维普资讯 http://www.cqvip.com

十二指肠 Cushing 对口溃疡大出血两次手术一例

周 斌* 赵家瑜* 郑宝昌* 黄钟义*

一、临床资料

病例，男，25岁。快速行驶的两辆摩托车对撞后，从后座摔下，即被送往当地医院抢救，诊断为"①重型闭合性脑外伤；②广泛性脑挫裂伤；③枕骨、左颞骨骨折；④左侧硬膜外小血肿；⑤蛛网膜下腔出血"。给予止血、脱水、高压氧仓对症支持治疗，病情有所好转。11d后患者无明显原因解出大量柏油样便，并出现失血性休克，经抗休克止血输血对症治疗、病情仍不平稳。2001年12月25日以"颅脑外伤、消化道出血"转入我院。既往无肝炎病史及胃病史。入院诊断：颅脑外伤后应急性急性上消化道出血并失血性休克。给予胃管减压，定时注入止血药、胃肠粘膜保护剂及冰盐水、静脉持续泵入生长抑素、补液、止血、抗休克治疗，输血600ml。急诊查血常规：血红蛋白6.3g/L，血小板166×10^9/L，白细胞14.6×10^9/L。止血与血栓检验：凝血酶原时间12.7s、凝血酶原时间活动度90%，凝血酶原时间国际标准化比率1.08，凝血酶原时间比值1.06，活化部分凝血活酶时间24.3s，凝血酶时间16.1s，血浆纤维蛋白原2.18g/L。入院后患者仍解暗红色血便，给输血，综合止血，抗休克治疗。但病情不稳定，于12月29日在全麻插管下行剖腹探查手术，术中见腹腔有少量腹水，十二指肠球部前壁与胆囊体形成粘连，十二指肠降段积血充盈扩张，小肠及结肠也有节段性积血、肝脾及胃未见明显异常。分离十二指肠与胆囊粘连处，见十二指肠球部前壁有一穿孔，大小为0.5cm×0.5cm，无明显的活动性出血，肠腔内有大量积血及血块。经口行术中胃镜检查，食管，贲门以及整个胃粘膜未见异常、十二指肠球部前壁见一深凹，底被白苔，大小为2.0cm×1.2cm，周边粘膜充血糜烂。行十二指肠球部前壁溃疡穿孔缝扎修补及高选择性迷走神经切断术。手术即将结束时、患者血压骤然下降为53/35mmHg，心率120次/min，考虑有再出血情况，探查发现原被排空积血的十二指肠及小肠又有积血充盈扩张，臆断为原前壁溃疡缝扎止血不彻底，予加强缝扎止血，并使用升压药及垂体后叶素止血，行胃十二指肠动脉缝扎。观察30min后，患者血压逐渐上升平稳，结束手术，送患者到ICU病房监护治疗。经输血、补液，纠正电解质紊乱及低蛋白血症，两天后，胃液呈墨绿色，病情基本平稳，转回科室。转回当晚患者解血便300ml，胃液转为咖啡色，24h约为500ml。次日解柏油样便两次，共约1000ml，咖啡色胃液约300ml，血压下降，给输血止血对症治疗。经科室讨论、患者有术后再出血情况。在全麻插管下行第二次剖腹探查，由原切口进入腹腔，探查肠管无粘连、十二指肠降段及小肠有节段性的积血、拆开原十二指肠前壁穿孔溃疡的缝扎线时，有鲜血涌出，清除新鲜血块及积血，见十二指肠球部后壁有一溃疡，大小约0.5cm×0.5cm，溃疡较深，并已穿孔，与胰头被膜形成粘连，其底部见小动脉喷射性出血。前壁溃疡无出血。因手术切除溃疡困难，行十二指肠球后溃疡出血动脉缝扎止血，肠外溃疡旷置术，半胃切除 Billroth Ⅱ 胃空肠吻合。术后一般情况好，生命体征平稳，无便血。2002年1月28日患者康复出院。

二、讨论

脑外伤、手术或脑疾病所引起的食管、胃或十二指肠溃疡，通常称之为 Cushing 溃疡，属应激性溃疡的一种类型，这种溃疡一般侵入壁内较深，容易并发出血或穿孔。其特点是：突然发生，无预兆。出血量一般均较大，不易自止、可导致出血性休克。呈间歇性，常在第一次出血停止后，间隔数日再次或多次出血。出血当时或以后，可有不同程度的上腹痛、腹胀、反酸、恶心和呕吐等胃肠道症状。较少或缺如腹部体征。应激性溃疡出血是颅脑外伤的常见并发症，出血发生率为16%～47%，在重型颅脑外伤患者中高达40%～80%。脑外伤后急性上消化道出血的发病机理尚不完全清楚。可能与下列因素有关：①与脑受伤的程度和部位有关；②与使用激素，特别是大剂量激素有关。当危重患者发生上消化道大量出血时，需尽早作纤维胃镜检查、以明确诊断和确定出血部位。预防和治疗应激性溃疡最重要的步骤是有效地治疗原发病，设法去除病因，迅速纠正低血容量、低血压及控制感染。多数患者经内科积极治疗，出血常可停止，仅10%～25%患者持续出血或经内科治疗后复发出血需外科手术治疗。本例转入我院时因患者处于休克状态，未能行术前胃镜检查。应激性溃疡的病理改变为多样性，可有单个或多个局限性溃疡、壁龛形成，甚至穿孔。在十二指肠球部和胃前、后壁相对处同时发生的溃疡，称对口溃疡。上消化道出血急诊术后再次出血的主要原因有：旷置的溃疡胃内遗留病变、十二指肠残端缝扎部出血、早发的边缘溃疡、食管或胃底静脉曲张破裂出血、应激性溃疡等。本例在第一次手术时满足于已发现的病灶、并想当然的认为这是唯一的溃疡和出血病灶，从而忽略了对其他部位的探查，遗漏了引起真正大出血的十二指肠球部后壁对口溃疡（并非新的溃疡）及出血血管，致使术后患者仍然有间断出血。因此本文认为对于急性上消化道出血的患者，不论术前是否明确诊断，术中均应该常规有序地仔细探查、尤其术中怀疑出血与发现病灶不相吻合时，切不满足仅已发现的病灶，而遗漏了真正的出血点。

（收稿日期：2002-03-18）

* 作者单位：671600 云南省大理州医院普外一科