维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2001)01-0097-00

十二指肠损伤11例临床分析

向 志，闫 雄，戴远兵
（重庆医科大学临床学院外科 重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R656.6 【文献标识码】B 【收稿日期】2000-01-17

十二指肠损伤在临床上较为少见，由于十二指肠具有独特的解剖结构和生理特性，其诊断和治疗较困难。本文报告我院近十年来收治的11例病例，对其诊治和术后并发症的预防进行分析。

1 临床资料

1.1 性别与年龄

男性9例，女性2例。年龄16～58岁，平均37岁。

1.2 损伤原因

高空坠落伤4例，腹部刀刺伤3例，车祸伤2例，踢伤1例，自服金属异物伤1例。

1.3 损伤部位

十二指肠第一段1例、第二段5例，第二段3例，第四段2例。

1.4 复合损伤

4例有复合伤，其中伴胰腺损伤3例次，胃损伤2例次，肝损伤1例次，肺损伤1例次，上肢骨折1例次。

1.5 手术方式

单纯十二指肠修补5例，修补加胃造瘘1例，修补加空肠造瘘1例，修补加胃空肠吻合、胆囊造瘘2例，修补加胃部分切除、胃空肠吻合2例。

1.6 术后并发症

肺部感染1例，腹腔感染1例。本组无1例死亡。

2 讨 论

2.1 诊断

十二指肠由于其解剖上的特点，术前诊断困难，术中常有漏诊，闭合性伤者更难。Cogbill报道术前诊断率仅10%左右[1]。本组术前无1例确诊，因同时存在严重腹内多脏器伤或血腹症而掩盖了十二指肠损伤的症状及体征。十二指肠损伤后果严重，早期诊断尤为重要。腹膜腔内十二指肠破裂或断裂，其内容物流入腹腔，有腹膜炎征象，X线检查可发现膈下游离气体，腹腔穿刺可为阳性。本组2例术前X线检查发现膈下游离气体，3例腹穿抽出混浊液体。腹膜后十二指肠破裂或断裂，十二指肠内容物流入腹膜后间隙，表现为上腹和腰背部疼痛，上腹部有压痛，但肌紧张、反跳痛不明显，如无复合伤，腹腔穿刺多为阴性，在剖腹探查中见到右上腹部腹膜后血肿或有黄染，如经验不足未切开后腹膜检查，可造成漏诊，以致术后发生十二指肠腹膜后瘘，腹膜后间隙严重感染，而增加死亡率。要做到早期诊断，应注意：(1) 凡有腹部严重损伤者，应警惕十二指肠损伤发生；(2) 腹部症状和体征的动态观察，尤其是腹膜后十二指肠损伤，临床表现出现慢，应反复多次进行腹部检查；(3) 腹腔穿刺有一定的诊断价值，但阴性不能排除诊断；(4) X线检查，可发现膈下游离气体，平片可见右肾及腰大肌轮廓模糊，口服水溶性造影剂，可见造影剂自十二指肠破口溢出；(5) 剖腹探查过程中，如发现腹膜后血肿、肌纤染色、捻发音，应考虑到腹膜后十二指肠损伤，需行Kocher氏切口，探查十二指肠及胰头情况。本组病例中1例因后腹膜黄染，2例因后腹膜血肿伴黄染，经切开后腹膜发现十二指肠破裂，才未造成漏诊。

2.2 治疗

十二指肠损伤治疗成败的关键在于早期手术。本病早期诊断较为困难，如临床高度怀疑，应及时剖腹探查。本组病例均因及时手术，才未造成严重并发症及死亡发生。为防止术中漏诊，探查应详细彻底。关于手术方式的选择应根据十二指肠损伤的部位、范围、伤后至手术的时间以及全身情况的好坏等来决定。肠壁裂口较小者，可采用单纯缝合修补的方法，为预防修补术后并发肠瘘，需进行十二指肠引流减压，本组5例单纯修补，均将鼻胃管置于十二指肠内减压，无1例发生十二指肠瘘。肠壁裂口较大者，为了保证十二指肠损伤修复，减少术后并发症，在缝合十二指肠损伤同时，必须附加减

作者介绍：向 志（1964- ），男，主治医师，硕士

维普资讯 http://www.cqvip.com

压术，如胃造瘘、空肠造瘘、十二指肠造瘘、肌囊造瘘或胆总管引流等，也可行胃空肠吻合食物改道。本组4例采用了其中方法，无1例发生肠瘘。当十二指肠缺损过大、裂口边缘组织有严重挫伤和水肿时，可采用转流术，以利肠腔减压。转流方法有两种：(1)十二指肠、空肠吻合，即利用十二指肠破裂口与空肠行端侧或侧侧Roux-Y吻合术；(2)十二指肠憩室化，即在修补十二指肠破裂口后，切除胃窦行胃空肠吻合，使十二指肠旷置，术后胃内容物不进入十二指肠，减少十二指肠张力及胆汁、胰液的分泌，有利于修补处愈合，本组2例采用此种术式，均获得满意疗效。十二指肠损伤合并胰腺损伤的处理比较困难，可采用十二指肠憩室化手术或胰十二指肠切除术，后者手术创伤大，死亡率可高达30%～60%，不可轻易采用，只有十二指肠和胰头部广泛组织失去活性或十二指肠乳头部、胰头部或胆总管同时损伤才考虑采用。

2.3　*术后并发症的预防*

十二指肠损伤最严重的并发症就是十二指肠瘘，合并胰腺损伤者常并发胰瘘。任何手术方式的选择必须考虑减少并发症的发生。为了保证十二指肠创口的愈合，不论采用何种术式，均应有效的十二指肠减压，可将鼻胃管术中置达十二指肠或行减压、转流手术。腹腔应放置引流管，保证术后充分的腹腔引流，即使出现肠瘘或胰瘘，也可以减少弥漫性腹膜炎的发生，避免再次手术的机会。术后应禁食及胃肠减压1～2周，并加强营养支持，TPN非常重要，这种营养支持不仅能提供高能营养物，并能减少胰液、胆汁的分泌，有利于十二指肠损伤的愈合，舒志军等对十二指肠损伤患者均应用TPN治疗16天，认为对严重腹部创伤患者实施全胃肠外营养支持有利于提高疗效，减少肠瘘发生[2]。　本组5例术后采用了TPN，均无并发症发生，痊愈出院。此外，维持水、电解质和酸碱平衡，抗感染治疗等，也是保证十二指肠损伤康复的条件。

参　考　文　献

[1]　Cogbill TH, Moore EE, Feliciano DV, et al. Conservative management of duodenal trauma: a multicenter perspective[J]. J Trauma, 1990, 30: 1469-1475.

[2]　舒志军，黎介寿．严重腹部创伤患者的全肠外营养支持[J]．中华外科杂志，1995; 33(5): 279-281.

(上接第96页)

瓣口排尽左心气体，缝合关闭主动脉切口，拔除逆灌管，开放主动脉钳，恢复冠状动脉顺灌。

3　结　果

40例手术全部成功，无术后脑部并发症及低心排并发症，5例发生术后一过性血红蛋白尿。

4　讨　论

4.1　*心肌保护*　由于一些常见的心肌损害因素的存在，如心肌缺血、局部心脏深低温、高钾冷停跳液、心肌再灌注等等，手术中常常会发生一定程度的心肌损害。而在我们所采用的这种不停跳新技术中，手术中心肌获得与全身其他组织器官同样的灌注，则完全避免了上述的心肌损害因素，因此心肌得到了几乎理想的保护。我们对部分病例进行了术前术后心肌超微结构和心肌酶谱的观察，其结果也证实了这种良好的心肌保护效果[1,2]。

4.2　*空气栓塞*　在跳动的心脏上切开左心腔进行心内直视手术，最担心的问题就是空气栓塞。然而，我们认为只要掌握正确的手术操作程序及排气要领，空气栓塞是可以避免的。例如在二尖瓣替换术中，只要保持二尖瓣口的开放，心脏收缩时左室内的空气只会经压力较低的二尖瓣口排出而绝不会进入压力较高的主动脉内。

4.3　*存在的问题*　是由于冠状循环的存在，心内吸引增加，势必加重对血细胞的破坏。二是因为心脏的跳动和心内回血较多，有时可能会增加手术操作的难度。

参　考　文　献

[1]　李　强，李朝先．心脏停跳与不停跳方法行心内直视手术对CK、CK-MB影响的初步观察及探讨[J]．重庆医科大学学报，1999;24(3):278-279.

[2]　李朝先，李　强，李良彬，等．新的体外循环心脏跳动中心内直视术[J]．重庆医科大学学报，1997;22(4):344-345.