日入院, 既往有长期便秘史。体查: 体温 37.1℃, 血压 120/80mmHg (1mmHg = 0.133kPa), 急性面容, 痛苦貌。巩膜无黄染, 全腹肌紧张, 压痛反跳痛不明显。肛检: 直肠空虚, 盆腔前壁触痛, 指套无血染。白细胞 $15.1 \times 10^9/L$, 中性 0.91, 血红蛋白 14g/L。腹部 B 超: 肝脾未见异常、腹腔未见明显积液, 腹部立位平片未见异常。给予抗炎、解痉等治疗, 症状无明显缓解, 下午腹痛加重, 腹穿

抽出淡黄色混浊液体。拟诊: 弥漫性腹膜炎、消化道穿孔可能。即在全麻下行经腹腔镜腹腔镜探查术。腹腔内有淡黄色混浊液体, 约 400mL, 胃、十二指肠、阑尾及肝胆均无异常, 盆腔有较多脓苔, 乙状结肠下段系膜对侧缘有一处穿孔, 穿孔处为干结粪块堵塞, 肠壁柔软, 无出血及肿块。因病灶位于乙状结肠下段, 不易拉出体外, 且腹腔内污染较重, 遂决定行穿孔修补加横结肠造瘘术。左、右下腹部分别作 5mm, 10mm 操作孔, 自穿孔处共取出十余粒干硬小粪块, 置入收集袋中。修整创缘纵行间断缝合穿孔灶, 以大量生理盐水冲洗腹腔。再于右上腹作横切口, 开腹取出收集袋, 拉出横结肠造瘘, 完成手术。住院 7d 后痊愈出院。病理报告: 乙状结肠急性炎症改变。

讨论 自发性乙状结肠穿孔是较少见的急腹症, 其发病平均年龄为 60 岁, 约 60% 的患者有便秘史。系膜对侧缘是自发性穿孔的典型部位。本病术前难与上消化道穿孔、急性坏疽性阑尾炎伴穿孔相鉴别, 多在剖腹探查中确诊。正确处理穿孔、彻底清洗腹腔、术后充分引流是治疗该病的关键, 手术方式可采取一期穿孔修补术、穿孔修补近端结肠双腔造瘘术及穿孔修补袢式造瘘术等。腹腔镜检查对结肠损伤早期诊断有价值, 可发现结肠损伤的部位、程度, 既可明确诊断, 也能完成相应的手术治疗。腹腔镜下穿孔修补术操作简单, 术后患者的精神压力小, 疼痛轻, 避免了大切口探查的创伤, 缩短了住院时间, 减少了术后并发症的发生。

收稿日期: 2007-04-11。

作者简介: 严立俊, 男, 江苏阜宁人, 江苏省宜兴市张渚人民医院主治医师, 主要从事肝胆外科及微创外科方面的研究。

通讯作者: 严立俊 E-mail: dr.yanlijun@gmail.com