

基层医院消化性溃疡穿孔37例诊治体会

黎庆军

(玉林市福绵中心卫生院外科,广西 玉林 537023)

【摘要】 目的 提高基层医院消化性溃疡急性穿孔的诊治水平。方法 回顾分析37例消化性溃疡急性穿孔患者的临床资料。结果 本组单纯修补34例,胃大部切除3例。术后出现并发症7例,期中切口感染2例,切口脂肪液化3例,切口裂开1例,倾倒综合征1例。全组无死亡病例。结论 穿孔修补术快捷、简单、创伤小,可将修补术作为消化性溃疡穿孔的首选手术方式(并发大出血、幽门梗阻、癌变者除外)。术后进行规范的抗溃疡及根除幽门螺杆菌治疗,能有效治愈溃疡并预防复发。

【关键词】 急性胃穿孔;修补术;胃大部切除术

【中图分类号】 R573.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003—6350(2012)08—066—02

消化性溃疡最常见的是胃十二指肠溃疡,急性穿孔是其最常见的严重并发症,也是外科常见急腹症之一。该病起病急、病变发展快,需及早、正确处理,否则可危及生命。随着对该病发病机理认识的不断加深,消化性溃疡的内科治愈率不断提高。但是在农村地区,由于个人经济状况、健康意识以及基层医院医疗设备和医生技术水平等各方面的影响,患者往往得不到及时且规范的治疗,且时有穿孔的情况发生。我院2000年1月至2010年12月共收治消化性溃疡穿孔37例,现将治疗情况报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组消化性溃疡急性穿孔患者共37例,其中男29例,女8例,年龄30~72岁,平均41.3岁,33例有溃疡病史。发病到就诊时间:<6h 8例,6~24h 18例,24~48h 7例,>48h 4例。穿孔位置:胃窦前壁8例,胃窦后壁2例,十二指肠前壁25例,十二指肠后壁2例。

1.2 临床表现 28例上腹出现刀割样的突发性剧烈疼痛。21例恶心、呕吐,13例腹胀,9例伴有发热,2例出现休克症状,30例患者有腹肌紧张,X线膈下游离气体27例,经胃管内注入空气300~500ml后7例呈阳性,腹腔穿刺阳性者25例。

1.3 治疗方法

1.3.1 穿孔单纯修补 共计34例患者使用了单纯修补。术中取穿孔周围组织,送冰冻切片检查明确有否恶变。开腹进行修补,将大网膜填塞缝合于穿孔灶周围。方法简单、操作不难。术毕用生理盐水和甲硝唑彻底清洗腹腔,常规放置引流管。

1.3.2 胃大部分切除手术 对3例患者进行了

胃切除手术。均行毕氏Ⅱ式胃大部分切除术。术中取病变组织,送冰冻切片明确有否恶变。术毕用生理盐水和甲硝唑彻底清洗腹腔,安放引流管。

1.3.3 药物治疗 术后常规静脉给予一种广谱抗生素+甲硝唑、甲氧咪胍。体温正常、无感染者,开始进食后,停静脉用药,改用口服,具体为:奥美拉唑20mg,2次/d,连用4周;阿莫西林0.5mg,3次/d(或克拉霉素250mg 2次/d),连用4周;胶体果胶铋150mg,3次/d,连用4周。患者出院后随访6~12个月,出现溃疡症状者及时服药。

2 结果

本组37例消化性溃疡穿孔患者,穿孔修补34例,胃大部分切除3例,均治愈,无死亡。术后出现并发症7例,期中切口感染2例,切口脂肪液化3例,切口裂开1例,倾倒综合征1例。未出现梗阻、大出血等并发症。患者出院后随访6~12个月,无复发。

3 讨论

3.1 诊断 大部分溃疡急性穿孔患者有典型症状,表现为上腹突发刀割样疼痛,体检可见腹肌紧张、全腹压痛及反跳痛,以上腹部明显,移动性浊音阳性,肝相对浊音界消失或缩小等。但也有小部分患者临床表现不明显,特别是有些老年患者,由于年老体弱肌肉瘦弱且松弛、应激减退、痛觉迟钝,临床表现往往不典型。故此,笔者认为应着重注意以下检查手段的运用:(1)X线检查:我们大家都已形成共识,X线检查发现膈下游离气体是上消化道穿孔的有力证据,在站立位X线检查时,80%的患者可见膈下新月状游离气体^[1]。本组阳性率为72.9%,比文献报道略低^[1]。对于阴性者,可反复多次X线检查或经胃管内注入空气

作者简介:黎庆军(1972—),男,广西玉林市人,主治医师,学士。

300~500 ml,可以提高气腹阳性率。(3)诊断性腹腔穿刺:在基层医院这是一种相当实用的方法,若能抽出黄色、浑浊、含胆汁或食物残渣的液体,就要重点考虑上消化道穿孔了。同时,在临床中我们需要注意的是:(1)有部分患者无溃疡病史。如本组33例有溃疡病史,另4例则无。(2)不可能每个患者都出现板状腹。如穿孔小很快堵塞、年老体弱、肌肉松弛、肥胖等因素,可导致腹肌紧张不明显。(3)不能过分强调腹腔内游离气体,据统计15%的患者无此征象。

3.2 治疗 消化性溃疡穿孔的治疗有保守治疗和手术治疗两种方法,由于该类穿孔易出现致命的腹膜炎,采取保守治疗要掌握好适应证,不然后果不堪设想。普遍共识是空腹穿孔、无大出血、无梗阻、无休克等并发症,腹膜炎局限者可选择保守治疗。但在治疗中要严密观察,经治疗6~12 h无好转,应立即手术治疗^[2]。在基层医院,相当数量的患者由于交通不便,经济困难,健康意识差等,入院时间较晚,来院时腹腔内漏出物多,造成腹腔内炎症严重,保守治疗往往效果不理想,若不得不中转手术治疗,手术风险和费用都将增加。据此,笔者认为在基层医院更要慎用保守治疗这手段。手术是治疗消化性溃疡穿孔的主要手段,目前常用的手术方式有:胃大部分切除术、穿孔修补加高选择性迷走神经切断术和穿孔修补加内科抗溃疡治疗。但具体使用哪一种手术方式,目前不同的医院,不同的医生,有不同的选择。金江春^[3]的研究显示,胃大部分切除术、穿孔修补加高选择性迷走神经切断术和穿孔修补加内科抗溃疡治疗这三种不同手术方法中,术后复发率差异无统计学意义,但手术时间、创伤的大小、术后并发症、住院时间长短有区分。胃大部切除术术后并发症相对较多,如吻合口出血、残胃炎、胆囊结石、残胃癌等;穿孔修补加高选择性迷走神经切断术往往因迷走神经变异而切断不全面,术后溃疡复发率较胃大切还要

高;穿孔修补加内科抗溃疡治疗组,修补术操作简单,迅速解除应激状态,术后恢复快,并发症少,同时术后抗溃疡及根除幽门螺杆菌治疗疗效满意的特点。李春来等^[4]通过研究行穿孔修补术及胃大部切除术患者的术后生存质量随访显示,胃大部分切除术组因胃容量减少及胃肠出入道改变等导致食量减少、消瘦、贫血、倾倒综合征等;而行单纯修补术组则无上述表现。本组37例患者,3例并发幽门梗阻,行胃部分切除术,另外34例为单纯穿孔,行修补术。术后全组患者给予规范内科治疗,随访6~12个月无复发,未出现梗阻、大出血等并发症。目前国内学者基本达成共识,消化性溃疡发病与幽门螺杆菌感染、非甾体抗炎药有很大关系,去除这两个病因,消化性溃疡的内科治愈率将大大提高。近来,随着损伤性控制手术理念的提出及认识的不断加深,越来越多的医生已将抢救生命作为消化性溃疡穿孔治疗的首要目的,其次才是减少溃疡复发等问题。由此,使穿孔修补术这一快捷、简单、创伤小的手术在溃疡穿孔治疗中越来越受到外科医生的重视。笔者认为,可将修补术作为消化性溃疡穿孔的首选手术方式(并发大出血、幽门梗阻、癌变者除外)。当然,同样重要的是,穿孔患者出院后,后续的预防和巩固治疗是必须的。术后进行规范的抗溃疡及根除幽门螺杆菌治疗,能有效治愈溃疡,预防复发。这样才能防止再次穿孔、出血或其他并发症的产生。若再次穿孔,带给患者的痛苦是巨大的。

参考文献

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 427.
- [2] 贾宝庆, 李 荣. 急性上消化道穿孔的非手术治疗[J]. 医学综述, 2008, 14(16): 2534-2535.
- [3] 金江春. 消化性溃疡穿孔手术方式的选择体会[J]. 中国社区医师, 2010, 25: 43.
- [4] 李春来, 杨卫军, 黄志刚, 等. 消化性溃疡穿孔治疗方法的选择[J]. 腹部外科, 2009, 21(2): 104-105.

(收稿日期:2011-11-28)