

文章编号:1005-6947(2004)02-0157-02

· 临床报道 ·

十二指肠球部后壁溃疡并发出血治疗术式的选择

刘光宇¹, 陈立波², 龙跃平²

(1. 湖南省岳阳市二人民医院 普外科, 湖南 岳阳 414000; 2. 华中科技大学同济医学院附属协和医院 普外科, 湖北 武汉 430022)

摘要:为探讨十二指肠球部后壁溃疡并发出血时手术方式的选择。回顾性分析不同术式治疗35例十二指肠球部后壁溃疡并发出血的临床资料,术式包括Nissen法14例,Brancroft-Plenk法8例,Graham法13例。观察各种术式的止血效果,近期并发症发生率等;比较3种术式的优缺点。结果显示Nissen法术后无再出血病例,术后发生近期并发症2例(2/14),手术时间(180±60)min;Graham法术后无再出血病例,术后发生近期并发症3例(3/13),手术时间(190±70)min;Brancroft-Plenk法术后再出血2例(2/8),术后发生近期并发症3例(3/8),手术时间(175±50)min。提示对十二指肠球部后壁溃疡并发出血的治疗,采用Nissen法和Graham法止血效果较好,并发症少,但手术操作复杂;Brancroft-Plenk法止血效果较差,并发症较严重,不宜采用。

关键词:十二指肠溃疡/并发症;胃肠出血/病因学;胃肠出血/外科学;十二指肠溃疡/外科学

中图分类号:R573.1;R722.152

文献标识码:B

十二指肠球部后壁溃疡并发大出血非手术治疗效果不佳,再出血率可达30%~50%^[1]。持续反复大出血常需手术治疗^[2]。岳阳市二人民医院自1997年1月~2002年12月共收治十二指肠球部后壁溃疡并发大出血35例,分别采用Nissen法和Graham法及Brancroft-Plenk法处理,现报道分析如下。

1 临床资料

1.1 病例选择标准

(1)经内科非手术治疗后反复发作的十二指肠球部后壁溃疡,并发出血2次以上,表现为呕血与黑便,以黑便为主;近1个月内有出血史。(2)胃镜或钡餐确诊为十二指肠球部后壁溃疡。(3)术中证实为十二指肠球部后壁溃疡。(4)排除血液系统疾病。

1.2 手术方式及分组

1.2.1 Nissen法 14例。其中男9例,女5例;年龄20~71(平均35)岁。合并幽门梗阻1例。急诊手术3例,择期手术11例。行十二指肠残端造瘘2例。手术方法:幽门下方切断十二指肠球部前壁,于溃疡上缘切断十二指肠球部后壁。用细丝线将十二指肠游离前缘和前外侧壁间断地缝至后壁溃疡的远侧缘,再将十二指肠前壁浆肌层与溃疡近侧边缘间断缝合以覆盖溃疡,使溃疡置于胃肠道外。

1.2.2 Graham法 13例。其中男10例,女3例;年龄17

~59(平均31)岁。合并幽门梗阻3例。急诊手术2例,择期手术11例。行十二指肠残端造瘘4例。手术方法:靠近十二指肠球部后壁游离溃疡与胰腺间的粘连,达溃疡远侧缘约1cm,在溃疡下缘切断十二指肠,关闭残端。

1.2.3 Brancroft-Plenk法 8例。其中男7例,女1例;年龄33~68(平均42)岁。合并幽门梗阻1例。急诊手术3例,择期手术5例。手术方法:于幽门上方3cm切断胃窦浆肌层,潜行剥离胃窦黏膜并完整切除。缝扎十二指肠球部后壁溃疡面出血点及黏膜出血点。逐层关闭黏膜层及浆肌层。

1.3 观察指标

(1)术后再出血。胃大部切除术后24h以内,可自胃管抽出少许暗红色或咖啡色胃液,一般不超过300ml,以后胃液颜色逐渐变浅至自行停止,乃属正常现象,多因术中残留或缝合创面少量渗血所致。若术后不断吸出新鲜血液,尤其在24h后仍继续出血者,不论血压、脉搏如何,皆可定为术后出血^[3]。(2)近期并发症发生率。(3)行血常规,肝肾功能,血淀粉酶,B超检查膈下。

2 结果

全组无死亡病例。Nissen手术术后发生膈下脓肿1例,发生切口感染1例,均经抗感染、对症等非手术疗法治愈。Graham法1例血淀粉酶明显增高,治疗5d后降至正常。Brancroft-Plenk法术后再出血2例,其中1例发生于术后第3天,黑稀便量约300ml/d,经非手术治疗2d后止血;另1例发生于术后第6天,4h胃管引出血液800ml,并解黑稀便

收稿日期:2003-10-06; 修订日期:2004-01-19。

作者简介:刘光宇(1971-),男,湖南岳阳人,湖南省岳阳市二人民医院主治医师,主要从事普外科临床方面的研究。

1 200 g,经紧急抗休克治疗后再次手术,切开十二指肠见溃疡出血,于十二指肠球部上下方结扎胃十二指肠动脉后止血。1例十二指肠残端瘘,考虑术中游离过于广泛使胃窦

血运障碍,术后第3d再次手术时见胃窦有点状坏死并破裂,经充分引流后痊愈(附表)。

附表 不同手术方式的手术时间和术后并发症及再出血情况

手术方式	例数	再出血	肠瘘	胰腺炎	膈下脓肿	伤口感染	手术时间(min)
Nissen	14	0(0/14)	0(0/14)	0(0/14)	1(1/14)	1(1/14)	180 ± 60
Graham	13	0(0/13)	0(0/13)	1(1/13)	1(1/13)	1(1/13)	190 ± 70
Brancroft-Plenk	8	2(2/8)	1(1/8)	0(0/8)	0(0/8)	0(0/8)	175 ± 50

3 讨论

十二指肠球部后壁溃疡易侵犯胰腺及胃十二指肠动脉或其潜在的胰横分支,故易反复出血。尤其是伴有动脉硬化的老年患者,由于动脉收缩不良更易致反复出血^[1]。下列情况应手术治疗:(1)由于出血而血流动力学不稳定;(2)首24h需输血大于800ml;(3)内镜止血失败;(4)持续出血长于48h;(5)同一住院期间复发出血^[2]。以往十二指肠球部后壁溃疡出血首选迷走神经切断术加幽门成形术及缝扎止血术,或行胃部分切除术^[1]。然而迷走神经切断加引流的再出血率高达17%,术后倾倒综合征、腹泻、心窝痛等并发症发生率都较胃切除术高^[2]。而且出血的患者大多呈现组织水肿,使迷走神经的解剖困难,迷走神经切断术技术要求更高,化费时间更长^[3]。故本组病例全部采用毕Ⅱ式胃大部切除术以及相应的止血方法。本组总再出血率为5.7%,总并发症发生率为25.0%,无死亡病例。

溃疡面缝扎止血的再出血率高,而增加溃疡的恒定性手术可降低再出血率^[2]。本组采用Nissen法和Graham法的病例无手术后再出血,而Brancroft-Plenk法的术后再出血率高达25%,充分说明了这一点。文献报道^[4]:Brancroft-Plenk法止血效果差,术后再出血率高达13%。Brancroft-Plenk法术后再出血率高的原因与下列因素有关:(1)十二指肠球部瘢痕及幽门变形,使得在缝扎出血点时视野不佳,操作不便;(2)因担心损伤胆总管,缝扎深度不够,而预防再出血的重点是缝扎至溃疡基底纤维层^[5]。(3)局部合并感染或结扎过紧,使组织坏死致线结松动或脱落^[3]。(4)旷置的溃疡因手术刺激,加之胃肠液刺激,也可发生术后早期大出血^[6-8]。为减少Brancroft-Plenk法术后再出血,可采取以下措施:(1)检查溃疡面时应清除血块及血栓(特别是白色线状的纤维血栓为近期出血的标志)。(2)行Lahey法,先探查胆总管位置及走向,以保证缝合的深度。(3)创面采取三针缝合,即在动脉出血处近侧、远侧及深面各缝1针^[9]。(4)在不影响残端血运时,行胃十二指肠动脉的有效结扎也有助于止血。本组病例均缝合了溃疡,但没有行lahey法病例。1例手术后再出血病例,再次手术时缝扎了胃十二指肠动脉而止血。

处理十二指肠后壁溃疡时,最严重的并发症是十二指

肠残端瘘。防止十二指肠瘘的措施是:(1)术中发现局部炎症重,血运欠佳,缝合有困难时,应果断行十二指肠造瘘术。造瘘管宜采用组织反应性较大的橡胶管或乳胶管,禁用硅胶管;造瘘管应保证有效减低残端内压力,自无溃疡瘢痕处引出。(2)保证残端局部血运。(3)常规行膈下引流。本组Nissen法和Graham法有6例行了十二指肠造瘘术,疗效好;Brancroft-Plenk法2例再手术时行了十二指肠造瘘术,治愈出院。

Brancroft-Plenk法可能存在胃窦黏膜残留以致术后复发溃疡,另外急性出血时更易复发出血,在可以用其他方法时不宜用此法。采用Nissen法时必须注意十二指肠前壁无明显炎症及瘢痕纤维化,前壁应有足够长度使缝合时无张力。只要溃疡下缘离十二指肠乳头上缘在3cm以上,强行切除溃疡是可行的。必要时,行Lahey法,可防损伤胆总管,也可防因乳头水肿及乳头痉挛所致胰腺炎的发生。总之,Nissen法和Graham法止血彻底,疗效确切,应为首选。

参考文献:

- [1] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001. 780-785.
- [2] 王吉甫. 胃肠外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 253.
- [3] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社, 2000. 494.
- [4] Branichi FJ, Boey J, Fok PJ, *et al.* Bleeding duodenal ulcer: A prospective evaluation risk factors rebleeding and death[J]. *Ann Surg*, 1990, 211(4): 411-418.
- [5] 皮执民. 消化外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 415.
- [6] 迟彦邦,詹新恩. 外科常见失误及防治[M]. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社, 1990. 213-215.
- [7] 陈道达,王国斌,卢晓明. 重视消化性溃疡病因和治疗的变化[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 481-482.
- [8] 曾连山,刘运奇,谭小宇. 消化性溃疡穿孔的诊断和治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 490-493.
- [9] 严律南,姚祚祥. 现代普通外科手术学[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 1997. 128-129.