

十二指肠外伤 20 例诊疗体会

陈小平 徐亦熊

(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词:十二指肠损伤;手术疗法;体会

中图分类号:R 574.51

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0077-01

十二指肠损伤较少见,文献报道占腹部损伤的 3%~5%,十二指肠损伤属于腹内脏器的严重伤,其解剖位置特殊及其生理特点导致在损伤的诊断与处理上均有一定的难度,术后的并发症及死亡率较高。我院外科于 1990~2008 年收治十二指肠损伤 20 例,现将处理体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 20 例,男 15 例,女 5 例,男女比例为 3:1;年龄 18~60 岁,平均 35 岁。1 例为刀刺伤,其余均为闭合性腹部损伤;车祸 8 例,工伤、撞击、从高处坠落所致伤 12 例;单纯前壁损伤 11 例,前后壁损伤 9 例;合并肝、脾、胰等内脏损伤 3 例,伴门静脉损伤 1 例。20 例病人受伤后表现为不同程度的腹痛及腰背部疼痛,有不同程度的腹膜炎体征,4 例伴休克。腹腔穿刺 7 例阳性;8 例行 CT 检查,其中 5 例见腹膜后积液、积气;腹部 B 超 10 例,其中发现右上腹局限性积液 6 例。

1.2 治疗 本组 20 例全部手术治疗,单纯清创修补 12 例,带蒂肠片修补 4 例,十二指肠憩室化 4 例,同时对合并伤作相应处理,均行充分有效的腹腔引流。入院至手术的时间平均 12h,其中 1 例术中漏诊而再次手术,术后加强抗炎畅通引流及营养支持等治疗。

1.3 结果 本组 20 例,治愈 19 例(其中并发肺部感染 2 例,腹腔感染 3 例,腹内出血 1 例),死亡 1 例系因术中漏诊后壁损伤再次手术后出现多脏器功能衰竭死亡。

2 讨论

十二指肠损伤在腹部损伤中少见,大部分损伤在腹膜后,部分伤者早期症状与体征不明显,因此对于上腹部外伤的患者,数小时后腹痛加剧或伴有右侧腰背部疼痛者,应想到十二指肠损伤的可能。患者如有十二指肠损伤的临床表现,应及早进行外科手术探查,由于十二指肠后面紧(下转第 86 页)

乳症,不出一气字之矣。脾胃土气壅,则为痈;肝胆木气郁,则为疽;正气虚,则为岩;气虚不摄,为漏;气散不收,为悬;痰气凝结,为癖、为核、为痞。气阻络脉,乳汁不行,或气滞血少,涩而不行。若治乳从一气字著笔,无论虚实新久,温凉攻补,各方之中,夹理气疏络之品,使其乳络舒通。气为血之帅,气行则血行……自然壅者易通,郁者易达,结者易散,坚者易软。”四逆散源自《伤寒论》,其组成为:甘草、枳实、柴胡、芍药。功用:透邪解郁,疏肝理脾。原治少阴病四逆证,多由脾气素虚,又因外邪传入少阴而抑遏阳气不得至于四肢。二陈汤源自《太平惠民和剂局方》,其组成为:半夏、陈皮、茯苓、甘草。功用:燥湿化痰,理气和中。原治湿痰之主方,湿痰之证,多由脾失健运,湿邪凝聚,气机阻滞,郁积而成。二方均作用肝脾,而脾与胃相表里,药物以温通为主,取其火郁发之之意,为防温热太过,佐加蒲公英、瓜蒌、牛蒡子,其中蒲公英苦甘寒无毒,入肝、胃经,具有清热解毒、消肿散结功效,内服既可杀菌,又可通乳,为治疗乳腺炎良药,瓜蒌、牛蒡子取其善入胃经,可外透表邪,内泄其热。另加消痈散结之要药穿

山甲、王不留行,穿山甲咸、微寒,入肝胃二经,咸能软坚,性善走窜,可透达经络,直达病所,消肿排脓,通经下乳,用于痈肿初起,或脓成不溃等症,未成可消,已成可溃;王不留行甘苦性平,入肝胃二经,能走血分,为阳明、冲任之要药,功专通利,其特点为行而不住,走而不守,善利血脉,为下乳之专剂,其能消肿止痛,亦可用于痈疽肿毒,对乳痈之症尤为要药,因血乳同源,血滞则乳闭,血行则乳下,乳汁流畅,血脉通利,则痈肿自消。诸药寒热并用,以温通为主,疏肝理气解郁,化乳消肿通络,切中病因病机,郁邪得解,经络得通,乳汁得出,邪热自解而愈。

总之,对于急性乳腺炎的治疗,应针对病因,辨证论治,治疗与护理相结合,初期以疏通消散为主,不可用过清热解毒的药物。因乳痈为一种特殊部位的痈,既有痈的共性,又有乳部生理特点的个性,不可单独以外疡视之。

参考文献

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.43-44
- [2]北京中医医院.中西医结合临床外科手册[M].北京:北京出版社,1980.273-274

(收稿日期:2008-11-12)

固定引流管并接通引流袋。要经常检查引流管有无受压、扭曲、阻塞、脱落,定时挤压引流管以利于小血块排出,避免管道堵塞^[2]。观察引流液的颜色、性质及量,并记录。如引出大量血性液体为出血,引出浑浊伴脓栓为感染,引出液逐日减少为好转。每日应更换引流袋,在更换时要严格无菌操作。输尿管内放置双 J 管者留置 4~6 周,然后在膀胱镜下拔出双 J 管。

2.2.3 术后并发症的观察及预防 观察切口有无红、肿、热、痛和波动感,防止切口裂开。预防膀胱刺激症,此症发生与双 J 管膀胱内段刺激膀胱三角区导致平滑肌痉挛有关,所以应选择管径大小、长度适当的双 J 管,避免过粗、过长的管道加重膀胱刺激症状,并嘱病人多饮水、少活动,以减轻不适。预防

(上接第 77 页)贴脊柱,前壁的损伤常伴有后壁相应部位的对冲伤,而且后壁的损伤较为隐秘,术中如果检查不仔细或者满足十二指肠以外器官损害的发现就有可能漏诊而导致严重后果。本组死亡 1 例系因术中漏诊后壁损伤再次手术后出现多脏器功能衰竭死亡。我们的体会是手术中一定要细致地探查,如发现十二指肠前壁有损伤,一定要检查后壁有无对冲伤。血肿覆盖下的任何部位的十二指肠损伤要进行探查,尤其是同时合并胰头、周围大血管损伤引起血肿包裹时更应仔细分开血肿进行深部探查。另外,术毕清洗腹腔前,一定要再次检查损伤部位及周围,以明确有无新生的污染物,如果有一定要再次探查,防止漏诊。另外在手术中我们要正确判断组织的缺血程度,坏死的组织一定要清除。对十二指肠裂口小、损伤时间短、局部污染轻、血运良好者可行单纯修补,本组有 12 例行单纯修补术;裂口较大的可行带蒂肠片修补,本组 4 例;十二指肠第一、二段严重损伤或同时伴有胰腺损伤时可行十二指肠憩室化,本组 4 例,手术包括胃窦切除、胃空肠吻合、十二指肠残端造瘘和胆总管造瘘。十二指肠损伤的处理方式多种多样,但仍不乏存在十二指肠瘘这一严重并发症,我们认为关键是如何采用正确的手术方式,所采用的手术方式应以简单、安全、有效、术后并发症少、有利于十二指肠减压、有利于术后早期的营养提供、促进愈合为原则。文献报告表明,十二指肠损伤的预后与手术时间的迟早有密切关系。本组 20 例十二指肠伤各异又有多种合并伤,但都在伤后的 18h 内得到手术治疗,其中 19 例治愈,治愈率 95%。本组致命的肠瘘之所以没有发生,与有效的十二指肠减压有密切关系,

尿路感染,嘱病人每日饮水 2 000~3 000mL,使生成尿量能起到冲洗尿路的作用,每天用 1:20 稀碘伏清洗尿道口 2 次。

2.2.4 出院指导 嘱病人注意休息,3 个月内不做剧烈运动或参加重体力劳动,注意饮食卫生,不食用易引起结石的食物。嘱留有双 J 管的病人,如出现持续性血尿、疼痛应及时就诊,在膀胱镜下拔除双 J 管,并在病员卡上写清置管部位、拔管日期、联系电话,注意提前预约,按时拔管。

参考文献

[1]卢素宏.气压弹道碎石术治疗输尿管结石病人的护理[J].护理实践与研究,2005,2(3):28
[2]刘妙琴.外科手术患者的术前与术后护理要点[J].医药世界,2006,8(10):254

(收稿日期:2008-11-26)

我们主张有效地修补后加三管造瘘(胃、胆总管、十二指肠造瘘)^[1-3]。距屈氏韧带 40cm 顺行置入空肠营养造瘘管,我们认为至关重要,无论十二指肠瘘有否出现,它的存在不仅保证病人术后营养提供,而且可以将十二指肠引流液经此管输回体内。此举,除了文献^[4]证明胆汁中富含胆囊收缩素、胰高血糖素、胃泌素、胃动素、胃抑素,而且有丰富的不饱和脂肪酸、精氨酸、核黄酸,不仅可以有效地防止可能的细菌易位,还可以防止因大量胃肠液的丢失而引起水电解质失衡。本组均在术后 5~7d 起将十二指肠减压出的液体经空肠营养造瘘管回输体内,既减少输液量,又减轻病人经济负担,我们将胰管的引流液也直接经空肠营养造瘘管输入体内。很明显,经此方式处理,病人食欲大增,体质迅速得到恢复,为保证十二指肠修补后愈合奠定了极其重要的物质基础。本组病例虽不多,但其损伤的形式颇具代表性,且体会深刻:力争在伤后 18h 内手术至关重要,术中原则应根据病人的全身情况和术中病理改变的程度,尽可能采取简单、易行、实用、有效的方法。术后有效地十二指肠减压和消化液的回输、营养的提供是避免肠瘘发生的重要措施。

参考文献

[1]王有德,姜喜远,王磊.十二指肠损伤 32 例临床分析[J].普外临床,1995,10(6):355
[2]宋家现,王克有,刘军.原发性十二指肠损伤的诊断与治疗[J].中华普通外科杂志,2000,15(10):617
[3]刘志民,冯延昌,杨维松,等.十二指肠损伤手术方式的选择及结果评价[J].中国实用外科杂志,2000,20(12):759
[4]冉江华,戈桂云,李立,等.肠内营养联合胆汁回输在重症急性胰腺炎治疗中的应用价值[J].中国实用外科杂志,2002,22(9):535

(收稿日期:2009-02-16)