

154 例消化性溃疡穿孔的诊疗体会

史美清

(浙江省金华市广福医院 金华 321000)

摘要:目的:探讨消化性溃疡穿孔的诊断及治疗方法。方法:回顾分析 2000~2005 年收治的 154 例消化性溃疡穿孔患者临床表现、诊断及治疗方法。结果:154 例中,术前确诊 143 例(92.8%),误诊 11 例(7.1%)。非手术治疗 31 例(20.1%),全部治愈;穿孔修补术 35 例(22.7%);胃大部切除术 88 例(57.1%);术后无十二指肠残端破裂、再穿孔、吻合口瘘等近期并发症。结论:术前 X 线、B 超及腹腔穿刺联合应用可提高溃疡穿孔的确诊率,胃大部切除术与单纯溃疡穿孔修补术或非手术治疗近期并发症的发生无显著性差异,但远期疗效优于后两者。

关键词:消化性溃疡穿孔;诊断;治疗;胃大部切除术

Abstract:Objective: To investigate the method diagnosis and surgical treatment of peptic ulcer, to improve the diagnosis and treatment. Methods: Retrospective analysis on the clinical data of 154 patients, and the method diagnosis and treatment. With perforation of peptic ulcer in our hospital from 2000 to 2005. Results: Out of the 154 cases, the diagnosis was made preoperatively in 143 cases (92.8%), and misdiagnosed in the other 11 cases (7.1%); 31 cases (20.1%) underwent non-operative treatment, 35 cases (22.7%) underwent simple closure operation and 88 cases (57.1%) underwent subtotal gastrectomy, after the operation there were no duodenal stump rupture, no reperforation, no the leak of stoma and early complication. Conclusions: Combining use of X-ray, B-ultrasoned with abdominal paracentesis examination can apparently improve the diagnosis rate, the early complication in subtotal gastrectomy group comparinry with simple closure operation group and non-operative treatment group were no significant, but the long-term effect of subtotal gastrectomy was much better than that of other two groups.

Key words: peptic ulcer perforation; diagnosis; treatment; gastrectomy

中图分类号: R 573.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0061-02

消化性溃疡是一种起病急、病情重、发展迅速的外科急腹症^[1],绝大多数患者临床表现较典型,但误诊误治时有发生。我院 2000~2005 年共收治 154 例消化性溃疡穿孔患者,现就其诊断治疗分析报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 154 例,男性 132 例,女性 22 例;年龄 19~82 岁,平均 53.2 岁;既往有溃疡病史者 112 例(72.7%),无溃疡病史者 42 例(27.3%);空腹穿孔 39 例(25.3%),饱餐后穿孔 115 例(74.7%);穿孔时间 2~70 h,平均 14 h。溃疡穿孔临床表现见表 1。

表 1 溃疡急性穿孔临床表现 例

临床表现	例数	百分率(%)
腹痛	154	100
腹胀	32	20.8
恶心、呕吐	108	70.1
发热	52	33.8
局部性腹膜炎	24	15.6
弥漫性腹膜炎	132	85.7
气腹	89	57.8
空腹穿刺阳性	121	78.6

1.2 辅助检查及术前诊断 本组病例全部行立位腹部平片和(或)腹部透视检查,其中 121 例(78.6%)膈下有游离气体;86 例行腹部 B 超检查,气腹及腹腔积液者占 87.2%(75/86);142 例行腹腔穿刺,阳性率为 85.2%(121/142)。本组术前确诊 143 例(92.8%),误诊 11 例(7.1%),其中误诊为急性阑尾炎 5 例,急性肠梗阻 3 例,急性胰腺炎 3 例。

1.3 治疗方法

荧光定量 PCR 法检测 HBV-DNA 作为 HBV 感染的分子生物学标志,可较好地反映患者体内病毒核酸的复制状况,与 HBV 血清标志物联检能全面了解 HBV 感染、复制及传染性,两法互相补充,既能了解病毒感染状态,又能观察机体免疫水平,更为指导治疗提供客观依据。

参考文献

[1]彭文伟.病毒性肝炎研究[M].广州:广东科技出版社,1998.3

1.3.1 非手术治疗 非手术治疗 31 例(20.1%),非手术治疗适应证:(1)年轻患者,特别是青少年患者;(2)溃疡病史短,少于 3 个月;(3)空腹穿孔,腹膜炎体征较局限;(4)排除胃癌穿孔者。主要治疗措施包括:(1)持续胃肠减压、禁食、平卧位,直至肛门排气、肠鸣音恢复、腹膜炎体征明显减轻为止;(2)抑制胃酸分泌药物及抗幽门螺杆菌感染药物的应用;(3)维持水电解质平衡及静脉高营养。31 例全部治愈,无中转手术病例。

1.3.2 手术治疗 手术治疗 123 例(79.9%),其中溃疡穿孔修补术 35 例(22.7%),胃大部切除术 88 例(57.1%);溃疡穿孔至手术时间 <6 h 14 例,6~12 h 61 例,12~24 h 32 例,>24 h 16 例。术中发现穿孔直径 <1.0 cm 者 92 例,1.0~2.0 cm 者 24 例,>2.0 cm 者 7 例。穿孔部位分布见表 2。

表 2 溃疡病急性穿孔部位分布 例

穿孔部位	例数	百分率(%)
十二指肠球部	85	69.1
幽门前	14	11.4
胃窦	18	14.6
胃体	6	4.9
合计	123	100

2 结果分析

2.1 手术并发症及死亡率 术后发生并发症 9 例(7.3%),其中切口感染 5 例,切口裂开 2 例,肺部感染 1 例,膈下脓肿 1 例。均经积极治疗后痊愈出院,全组无手术死亡。溃疡穿孔单纯修补术后需服用 H₂ 受体拮抗剂(雷尼替丁、西米替丁、法莫替丁)、质子泵抑制剂(洛赛克、奥美拉唑)以及抗幽门螺杆菌

[2]陈学民,凡任芝.定量 PCR 法检测 HBV-DNA 与 HBV 血清标志物的相关性[J].临床输血与检验,2005,7(1):18~19

[3]蔡卫平,唐小平,陈劲峰,等.慢性乙型肝炎 HBV-DNA 定量检测与病原学标志和肝损害程度的关系[J].中国实用内科杂志,1998,18(2):149~150

[4]Brecht C, Kremsdorf D, Paterlin P, et al. Hepatitis B virus DNA in HBsAg-negative patient[J]. J Hepatol, 1991, 13(4): 49~55

(收稿日期: 2007-01-05)

菌药(阿莫西林、甲硝唑、克拉霉素、阿奇霉素)4~8 周。

2.2 随访 随访半年~6 年。非手术和溃疡穿孔单纯修补术 66 例中随访 51 例,其中溃疡复发 35 例(68.6%)。胃大部切除术 88 例,随访 71 例,溃疡复发 3 例(4.2%),显著低于前者, $P<0.01$ 。

3 讨论

3.1 诊断 溃疡病穿孔是指胃、十二指肠溃疡穿破使胃、十二指肠内容物进入腹腔,这是溃疡病最常见而严重并发症之一。穿孔的发生率约占 5%~10%^[2],文献报道,十二指肠穿孔占所有消化性溃疡穿孔的 90%~93.8%^[3,4]。本组十二指肠溃疡穿孔占 69.1%,幽门前溃疡占 11.4%。消化性溃疡穿孔大多数临床表现较典型,主要表现为突然刀割样或撕裂样剧烈腹痛,开始为上腹部,很快扩散至全腹,腹肌紧张,板状腹,全腹压痛、反跳痛,移动性浊音阳性,肝浊音界消失或缩小,肠鸣音减弱或消失,结合腹部 X 线检查、B 超及腹穿阳性,均可明确诊断。本组 154 例术前确诊 143 例(92.8%),误诊 11 例(7.1%)。主要误诊原因:(1)过分相信 X 线检查,“肠胀气、有液气平”而诊断为肠梗阻,而对体格检查腹肌紧张重视不够,最后剖腹探查才确诊。(2)对病史询问不够详细,以及对“转移性右下腹痛”认识不足。溃疡穿孔后,胃十二指肠液沿右结肠旁沟流至右下腹,使腹痛由上腹部扩散到右下腹,但仍以上腹痛为重,而急性阑尾炎的疼痛转移一般于发病后数小时才至右下腹,上腹痛则减轻,且右下腹疼痛加重而固定,右下腹压痛、反跳痛局限。文献报道,20 min 后发生疼痛“转移”阑尾炎的可能性小^[5]。(3)对于透视膈下无游离气体,而病史及体征符合消化性溃疡穿孔,因过分强调“既往无溃疡病病史”而延误诊断,据报道 17%可无溃疡病史^[6],结合腹部 B 超和腹穿阳性而确诊。本组无溃疡病史 42 例(27.3%),笔者的经验是:(1)重视病史及体征,结合辅助检查 X 线、B 超,一般可确诊;(2)重视诊断性腹腔穿刺,本组腹腔穿刺阳性率 85.2%;(3)腹部 X 线检查阴性,应结合 B 超提高术前确诊率,B 超检查较 X 线敏感,且准确率高,二者结合尤佳。

3.2 治疗

3.2.1 非手术治疗 随着现代医学的发展,特别是近年来对消化性溃疡发病机理的研究,幽门螺杆菌及胃酸分泌机制的阐明,确立了消化性溃疡的病因。胃黏膜保护剂、强效制酸药、质子泵抑制剂以及抗幽门螺杆菌药物的出现,使溃疡病的治愈有了可能^[7-9]。非手术治疗适应征:(1)患者年轻,代谢旺盛,组织愈合能力强;(2)溃疡病史短,溃疡周围瘢痕组织少,有利于愈合;(3)空腹穿孔,腹腔内胃、十二指肠液较少,污染轻,有利于炎症局部吸收;(4)腹膜炎体征较轻且局部,提示穿孔直径小。据报道^[10]严格掌握保守治疗指征,成功率

可达 95.2%,本组非手术治疗 31 例,在治疗过程中无中转手术病例,全部治愈出院。

3.2.2 手术治疗 手术是溃疡病穿孔的主要治疗方法,分为单纯性穿孔修补术和彻底性胃大部切除术。(1)单纯穿孔修补术操作简单,危险性较小,对病情重,不能耐受溃疡切除术或病史较短,穿孔小,瘢痕少,轻壮年病人,修补术后积极内科治疗可治愈,对穿孔周围组织较硬或水肿严重者不宜缝合,可将大网膜填入穿孔处^[11],周围用细丝线缝合固定于胃壁或十二指肠壁。穿孔修补只闭合溃疡而不是治愈溃疡,复发率较高,约 50%~80%^[9],需再次手术,本组非手术和修补术复发率为 68.6%(35/51)。(2)彻底性胃大部切除术:消化性溃疡穿孔多主张胃大部切除术,因为其既治愈穿孔又治愈溃疡,但对术者手术技术要求高,操作复杂。本组行胃大部切除术 88 例(57.1%),术后无十二指肠残端瘘、吻合口瘘等近期并发症,疗效满意,远期效果也较好。随访的 71 例中只有 3 例复发,占 4.2%,远远低于非手术或单纯修补术组。既往认为溃疡根治术仅适用于穿孔<12 h 者,我们认为,>12 h 不能将其作为手术禁忌证,如果腹腔污染轻,穿孔部位瘢痕小、水肿轻,即使>12 h 也可手术。本组 25 例>12 h 行胃大部切除,均顺利出院。

总之,非手术治疗、单纯穿孔修补术和胃大部切除术近期疗效及并发症无明显差异,但彻底性手术远期疗效明显优于非手术治疗和单纯穿孔修补术。我们主张,在条件允许的情况下,尽可能作彻底性手术,以达到对溃疡病及穿孔彻底治疗,提高病人的生存质量。

参考文献

- [1]葛步军.青少年消化性溃疡的治疗[J].陕西医药杂志,2001,30(9):522~523
- [2]陈志平.消化性溃疡并发症的外科治疗[J].胃肠病学,2004,9(1):44~45
- [3]张震华,张国政.胃外科学[M].北京:人民卫生出版社,1993.140
- [4]吴孟超,仲剑平.外科学新理论与新技术[M].上海:上海科学教育出版社,1996.225~226
- [5]叶庆华,林启锐,曾灏.老年人消化性穿孔 108 例临床分析[J].河北医药,2000,22(10):746~747
- [6]方喜,陈进新,温思奇.老年人消化性穿孔手术治疗 165 例[J].河北医药,2001,23(9):658~659
- [7]丁建勋,王学峰.急诊 B 型超声在上消化道溃疡穿孔诊断上的应用[J].中华消化杂志,1997,17(5):293~295
- [8]王强.胃肠外科学[M].北京:人民军医出版社,2001.104~122
- [9]谭毓铨.溃疡病外科治疗的展望[J].中国现代手术学杂志,2000,4(2):150~152
- [10]马进,蔡秀军.消化性溃疡穿孔保守治疗的定量指标探讨[J].中国普通外科杂志,2002,11(12):725~727
- [11]陈道达,陶凯雄.消化性溃疡外科治疗的手术方式[J].中国普外基础与临床杂志,2000,7(3):172~173

(收稿日期:2006-09-25)

(上接第 38 页)可用于或辅助用于多种常见病的治疗,作用确切,患者易耐受。尽管尚有许多问题需要大规模、长时间的临床对照研究解决,但参麦注射液在临床疾病中的应用会有更好的前景^[5]。

参考文献

- [1]卢克盛.参麦注射液在肿瘤化疗中的作用[J].浙江中西医结合杂志,1996,6(4):245
- [2]李国伟,朱永根.参麦注射液在腹部外伤低血容量性休克至多脏器

功能失常综合征中的防治作用[J].中西医结合实用临床急救杂志,1999,6(1):26~27

- [3]刘鹏,曹迎明,乔新民,等.参麦注射液促进乳腺癌患者术后恢复的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2000,20(5):328~329
- [4]程宇星,姚睿智,徐发彬.腹部术后使用参麦注射液 45 例临床观察[J].河北中医,2004,26(7):492~493
- [5]吕爱琴,闫双银,王丽芳,等.参麦注射液的临床应用进展[J].天津药学,2004,16(4):31~35

(收稿日期:2006-09-05)