维普资讯 http://www.cqvip.com

胃石，肠结石；梗阻肠，儿童，外科手术 792.5(26)

胃，支持治疗，胃肠吻合，胃切除等。手术治疗效果不佳，基本废止。单纯西医治疗，疗程较长，一般 3～4 周治愈。本组两例采用中西医结合两法并作，取得了良好的效果，缩短了治疗时间。根据中医辨证：以胃气不和，寒热互结，随证加减。方用半夏泻心汤加味。早期呕血为胃络受损加用止血药如仙鹤草，大黄炭，止血引血归络，多在 24 小时出血停止。而后，以补气行气为主，重用黄芪党参，佐以降逆止呕药，如丁香，竹如；如湿热夹杂，在原方基础上加利湿药。使脾胃和，升降顺，寒热调，则诸证可解。

西医的胃肠减压，吸出胃液及气体，保持胃腔空虚，减轻胃粘膜水肿，静脉补液，保证营养供给和内环境平衡保证了整体正气稳定。在此环境中，能够充分发挥中药补气和胃，降逆止呕之作用。中药能使胃壁张力恢复，可能是通过调解内脏神经兴奋平衡和直接刺激胃壁增强蠕动而起作用的。针刺足三里，内关穴，也有和胃降逆宽胸理气之功效。中西医两法协同发挥作用，取长补短，大大提高了治疗效果。本组 1 例 10 天恢复正常，1 例 19 天恢复正常，较文献报告缩短了 1/3。

（收稿：1994—06—03）

47—48

小儿胃肠结石并发肠梗阻手术治疗 2 例

鞍山市钟表总厂门诊部　杨　晶　吴　娟
鞍山钢铁公司立山医院儿外科　杨铁成
（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R726.56

小儿胃肠结石临床较少见，自 1985 年以来我们收治两例因胃肠结石并发急性肠梗阻小儿，均经手术治愈，现将治疗体会报告如下。

临床资料

病例 1，患儿女性，年龄：18 个月，住院号：80038。

主要病史与查体：腹痛，腹胀伴呕吐四次，不排气及便二天住院。查：神志清，呼吸平稳，Ⅰ度脱水，心肺检查正常。腹胀，偶见肠型，全腹有压痛，无肌紧张及反跳痛，振水声明显，肠鸣音亢进但未闻及气过水音，其余未见异常。辅助检查：血化验：Wbc：7．7×10^9/L。Rbc：3．6×10^{12}/L，Hb：108g/L。

x 线腹透：右侧腹可见有 7～8 处液气面。

临床诊断：急性肠梗阻。

手术治疗：补液纠正脱水，胃肠减压后并由胃管内注入熟豆油 2 两 8 小时后洗肠未见排泄，腹痛阵发加重故当夜急诊手术。术中见腹腔有淡黄色渗液 200ml，肠系膜淋巴结广泛性肿大，胃内有 6×4×4cm 包块，质硬，不能挤碎，切开胃前壁取出包块见为胃石，棕褐色，用力敲碎后见结石内含大量黑枣核及纤维素样物。另查又见小肠扩张，距回盲部 150cm 处有 4．5×3．5×3cm 包块引起梗阻。于肠外挤压将包块挤碎然后挤入结肠内，解除小肠梗阻。术后第 2 天患儿排便含有许多黑枣核及纤维素样物，第 10 天出院。

病例 2，患儿男性，年龄：3 岁，住院号：11194。

主要病史与查体：阵发性腹痛伴呕吐三次，不排气及便一天住院。查：精神不振，呼吸稍促，轻度脱水貌。心肺检查正常，腹胀，左侧腹部可见肠型及蠕动波，全腹轻度压痛，无反跳痛，振水音明显，肠鸣音亢进并偶闻气过水声，肛诊正常，其余未见异常改变。

辅助检查：血化验：Wbc：19．8×10^9/L。

x 线腹透：上腹部有多个液气面并呈梯状排列。

临床诊断：急性肠梗阻。

手术治疗情况：补液纠正脱水，胃肠减压后自胃管注入中药粘连缓解汤 1/4 付观察 12 小时，腹胀腹痛仍不缓解，呕吐加重故当晚急诊手术。术中见腹腔有淡黄色渗液 300ml，小肠扩张，距回盲部 50cm 处有 5×4．5×4cm 包块引起梗阻，该处肠段高度扩张，肠壁已变黑坏死但未见穿孔。切除病变肠段 15cm，然后两断端吻合。检查包块为肠结石，褐色，用力挤碎见有大量黑枣核和纤维素块。术后第 7 天拆线，第 11 天出院。

维普资讯 http://www.cqvip.com

腹壁下动脉，创伤，误诊，斜行手术，解剖

讨论和体会

一、胃肠道结石是由胃及肠道外来的或内在的物质逐渐形成的异物团块，大致分为含毛发的毛粪石，由植物（水果或蔬菜）成份形成的植物烘石和以无机基质构成的结石。本组两例为植物成份性粪石。发生的病因主要是小儿一次过多吃黑枣，咀嚼不细，并将枣核囫囵吞咽。由于黑枣（包括涩柿等）内含有大量的鞣酸，鞣酸和胃酸可与蛋白质结合形成不溶于水的鞣酸蛋白而沉淀于胃内，同时黑枣内的果胶，遇胃酸凝集可将沉淀之鞣酸蛋白粘合成团更可与食物残渣聚积形成巨大团块而引起胃幽门或小肠梗阻。本组病例 1，发病前曾有一次过量吃黑枣史，询问病史时未被注意，术中发现胃和小肠内有黑枣核植物性结石，故临床诊断多因未能考虑此病而误诊。

二、小儿胃肠结石内少有不透 x 线的物质所以一般腹透不易发现，如能进行胃肠钡餐检查将能有助于诊断，特别对疑有胃内结石可通过电子胃镜检查即可确诊。小儿胃肠道结石靠自行破碎排出的可能性较小，当并发肠梗阻时应积极手术治疗。本组例 2，由于结石大，梗阻时间过长导致肠壁缺血坏死，后经肠切除，吻合治愈。值得提出的是：吻合口必须远离回盲部 20 厘米以上为宜，否则将会因回盲辩的作用导致肠内压增高并发吻合口漏。

三、小儿胃肠道结石是可以予防的。特别在柿和黑枣大量上市的秋冬季节要加强宣传和教育小儿（特别是乳幼儿）不要过多食用。

（收稿：1994—07—13）

45—49

腹壁下动脉误伤 1 例教训

普兰店市第二人民医院外科　许跃升
大连市皮口卫生学校解剖组　李宝玉
（辽宁普兰店，邮政编码 116222）

R643
R602

某女 49 岁，因上腹痛转移右下腹持续性疼痛 10 余日而急诊入院。查：T 38. 9℃，P44 次/分，R24 次/分，BP120/90mmHg，心肺 oB，腹部胀、腹式呼吸减弱，叩之鼓音，肠音弱，肝浊音界正常，右下腹有压痛，肌紧张及放手痛，可扪及约鹅蛋大的包块，余未见异常。x 线见结肠充气。化验：白细胞 18400/mm3，N80%，L20%。

B 超示右，腹炎性包块。住院诊断：化脓性阑尾炎、阑尾周围脓肿。

手术治疗情况：入院当日，在局麻下取右下经腹直肌切口约 8cm 剖腹，见右髂窝部有一炎性包块已被大网膜包裹。分离后吸浓汁约 300ml，同时在麦氏点稍下方置引流管一枚，关腹术终。

术后第一日晨，病人腹痛腹胀，引流管见血性渗液流出，一般状况欠佳，并见有贫血像但未引起重视。术后第二日晨，拔引流管时发现有大量新鲜血液流出，病人烦躁不安，面色苍白，大汗淋漓，P110 次/分，BP80/50mmHg，全腹压痛，腹胀并见有明显移动性浊音。当即诊断：内出血、失血性休克。立即输血 800ml 后，在连续硬膜外麻醉下，拆除原切口缝线，扩大切口，于切口下端腹膜外有一约 4×3×3cm 凝血块，清除后发现腹壁下动脉残端仍有活动性出血，立即行结扎止血。入腹后见积血较多，肠管广泛粘连，清理腹腔积血约千余 ml，行肠管排列术，查无活动性出血，器械沙布足数而关腹术终。术后 10 日痊愈出院。

教训：1. 腹壁下动脉的局解复习：腹壁下动脉，在腹股沟韧带的稍上方起于髂外动脉末端的前壁，经腹环内侧上升，在腹膜外脂肪中斜向内上方达腹直肌外缘附近，即穿过腹横筋膜，于腹直肌后方上行，跨过弓状线达脐上部，与腹壁上动脉及下部肋间动脉吻合。该动脉的体表透影为：腹股沟韧带内、中 1/3 交界处，向内上与脐的连线。故在腹直肌的外缘附近血管较少。2. 损伤的常见原因：腹壁下动脉在走行中，构成了海氏三角的外侧边，也是区分直疝和斜疝的解剖标志。为此，嵌顿疝修补术中往往为了扩大疝环颈部，易误伤腹壁下动脉。另一种情况是切开腹膜或缝合腹膜时误伤该动脉。最常见原因是，当我们采用了右侧中下腹经腹直肌切口时，因该动脉就位于腹直肌深面的腹