维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

孕酮作用下其细胞有丝分裂率明显增加，孕酮受体的扩增与肌瘤生长有关。临床观察发现肌瘤随妇女月经周期的不同时期而变化，卵泡期缩小，黄体期增大，妊娠期迅速增大，肌瘤发生中孕激素作用的临床证据为应用孕激素治疗后，肌瘤可呈可逆性增长。应用抗孕激素药物米非司酮使肌瘤明显缩小，并诱发闭经，免疫组化显示孕激素水平降低，雌激素水平不变，提示孕激素在子宫肌瘤发生中有一定作用。

本组病例口服米非司酮是通过与孕激素竞争受体而发挥拮抗孕激素作用，药物远期效果还须进一步观察，但米非司酮副作用少，价格适中，口服方便，在肌瘤继续增大特别是症状出现如月经量多贫血，可重复应用。患者停药物后应严格做好避孕工作，以免受孕影响治疗效果。禁忌药物避孕。总之，米非司酮是保守治疗子宫肌瘤较为理想的方法，尤适用于肌瘤伴功能失调性子宫出血而致贫血者，也可用于有症状肌瘤患者需手术治疗但伴发内科疾病如高血压、心脏病等不能耐受手术者，对巨大子宫肌瘤用小剂量米非司酮治疗后再行手术治疗可减少术中出血及手术难度。

（收稿：1999-05-17）

R656.64

十二指肠损伤的诊断及治疗探讨

翁伟建* 叶光华** G. Mantion***

十二指肠损伤在临床上较少见，仅占腹部损伤的3～5%[1]，但由于其本身及邻近器官在解剖与生理上的特殊性，诊断与处理较为困难。笔者先后在国内外三家医院参与诊治此类病人8例，治愈7例，死亡1例，死亡率12.5%，现就诊治的几个问题探讨如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组8例，男6例，女2例；年龄21～50岁。其中除1例为开放性伤外，余均为闭合性伤。伤因：车祸3例，马踢伤1例，坠落伤1例，锐器伤2例，误食金属异物致伤1例。

2. 损伤部位：十二指肠第一段3例，第二段2例，第三段2例，第四段1例。

3. 损伤程度：依Lucas分类法[2]，Ⅰ类1例，Ⅱ类3例，Ⅲ类3例，Ⅳ类1例。

4. 合并伤：单纯十二指肠损伤1例，合并肝破裂3例，合并胰腺损伤4例，合并脾破裂2例，合并右肾破裂1例。

二、治疗方法与结果

合并脏器复合伤者，均进行相应的处理。本组行单纯十二指肠破损修补者4例；十二指肠破损处与空肠Roux-Y吻合1例；十二指肠破裂修补、胃窦部切除、胃空肠吻合（十二指肠憩室化）2例；Ⅳ级严重胰十二指肠复合伤者，行胰十二指肠切除术1例。术后腹腔置管充分引流。术后并发十二指肠瘘1例，腹腔脓肿1例，胰瘘1例，并发率37.5%。术后并发十二指肠瘘者，因严重感染，又未行TPN营养支持疗法，终因全身衰竭而死亡。

三、讨论

1. 十二指肠损伤的诊断：十二指肠位于腹腔深部，大部分又位于腹膜后，通常不易损伤，一旦损伤，诊断较为困难，多数都是在剖腹探查时确诊。本组6例即在剖腹探查时获得确诊的。其主要原因是：①十二指肠位置深又常伴有脏器伤，临床表现常被掩盖；②十二指肠损伤无明显特异表现，特别是腹膜后十二指肠损伤，更易漏诊。③膈下游离气体为空腔脏器穿孔提供诊断依据，但非十二指肠损伤的特征表现；肾周积气对诊断有重要价值，但临床上出现率较低；④诊断性腹穿虽有一定意义，但难以判断有无十二指肠损伤；⑤B超受多种因素干扰较大，只能提供一些间接征象。因此，我们必须引起足够的重视。凡有严重上腹部创伤，伴有腹膜刺激症状、腰痛、腹穿有淡黄色胆汁性液体者，更应想到有十二指肠损伤的可能，应做常规CT检查[3]，以提高术前诊断率。术中探查要仔细，以防漏诊，造成严重后果。我们认为，凡有下列情况之一者，应是切开后腹膜探查十二指肠的指征：①腹膜后气肿、血肿；②小肠系膜或结肠系膜根部血肿、脂肪坏死；③腹腔内有胆汁性渗液来源不明；④十二指肠侧方有胆汁染色、局部有捻发音等。探查采用Kochor切口，必要时，切开升结肠外侧腹膜，充分显露十二指肠降部、水平部以便于手术操作。

* 作者单位：528200 广东省南海市中医院外科
** 兰州医学院附属第一医院
*** 法国宫代大学医学院Minjoz医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

2. 十二指肠损伤的外科手术治疗：(1)术式选择：十二指肠损伤采用的术式应根据损伤部位、程度、有无脏器合并伤、病人的全身状况而定。目前比较普遍认为依Lucas分类法[2]比较适应。依Lucas分类法及病人的具体情况处理，我们的体会是：①伤后12小时内，腹腔感染较轻，Ⅱ级以下的十二指肠损伤，多数可行单纯修补，可获满意效果，本组3例痊愈；②十二指肠损伤较重、范围较大、炎症明显者，不宜行单纯修补术，应采用十二指肠破口与空肠行Roux-Y吻合术，本组1例获得成功；③Ⅲ级损伤，因合并有胰腺损伤，宜选用十二指肠"憩室化"术式，即十二指肠破裂处修补、切除胃窦部、胃空肠吻合，本组2例痊愈；④Ⅳ级损伤为严重胰十二指肠损伤，十二指肠缺损较多，胰腺损伤又很严重，宜行胰十二指肠切除术，本组1例获得成功。(2)建立充分引流装置：十二指肠损伤后，由于局部破损、组织水肿、血运不良、污染严重，十二指肠蠕动减弱，肠内静水区增高等因素，导致局部大量渗液甚至吻合口瘘。因此，术后建立通畅而有效的引流和十二指肠减压是非常必要的。我们的办法是，除经鼻胃管十二指肠减压外，在修补或吻合口处下方置管行负压引流，以便及早发现渗漏和减少因腹腔污染形成脓肿的机会。本组出现腹腔感染及胰瘘各1例均因得到充分引流而痊愈。(3)术后处理：术后禁食，胃肠减压，胃肠功能恢复后开始进食，选用针对性较强的抗生素，以预防和及早控制感染；有条件者采用静脉高营养疗法(TPN)，以增强病人体质，对预防十二指肠瘘和其他并发症有重要意义。

参 考 文 献

1. 何亮家. 闭合性十二指肠损伤的诊断和治疗. 实用外科杂志，1985，5：571.
2. Lucas CE. Diagnosis and treatment of pancreatic and duodenal injury. Surg Clin North Am，1977，57：49.
3. 水治仁孝. 腹部钝伤CT. 临床，1990，35：337.

(收稿：1999-05-10)

梗阻性黄疸对大鼠小肠吻合口愈合的影响

苗玉清* 王喜艳*

胆道梗阻对小肠吻合口愈合的影响尚未见报道，本文总结一组实验报告如下。

一、材料与方法

成年大鼠18只，体重250～300g，随机分为二组：一组(n=10)，二组(n=8)。两组动物禁食12小时后，在1%戊巴比妥钠(3.5mg/100g)腹腔内麻醉下，经上腹正中切口入腹腔，一组于肝门部双重结扎胆管，造成肝外胆道完全梗阻，于距屈氏韧带10cm处横断小肠，用6-0丝线再做全层间断缝合吻合肠管；二组仅于肝门部游离胆管，不做结扎，与一组相同，横断小肠后再行吻合。术后12小时恢复饲养。两组动物均于术后10天处死(一组动物术后死亡三只，实际进入实验的有7只)，快速切取含吻合口之小肠8cm，用Aszodi[1]氏方法检测肠管爆破压。测压后将该段小肠置入4%甲醛溶液内，留做病理学观察。统计处理用秩和检验。

二、结果

1. 小肠爆破压：两组动物肠管爆破处均非吻合口。检压结果见附表，两组间有统计学差异。

附表 两组大鼠小肠爆破压(mmHg)的比较

时间(days)	一组	二组	T值	P值
10	205.6±31.78	242.9±21.28	75	<0.025

2. 病理观察：两组肠管吻合口处均可见典型的肉芽组织，内含丰富的毛细血管及成纤维细胞，还可见大量淋巴细胞及较多量的中性、嗜酸性粒细胞。一组动物非吻合口处小肠绒毛、粘膜及粘膜下呈水肿状态，绒毛排列不规则，间质疏松，但上皮层完整。

三、讨论

胆道梗阻引起多系统、多器官的病理生理改变已引起人们的注意[2,3]。梗阻性黄疸对腹壁切口愈合的影响已有报告[2]，但对小肠吻合口愈合的影响尚未见报道。小肠胶原的合成完全不同于皮肤，加之，胆管空肠Roux-Y吻合术是胆道外科常用的术式，所以，有必要估价梗阻性黄疸对小肠吻合口愈合的影响。

从本实验结果看，尽管胆管结扎组动物小肠抗爆

* 作者单位：830000 乌鲁木齐市新疆医科大学第一附属医院动物手术室