维普资讯 http://www.cqvip.com

236-237

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.3

十二指肠损伤诊断与治疗体会(附23例分析)

茹俊德* 何新友* 魏安民**

R656.64

【摘要】目的 进一步提高对十二指肠损伤的诊治水平。方法 综合我科1988~2000年间诊治的十二指肠损伤23例,并进行回顾性分析。结果 治愈19例,占82.6%、死亡4例,占17.4%。结论 早期诊断,及时手术,选择合适的手术方式,彻底的冲洗和合理的引流,早期应用抗生素、重视整体治疗等均为减少并发症,降低病死率的重要因素。

【关键词】十二指肠损伤 诊断 治疗

Diagnosis and treatment of 23 cases with duodenal injury. *Ru Junde, He Xingyou, Wei Anming, et al. Kuitun Chepaizi's Hospital of XingJiang, Kuitun 833208*

【**Abstract**】**Obiective** To improve the level of diagnosis and treatment of the duodenal injury. **Methods** To sum up the 23 cases of duodenal injury at our hospital from 1988 to 2000, and to make an analysis in retrospect. **Results** Cure: 19 cases(82.6%), Death: 4 cases(17.4%). **Conclusion** The early diagnosis, prompt operation, suitable operation method, through abdominal washing and proper drainage, early aplication of antibiotic and great attention to whole treatment, etc, are all important factors to reduce the complication and decrese the death rate.

【**Key words**】Duodenal injury Diagnosis Treatment

十二指肠损伤属腹腔脏器严重伤,虽然其在整个腹部创伤中的比例很小(2%左右)[2],但死亡率和并发症发生率相当高。由于十二指肠解剖上的复杂性及生理功能上的重要性,使其损伤的处理变得困难。现将我们收治的23例十二指肠损伤的诊断治疗体会报告如下。

资料和方法

1.性别年龄:男性20例,女性3例,年龄16~58岁。

2.损伤原因和部位:开放性损伤2例(8.7%),其中刀刺伤1例,枪弹伤1例。闭合性损伤21例(91.3%),其中交通事故伤13例,重物挤压伤4例,高处坠落伤2例,马踢伤1例,拳头击伤1例。十二指肠损伤上部2例,降部15例,横部6例。

3.症状和体征:全组病例均有不同程度的腹痛和腹膜刺激征。有休克表现12例,呕吐17例,腹穿23例中13例阳性,血清淀粉酶增高10例,腹部X线片见腰大肌影模糊4例,右肾周围有游离气体3例,口服泛影葡胺造影剂从损伤处外溢4例。

4.复合伤:肝脏伤5例,胰腺伤10例,脾脏伤2例,结肠伤3例,胃损伤2例,膈肾挫伤1例,小肠伤3例,肋骨骨折4例,上肢骨折2例。损伤程度按Lucas分类,Ⅱ级(十二指肠穿孔破裂,无胰腺损伤)10例,Ⅲ级(十二指肠损伤并轻度胰腺损伤,但未伤及主胰管)11例,Ⅳ级(任何类型的十二指肠损伤伴严重胰腺损伤)2例。

5.手术方式及术后并发症:全组病例均施行手术。其中破裂口修补加经胃管或胃造瘘十二指肠减压术7例;破裂口修补加三造口术(十二指肠造瘘或胃造瘘,胆总管造瘘T管引流,近端空肠造瘘)10例;十二指肠憩室化手术[2]6例。术后并发十二指肠瘘4例,腹腔脓肿3例,肺部感染1例,急性肾功能衰竭1例,胰腺炎1例。并发症发生率43.5%。

结 果

治愈19例,占82.6%。死亡4例,占17.45。

讨 论

一、十二指肠损伤机制及特点

十二指肠深位于腹后壁,隐蔽于胃,结肠后方,损伤机会少。但由于脊柱作为其后垫,而且十二指肠比较固定。故当前腹壁被暴力挤向脊柱时,造成幽门及屈氏韧带的收缩,导致十二指肠呈闭袢性肠段,腔内压力骤增,发生破裂。其中因第二、三段无浆膜层,更易破裂。本组23例中,21例位于二、三段,占91.3%。

* 作者单位:833208 新疆奎屯市车排子中心医院
** 新疆奎屯前山医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

二、诊断

十二指肠损伤大多数为闭合性损伤。本组21例由于十二指肠解剖关系复杂，伤后常有其他脏器损伤，症状易被掩盖，早期诊断比较困难。尤其腹膜后十二指肠损伤的早期临床症状表现隐匿，腹膜炎体征出现较晚，易漏误诊。本组术前诊断十二指肠损伤5例，占21.3%，余均经手术探查证实。通过本组23例的诊治体会，笔者认为：①对腹部或腰部及下胸部有严重钝挫伤后出现腹痛，伴有腰背部痛，有腹膜炎体征；②观察时间不应超过12小时，如症状加重或无缓解迹象即剖腹探查；③腹穿或灌洗对十二指肠损伤有诊断价值；④血清淀粉酶升高；⑤口服泛影葡胺造影剂可从损伤处外溢；⑥腹部X线片见右腰大肌影模糊或右肾周围有游离气体，可帮助诊断。十二指肠损伤术前诊断率不高，但开腹手术如果检查不仔细或经验不足仍有可能漏诊，尤其是十二指肠后壁穿孔破裂。本组23例，术中漏诊4例，漏诊率17.4%，术后再次剖腹探查证实。作者体会：凡上腹部严重创伤，均应想到有十二指肠损伤之可能。术中探查不能满足于发现胃、肝、胆道、胰腺等十二指肠周围器官损伤，轻易结束探查。特别在发现十二指肠附近腹膜后或横结肠系膜内有血肿，黄绿色染色或气体捻发音时，就有十二指肠破裂可能，应作Kocher氏切口，翻起十二指肠第一、二部，或切开升结肠外侧腹膜，将右半结肠和小肠向上翻起，显露十二指肠的第三、四部探查。若腹膜后血肿范围大，难以确定破裂的位置时，从胃管内注入稀释的亚甲蓝溶液有助于寻找穿孔破裂部位[3]。

3.治疗

术式选择：依病人的全身情况及十二指肠损伤的部位，裂口的大小，合并伤的种类，受伤后距手术的时间及腹腔污染的情况决定。有腹内脏器复合伤的一并处理。对于小的裂伤，边缘整齐，血运良好，无张力者，尤其是十二指肠上部的锐器损伤，仅行清创及单纯修补术，同时将胃管或胃造瘘管插到十二指肠腔内即可。本组7例施行上述手术，治愈6例，术后并发十二指肠瘘2例，1例治愈，1例死亡。对于十二指肠损伤较重（Ⅱ～Ⅲ级），损伤肠管周径约25～50%而无血运障碍者，修补后不十分满意者，在行清创十二指肠修补后附加三管造瘘减压术（胃或十二指肠造瘘，胆总管造瘘，近端空肠造瘘），本组10例，治愈8例，死亡2例，其中1例延误诊断48小时，术后死于MOF。1例十二指肠瘘死于衰竭和感染；对于十二指肠损伤严重或合并有胰腺损伤（Ⅲ～Ⅳ级），破裂口大于肠管周径50%，破裂口挫伤严重，修补后有一定张力，应行十二指肠憩室化手术（胃窦部切除，胃空肠吻合，十二指肠造瘘，胆总管造瘘，近端空肠造瘘），使十二指肠旷置，将食物与消化液转流，进一步促使十二指肠修补成功。本组施行上述手术6例，治愈5例，死亡1例（因合并肝胰严重损伤大出血后死于循环衰竭）。我们体会憩室化手术安全，可靠，操作并不复杂，因此只要条件允许，我们提倡对破裂口较大，修补后不可靠的病人采用十二指肠憩室化手术。

为减少并发症，提高治愈率，除及时采用合适的手术术式，正确诊断和积极纠正休克，水电解质紊乱，酸碱失衡外，尚须注意术后处理：①充分有效的引流减轻损伤部位的肠内压对创伤的修复和防止感染甚为有效，留置的胃管、十二指肠减压管、胆总管引流管、空肠瘘管、腹腔或腹膜后引流管，均应及时调整保持通畅，并根据具体情况决定拔管的次序及时间。②禁食期间给予胃肠道营养（TPN）或经空肠造瘘管行肠内营养（TEN），十二指肠、胆总管引流液亦可经空肠造瘘管回输，可较好地维持内环境的稳定。③应用有效抗生素加强抗感染。④酌情应用抑制消化道、胆汁、胰液分泌的制剂如甲氰咪胍、咯赛克、善得定等，以尽量减少消化道的分泌液量，有利于十二指肠损伤的愈合。

参 考 文 献

1.黎沾良.十二指肠损伤诊断与治疗新进展.临床外科杂志，1995,3:148.
2.华积德.十二指肠损伤的诊断及治疗.实用外科杂志，1989,8:414.
3.陈一奇.亚甲蓝在诊断外伤性十二指肠破裂中的应用体会.实用外科杂志，1993,7:415.

（收稿：2000-05-07）