[5] Ozdemir H M, Us A K, Ogun T. The role of anterior spinal instrumentation and allograft fibula for the treatment of pott disease[J]. Spine, 2003, 28(5): 474-479.
[6] 徐 松, 解京明, 王迎松, 等. 脊柱结核的外科治疗[J]. 脊柱外科杂志, 2006, 4(1): 8-11.
[7] 温世明, 郝定均, 窦榆生, 等. 多椎体结核内固定与非内固定疗效的比较[J]. 骨与关节损伤杂志, 2002, 17(4): 275-277.
[8] Moon M S, Ha K Y, Sun D H, *et al*. Pott's paraplegia- -67 cases [J]. Clin Orthop Relat Res, 1996, (323): 122-128.
[9] Tuli S M. Management and results[M]//Tuli S M. Tuberculosis of the skeletal system. 2nd Ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd, 1997: 240-261.
[10] 林 雨, 管波清, 吴启秋. 脊柱结核合并肾结核的临床特点及诊断治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2003, 13(11): 648-651.
[11] 郑晨希, 饶书城, 牟至善. 椎体钉在胸腰椎结合手术治疗的应用[J]. 中华骨科杂志, 1992, 12(6): 401-404.
[12] 张宏其, 吴小川, 廖前德, 等. 内固定与非内固定治疗胸腰段脊柱结核的比较研究[J]. 中国医师杂志, 2003, 5(8): 1051-1053.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)20-1950-01

胰十二指肠切除术后出血的处理

张 莹,别 平 (第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所,重庆 400038)

胰十二指肠切除术是治疗胰头及壶腹部肿瘤的主要措施。此手术风险高,难度大,术后并发症较多[1]。在早期并发症中,出血最常见。回顾分析西南医院2004年10月至2006年10月102例胰十二指肠切除术后发生出血8例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男性6例,女性2例,年龄34~73岁,平均52.3岁。其中胰头癌5例,壶腹周围癌2例,胆管下段癌1例。均系Whipple手术后发生出血。全组均表现不同程度的腹痛、腹胀及失血征象。心率、脉搏>100次/min,收缩压<90 mmHg,脉压差<30 mmHg,血红蛋白<90 g/L。腹腔出血者6例;消化道出血2例。腹腔出血者均经腹腔引流管流出多量鲜血,其中3例引流量>100 ml/h。消化道出血者表现为胃管引流出暗红色血液,呕血和黑便。

1.2 处理方法

消化道出血患者行急诊胃镜检查,其中1例胃体部多数浅表溃疡,弥漫性出血,证实为应激性溃疡,经抑酸、使用生长抑素、止血药物,输血等处理后治愈。另1例见胃腔内血凝块,清理血凝块后见胃肠吻合口活动性出血,考虑为胃黏膜下动脉出血。经输血补液后行手术止血,术中打开原胃肠吻合口前壁,见胃壁黏膜下活动性出血,缝扎止血,重新吻合胃肠吻合口前壁。早期腹腔出血5例,经非手术治疗未能止血,均行剖腹探查,术中见腹腔积血800~1 500 ml,寻找出血部位,分别为肠系膜上静脉属支、胰腺钩突系膜、肾前筋膜、肝十二指肠韧带残端、肠系膜上动脉旁组织。术中缝扎出血部位,血管及其邻近组织出血采用6-0prolone线缝扎止血。迟发性(10 d)出血者1例,行血管造影证实为胃十二指肠动脉出血,行弹簧钢圈栓塞后出血停止,3周后再次出现大出血,急转休克,经积极抢救无效死亡。

2 结果

本组病例除迟发性出血1例患者因胃十二指肠动脉瘤再次破裂出血死亡外,其余患者均未出现再出血。

3 讨论

施行胰十二指肠切除术的患者因术前肝功能损害重,术中凝血因子消耗多,术后易出现凝血机制障碍[1],致消化道和腹腔出血。术后消化道出血常见原因有应激性溃疡和吻合口出血。

本组出现应激性溃疡出血和吻合口出血各1例。笔者体会术后应常规使用质子泵抑制剂和生长抑素。发生出血应严密监测生命体征,积极争取行急诊胃镜,以明确病因及决定下一步处理措施。对于胃肠吻合口出血的预防应作到术中黏膜下确切止血的同时又要保证良好的血供,将胃肠减压管引过胃肠吻合口,有效降低吻合口压力。

腹腔内出血,多数发生于术后早期[2]。本组6例腹腔出血,其中5例发生在术后早期。肠系膜上静脉出血1例,与术中将癌肿与门静脉、肠系膜上静脉分离时遗漏小的静脉支有关,术中因麻醉状态下门静脉压力低,故未发现出血,术后随着门静脉血压升高遗漏小的静脉支出血,因此笔者认为将癌肿从门静脉、肠系膜上静脉上分离时应细致、逐一结扎或缝扎血管属支。本组肝十二指肠韧带残端、肾前筋膜和钩突系膜创面渗血各1例,考虑与凝血功能较差有关,因此手术创面缝扎止血不可忽视。胰腺钩突系膜断端行水平褥式交锁缝合。1例患者

(下转1959页)

作者简介:张 莹,男,陕西省铜川市人,博士,副主任医师,主要从事肝脏移植和胰腺疾病方面的研究,发表论文17篇。现在贵州省人民医院肝胆外科。电话:(0851)5621756,E-mail:zhangyingdoc@163.com
通信作者:别 平,E-mail:bieping@medmail.com.cn
收稿日期:2009-07-07;修回日期:2009-07-27

难度。2 组患者化疗情况,P 值均小于 0.05,如果能合理化疗,则可减少脊柱结核术后复发的可能。因此,应遵循早期、规律、全程、联合、适量的原则,严格遵循化疗原则才能从根本上达到抑制和控制体内结核菌的活动,使结核病变趋于静止或相对静止,使机体体质有所恢复,有利于手术的开展和术后患者的治愈。脊柱结核再次手术原因复杂,为多因素共同作用的结果,治疗难度大。术前应详细分析其复发的主要原因,加强营养支持治疗,强调个体化的药物治疗和手术治疗[12]。

全身营养状况差或继发感染、术后营养不良过劳、外伤、疾病以及继发身体其他部位感染、造成身体抵抗力下降,被抑制的结核菌复活而导致术后复发。2003 – 2007 年组病例中 18 例术后复发患者营养状况差,6 例患者术后营养较差。结合本组病例研究,在临床治疗中应加强患者营养,增强患者体质,术前必要时可给予患者营养治疗,采取输营养液、血浆、全血等措施,术后督促患者注意自身营养状况,加强营养治疗,以减少脊柱结核患者术后复发的可能性。

随着脊柱结核认识的提高,治疗手段的提升,新的抗结核药物的临床运用,改善了脊柱结核治疗效果,与此同时对脊柱结核诊断治疗不明确、重手术轻药物治疗往往导致脊柱结核治疗的失败及术后复发。本研究中脊柱结核术后复发各因素的优势比数值排序发生了改变。本研究通过统计分析,排除了病变范围因素,确定了其他 4 项影响因素与脊柱结核术后复发的相关性,并阐述了各个影响因素优势比排列顺序的变化。脊柱结核术后复发是多因素的作用,统计表明目前更应该注重正规化疗治疗,遵守药物治疗基本原则是目前预防脊柱结核术后复发的首要因素。为进一步深入研究,需进行大规模流行病学普查,在此基础上需行大规模随机的前瞻性研究。

参考文献:

[1] 王　永. 脊柱结核外科治疗的进展[J]. 河北医学, 2008, 14(8): 1002 – 1005.

[2] 彭卫生, 王英年, 肖成志. 新编结核病学[M]. 第 2 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2003: 71.

[3] 李承球. 脊柱结核的诊断和治疗进展[J]. 颈腰痛杂志, 1999, 20(3): 161 – 164.

[4] 郝定均, 温世明, 何思敏, 等. 前路一期病灶清除植骨内固定手术治疗胸腰椎结核[J]. 中华骨科杂志, 2001, 7(4): 303, 277.

[5] 姚立东, 崔　泳, 金格勒, 等. 脊柱结核术后复发与脊柱稳定性重建[J]. 新疆医科大学学报, 2007, 30(6): 645.

[6] 邹　绚, 张　雷. MNA 及 SGA 在老年营养评估方面的应用[J]. 医学临床研究, 2006, 23(9): 1451 – 1454.

[7] 吴启秋. 脊柱结核的化学治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2004, 14(12): 766 – 768.

[8] 方先之. 临床骨科学结核[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1974: 37.

[9] Vau-Loenhout-Rooyackers J H, Verbreek A L, Jutte P C. Chemotherapeutic treatment for spinal tuberculosis [J]. Int J Tuberc Lung Dis, 2002, 6(3): 259 – 265.

[10] Oga M, Arizono T, Takasita M, *et al*. Evaluation of the risk of instrumentation as a foreign body in spinal tuberculosis. Clinical and biologic study[J]. Spine, 1993, 18(13): 1890 – 1894.

[11] 苏保辉, 王自立, 施建党. 脊柱结核再手术的原因及处理方法探讨[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(8): 1373 – 1375.

[12] 许建中, 蒋电明, 王爱民, 等. 脊柱结核再次手术原因分析及治疗方案选择[J]. 中华骨科杂志, 2008, 28(12): 969 – 973.

(编辑　王　红)

(上接 1950 页)

开腹探查,见肠系膜上动脉旁组织出血,可能在术中行肠系膜上动脉旁淋巴结清扫,因位置较深,结扎时组织或结扎线脱落,导致术后腹腔出血,采用 6-0prolone 线缝扎出血创面,术后再未出血。本组 1 例患者于术后 10 d 出现腹腔出血,3 周后再次出现大出血死亡。其出血原因考虑胃十二指肠动脉残端形成的假性动脉瘤破裂所致。在处理胃十二指肠动脉时血管断端适当留长一些,双重结扎时不可将靠近血管起始段的结扎线收的过紧,以免割断血管内膜。

胰十二指肠切除术创伤大,良好的围手术期处理是降低并发症的重要因素之一。尽早手术解除胆道梗阻,改善肝功能,可促进凝血机制的恢复[3]。术中精细操作,保证循环稳定。术毕认真检查腹腔手术解剖区域内有无活动性出血。术后若出血量大,保守治疗常难奏效,尽快纠正循环后及时再手术,彻底止血并放置合适引流。同时注意防止胰漏、腹腔感染等腐蚀血管所致出血[4,5],此类出血因受腐蚀的组织血管条件较差,即使术中采用无损伤缝线缝合止血,术后仍有再次出血的可能。

关键词: 胰十二指肠切除术;出血;治疗

中图法分类号: R619.1　　**文献标识码:** B

参考文献:

[1] 曹利平,陈佰文,彭淑牖. 黄疸对胰十二指肠切除术的影响分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2006, 12(7): 444 – 446.

[2] 李方跃,耿小平,熊奇如. 胰十二指肠切除术后的早期并发症[J]. 中国综合临床, 2005, 21(10): 910 – 912.

[3] 田伏洲,石　力,汤礼军,等. 胰头癌术前减黄指征的前瞻性研究[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(23): 1614 – 1616.

[4] 杨　峰,傅德良,倪泉兴,等. 胰十二指肠切除术后并发腹腔内感染原因的探讨(附 100 例临床结果分析) [J]. 外科理论与实践, 2005, 10(3): 232 – 234.

[5] 邵堂雷,杨卫平,彭承宏,等. 139 例胰十二指肠切除术后各种并发症的临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(11): 850 – 852.

(编辑　汪勤俭)