维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol. 12, No. 5

十二指肠损伤的特点及其诊治

廖伟春，罗宇芳，陈思梅
（兴宁市人民医院普通外科，广东 兴宁 514500）

［摘 要］**目的** 探讨十二指肠损伤的特点，提高十二指肠损伤的外科手术治疗水平。**方法** 对56例十二指肠损伤临床病例进行分析总结，评价其诊断和手术治疗效果。**结果** 十二指肠损伤合并其他腹部脏器损伤占81%，十二指肠降部损伤占50%，水平部占27.5%。手术治愈率80 %，死亡率20%。**结论** 掌握十二指肠损伤的特点，注重早期诊断，严格掌握手术适应证，合理选择手术方式，有效的十二指肠减压，加强术后护理，可减少并发症，提高治愈率。

［关键词］十二指肠损伤；诊断；外科治疗
［中图分类号］R656.6+4 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2003)05－0341－03

Clinical characteristics and treatment of duodenum injury

LIAO Wei-chun, LUO Yu-fang, CHEN Si-mei
(Department of General Surgery, People's Hospital of Xingning, Xingning 514500, China)

Abstract: Objective To study the characteristics of duodenum injury and improve surgical treatment of duodenum injury. **Methods** The clinical data of 56 cases with duodenum injury were reviewed from 1993 to 2003. **Results** Amalgamating other abdominal organ injury was 81%. Lower location of injury was 50%, and horizontal location was 27.5%. Cure rate was 80%, and the total mortality was 20%. **Conclusion** The clinical characteristics of duodenum injury should be grasped. Early diagnosis must be paid closer attention, and the choices of operating pattern should be rational. The pressing to the duodenum should be reduced. The complications can be reduced by careful nursing after the operations so that cure rate can be improved.

Keywords: duodenum injury; diagnosis; surgical treatment

十二指肠损伤是一种严重损伤，在临床上相对少见，在所有腹部损伤病例中，其发生率为3% ~ 5%。由于十二脂肠及其毗邻器官在解剖和生理上的特殊性，其损伤远较其他肠管损伤复杂而严重。早期诊断困难，文献报道术中漏诊率高达25% ~ 30%，术后并发症多达50%，死亡率30% ~ 40%。许多外科医生对十二脂肠损伤的处理经验不足，因此其并发症的发生率较高。十二指肠损伤能否及时诊断和得到正确外科处理，是减少十二指肠损伤死亡率的重要措施。

1 资料与方法

1.1 临床资料

自1993至2003年收治十二指肠损伤56例，男35例，女11例，年龄8 ~ 65岁，多为青壮年男性。闭合性损伤45例，开放性损伤11例。合并肝、脾、胃、小肠、结肠等脏器损伤40例，失血性休克12例。临床表现为不同程度上腹部痛，有腰背部疼痛，恶心、呕吐咖啡色样物18例，解柏油样便3例，腹膜刺激征48例，休克6例，腹穿阳性36例，其中抽出胆汁样液体9例，膈下有游离气体17例。

［收稿日期］2003－10－12 ［修回日期］2003－11－18

1.2 手术方法

采用十二指肠空肠Roux-en-Y吻合术(23例)、十二指肠憩室化手术(18例)、十二指肠单纯缝合和(或)造瘘术(15例)。手术方式依据受损部位、程度和损伤后修复时间来决定，以不影响其正常生理功能，减少并发症为目的。无论采取何种术式，有效的十二指肠减压对促进愈合极为重要。

2 结果

十二指肠损伤合并其他腹部脏器损伤占81%，十二指肠降部损伤占50%，水平部占27.5%。采用十二指肠单纯缝合和(或)造瘘术15例，十二指肠憩室化手术18例，十二指肠空肠Roux-en-Y吻合术23例。治疗效果：手术治愈率为80%，死亡率为20%。

3 讨论

3.1 十二指肠损伤的特点

十二指肠损伤分为腹腔内和腹膜后两种，十二指肠损伤多发生于腹膜后，伤后流出的液体进入腹膜后间隙，缺乏典型的膜膜炎症状和体征。故术前诊断困难，容易漏诊，甚至术中也容易忽略而致漏诊。十二指肠损伤多伴有严重的腹部脏器合并伤，多脏器复合伤

维普资讯 http://www.cqvip.com

的手术处理难度大,术后并发症多,病死率高。十二指肠损伤后可溢出大量消化液,有腐蚀组织作用,而且十二指肠的血液供应为终末动脉,损伤后血液供应差,伤口不易愈合,瘘的发生率较高。

3.2 十二指肠损伤的诊断

十二指肠损伤应早期诊断,随着时间的延长,其不良预后剧增,死亡率也明显增加,故应引起外科医生的重视[1]。本组仅有6例术前确诊,作者认为以下几点有助于早期诊断:①对右上腹部、右腰背部有严重挫伤后出现腹痛,伴有腰背部痛,尤其有腰大肌内缘压痛者应首先考虑十二指肠损伤;②排除外伤性气胸造成的皮下气肿,而出现右侧腰背部皮下气肿、捻发感者;③上腹部外伤后不明原因的高位肠梗阻,逐渐加重者;④腹部损伤后,体征不明显,但症状不减轻或加重,生命体征不稳定者;⑤CT检查见腰大肌影模糊或肾周游离气体者。

3.3 提高剖腹探查术中的确诊率

十二指肠损伤术前诊断率约10%,大部分患者的诊断是在剖腹探查时确诊,本组有41例在剖腹探查时才确诊(占75%),由于十二指肠解剖特点,术中诊断仍存在一定的难度,本组术中漏诊2例,均为发生于腹膜后的十二指肠损伤。作者认为术中探查应注意以下问题:对任何上腹部损伤的病人,特别是右上腹冲击伤者,应警惕有十二指肠损伤的可能性,对术中发现后腹膜有胆汁染色者;后腹膜或右侧结肠有水肿、淤血、脂肪坏死,后腹膜十二指肠血肿者;右肾、肝下有损伤者均应探查十二指肠各段。认真检查后腹膜,肠系膜、大网膜等处有无气肿或捻发感,一旦发现即可确诊有十二指肠损伤。高度怀疑十二指肠损伤者,术中可将胃管插入十二指肠球部经胃管注入气体或美蓝或3%的过氧化氢美蓝混合液或水溶性造影剂摄片,如后腹膜有气体或美蓝或造影剂在十二指肠周围外溢即可确诊。漏诊的主要原因是术者对十二指肠损伤诊断的经验不足,未掌握好探查指征,伤处位于十二指肠后壁或腹膜后等较隐蔽处。本组术中漏诊2例均行第二次手术探查,1例合并肝破裂仅行单纯肝破裂修补术,术中未仔细检查十二指肠,腹膜炎症状严重,术后第4天再次手术探查时证实十二指肠降部与水平部交界处后壁损伤,行胃空肠吻合术及腹腔引流术,2次手术后第2天,因十二指肠漏合并感染,出血无法控制,全身多器官功能衰竭而死亡。另1例患者,合并后腹膜血肿,剖腹探查未发现十二指肠损伤,未处理血肿,仅行腹腔引流术,术后第2天出现高热,再次手术证实为十二指肠第2部后壁损伤,行胃空肠吻合+胆总管引流+十二指肠造瘘术,术后出现十二指肠裂口瘘合并感染,全身多脏器功能衰竭死亡。漏诊主要原因是损伤位于十二指肠后壁或腹膜后较为隐蔽处,术中忽略了对十二指肠的探查。因此,术中不应满足于对单个疾病的诊断而忽略了对其他部位的探查。

3.4 十二指肠损伤的治疗

手术方式的选择:目前十二指肠损伤的手术方法有下列几种[2-4]:①单纯修补术;②带蒂肠片修补术或肠浆膜面贴补术;③损伤肠段切除十二指肠端端吻合术;④憩室化手术;⑤十二指肠空肠 Rux-en-Y 吻合术;⑥裂口处置管十二指肠造瘘术。对十二指肠损伤小,边缘整齐,时间短(10 h以内),局部污染轻,且肠壁血运良好者,可行单纯缝合修补,本组用本术式6例均治愈。在理论上讲憩室化手术及裂口处置管十二指肠造瘘术,应该是安全、可靠的手术。两者均行减压引流或转流,符合十二指肠损伤手术原则。但对大的复杂裂伤、憩室化手术中裂伤缝合处易出现狭窄和瘘,本术式适用于严重的十二指肠损伤,病情危重或损伤处有感染及腹腔污染较重者。本组采用本术式18例,其中有降部2/3周径裂伤的病人2例,憩室化手术后出现十二指肠裂口处瘘最终死亡。十二指肠空肠 Roux-en-Y 吻合,吻合口置管经肠管潜行由腹壁引出体外引流是一种简单、安全、有效的手术方法,易掌握,适用于十二指肠缺损较大,裂伤边缘组织有严重挫伤和水肿,该术式已广泛用于十二指肠损伤达肠周壁病例(75%),尤其是靠近十二指肠乳头或合并乳头胆管损伤者[5]。单纯的裂口处置管十二指肠造瘘对大的复杂伤,并不适用,因为将引流管从裂口处置入,既要固定引流管又要封闭裂口,势必缝合内翻较多,加之十二指肠腔小,易造成梗阻,最终发生瘘,本组用本术式8例,其中2例十二指肠裂口大于1 cm,含单纯裂口处置管造瘘,术后均发生瘘。死亡原因:本组死亡11例,死亡原因主要是伤后延误诊断,造成不可逆休克死亡,其次是手术处理不当引起十二指肠瘘而导致感染、出血和衰竭所致死亡。十二指肠损伤的治疗是一个复杂而棘手的问题,治疗不当,后果严重。其治疗原则是早期抗休克,早期手术,选择适当术式,避免张力过大而强行缝合和术后有效的十二指肠减压。对疑有十二指肠损伤时应尽早剖腹探查,但对有明显休克病人或儿童,术前应抗休克,以增强机体对手术的耐受性。总之,十二指肠损伤手术时间越早,伤情和组织腐蚀就越轻,加之手术方式得当,预后就越好。加强对各种引流管的管理,使十二指肠处于空虚状态,并将周围积液引出,以利于伤处愈

维普资讯 http://www.cqvip.co

合。合理应用抗生素,术后应用静脉营养支持,对减少并发症,防止十二指肠瘘,具有重要意义。

[参考文献]

[1] 何萍青,何德安,何 奇,等.十二指肠损伤的诊断及治疗[J].中华外科杂志,1998,36(5):292-294.
[2] 杜建军,高志清,十二指肠复杂损伤的术式选择[J].中华普通外科杂志,1999,14(2):151-152.
[3] 李俊东,蒯汉增,高 杨.十二指肠损伤40例诊断与治疗体会[J].中华普通外科杂志,2002,17(1):52.
[4] 王炳煌,文慧媛.十二指肠损伤的诊断及术式选择[J].实用外科杂志,1991,11(7):371-372.
[5] 柳运海,韩 力,庞 辉.十二指肠损伤术式选择的探讨[J]中国局解手术学杂志,2003,12(1):54-55.

(编辑:郭光金)

·个案与短篇·

宫内妊娠合并宫外妊娠1例

杨 霞
(望谟县中医院住院部,贵州 望谟 552300)

[关键词] 妊娠;异位
[中图分类号]R713.8 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2003)05-0343-01

1 临床资料

1.1 一般资料

患者,34岁,因停经40 d、腹痛5 d伴不规则阴道流血2 d就诊。门诊以宫内妊娠先兆流产及盆腔炎于2003年6月11日收住院。

1.2 症状及体征

生命征平稳,腹平坦,肝脾未及,右下腹压痛、反跳痛,但无肌紧张,移动性浊音阴性。诊断性腹腔穿刺抽出不凝血2 ml。妇科检查外阴正常,阴道内有少量出血,粘膜光滑稍苍白,宫颈着色,后穹隆包满,宫颈举痛明显。子宫前位孕40 d大小、质软、有浮球感,右侧附件区扪及如鸭蛋大小包块,边界欠清楚,似与右侧子宫角相连,左侧附件区无异常发现。后穹隆穿刺抽出不凝血2 ml。

1.3 辅助检查

超声波示腹腔内积液、宫内见4 cm大小妊囊,右下腹实液混合性包块,大小7.3 cm×3.0 cm。尿HCG(+),血常规:Hb 128 g/L,WBC 10.4×109/L、N 0.71,L 0.21,BT 1′,CT 5′。

2 结果

入院诊断:①宫外孕(右侧);②宫内妊娠先兆流产;③失血性休克(代偿期)。在抗休克治疗下行剖腹探查术。手术清除游离血500 ml,子宫增大孕40 d,质软,右侧输卵管充血肿胀与大网膜形成包裹,分离包裹之大网膜见输卵管伞部背侧有一1 cm×1 cm破口有活动性充血,卵巢大小正常。左侧附件外观正常。术中诊断右侧输卵管妊娠破裂,行右侧输卵管部分切除术,并送检。病理报告为输卵管妊娠破裂。术后3 d行人工流产术,见绒毛组织,腹部切口7 d拆线,痊愈出院。

3 讨论

宫内与宫外同时妊娠者临床上罕见。病因与机制尚不清楚,有文献报道体外受精移植助孕术后发生率明显增加[1]。本例患者宫内外同时妊娠,认为是双卵双胎妊娠,因一侧输卵管炎症使管腔增粗、狭窄、纤毛脱落,发育中的胚胎滞于病变部位着床发育形成异位妊娠。患者有停经史、腹痛及阴道流血,B超提示宫内有孕囊符合先兆流产。加上患者休克体征不明显,异位妊娠易被忽略、漏诊,造成误诊误治,失去抢救的时机。所以在临床工作中凡遇已婚育龄妇女有阴道流血及各种节育或助孕措施[2],不应完全依赖于B超,应常规作双附件检查及诊断性穿刺等辅助检查,明确病因早期发现异位妊娠并及时治疗。以减少给患者带来不必要的经济负担及身心损害。

[参考文献]

[1] 裴 莉,叶 红,黄国宁,等.体外受精-胚胎移植后宫内宫外同时妊娠4例分析[J].实用妇产科杂志,2002,18(1):51-52.
[2] 乐 杰.妇产科学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,1996.104.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2003-08-09 [修回日期] 2003-09-23