

液样变性、脂肪样变性时在声像图上不易显示其特征性。但 B 超对子宫肌瘤变性的诊断仍有一定的临床指导意义。吴庆梅等<sup>[2]</sup>报道声像图结合彩色多普勒血流显像改变对诊断子宫肌瘤变性更准确、可靠。子宫肌瘤合并晚期妊娠易发生肌瘤变性,并且术前漏诊率很高<sup>[5]</sup>,可能孕前及孕早期未做妇科检查、B 超检查,当肌瘤随子宫增大改变位置时不易触及,前壁肌瘤与胎儿头部、肢体相混淆,肌瘤变软、变平而失去固有感觉时易漏诊。肌瘤软化,与周围正常组织界限不清时,B 超易漏诊。笔者建议,加强孕期保健检查中的 B 超检查的应用,提高产科检查及 B 超的诊断率。

2.4 治疗 子宫肌瘤变性多为良性病变,最常见的变性为玻璃样变,本文中 65 例肌瘤变性患者中,62 例为良性病变,3 例为交界性,但仍属良性病变范畴。本病的处理基本上同子宫肌瘤。对于子宫大于 2 个月妊娠子宫大小,子宫出血明显,有压迫症状或继发感染,短时间内生长迅速,或不能与卵巢肿瘤相鉴别时,宜采取手术治疗,不宜过久观察。妊娠合并子宫肌瘤多主张保守治疗,孕早、中期原则上不行肌

瘤切除术<sup>[6]</sup>。本组 12 例合并晚期妊娠,均在剖宫产同时行肌瘤剔除术。子宫交界性平滑肌瘤临床经过是一良性肿瘤的转归,临床医师从病史、体征及肿瘤外观上无法鉴别<sup>[7]</sup>,本文 3 例交界性肌瘤均依靠术后病理诊断,交界性平滑肌瘤预后良好,故处理原则可同普通肌瘤,但需长期随访,本文 3 例行全子宫切除术后随访 3~8 年,无复发。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 林巧雅. 妇科肿瘤学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 317~328.
- [2] 吴庆梅, 彭光贤, 周 莉. 子宫肌瘤变性声像图及其 CDFI 改变[J]. 临床超声医学杂志, 2001, 3(Suppl): 78~80.
- [3] 林新生. B 超诊断子宫肌瘤变性的临床价值[J]. 徐州医学院学报, 2000, 20(2): 168~169.
- [4] Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G, et al. Successful myomectomy during pregnancy[J]. Hum Reprod, 2003, 18(8): 1699~1702.
- [5] 闻 泽, 张莲华, 徐水利. 子宫肌瘤的超声图像诊断[J]. 中华物理医学杂志, 1983, 5(4): 196~197.
- [6] 陈伟英, 许幼峰, 曹 涌, 等. 32 例子宫肌瘤变性超声图像分析[J]. 现代实用医学杂志, 2004, 16(8): 474~478.
- [7] 石一复, 谢 章, 赵承洛, 等. 子宫交界性平滑肌瘤病理诊断及临床特征[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 29(3): 201.

· 临床医学 ·

[ 文章编号 ] 1000-2200(2005)04-0333-02

## 闭合性十二指肠损伤早期诊断及处理体会

李 飞, 黄天福, 张明芬

[ 摘要 ] 目的: 探讨闭合性十二指肠损伤的临床特点、诊断方法和治疗。方法: 回顾性总结经手术确诊的闭合性十二指肠损伤 13 例病例资料。结果: 十二指肠单纯性损伤 2 例, 合并伤 11 例, 术前无一例明确诊断, 痊愈 10 例, 病死 2 例。结论: 十二指肠损伤早期诊断比较困难, 并发症多, 病死率高。掌握十二指肠损伤的临床特点, 提高术中探查确诊率, 合理选择术式, 术后有效的胃、十二指肠减压引流及静脉高营养是提高疗效减少并发症的关键。

[ 关键词 ] 十二指肠疾病/外科手术; 创伤和损伤

[ 中国图书资料分类法分类号 ] R 656.6 [ 文献标识码 ] A

外伤性十二指肠损伤仅占腹部闭合性损伤的 3%~5%<sup>[1,2]</sup>, 因其位置深, 周围解剖关系复杂, 早期诊断和处理比较困难, 并发症多, 病死率高达 25%~36.4%<sup>[3]</sup>。现结合我院 1975~2003 年 13 例资料, 探讨闭合性十二指肠损伤的临床特点、诊治方法。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 11 例, 女 2 例; 年龄 7~55 岁。均有上腹部外伤史。其中矿井下挤压伤

5 例, 煤矸石砸伤 2 例, 高空坠落伤 1 例, 钢丝绳击伤 1 例, 爆炸伤 1 例; 车祸伤 3 例。10 例为复合伤, 6 例入院时伴休克。受伤距手术时间 4 h 内 11 例, 8 h 1 例, 17 h 1 例。合并肝破裂 3 例, 脾破裂 2 例, 肝、脾同时破裂 2 例, 胰腺挫裂伤 2 例, 胰腺断裂 1 例, 胃浆肌层撕裂 1 例, 胃破裂 1 例, 小肠破裂 2 例, 结肠破裂 2 例, 结肠中动脉断裂致结肠坏死 1 例, 肾破裂 1 例, 左桡骨骨折 1 例。4 例合并多发性肋骨骨折、血气胸, 10 例伴有后腹膜血肿。

1.2 损伤部位 十二指肠第 1 段 2 例, 第 2 段 4 例, 第 3 段 4 例, 第 4 段 2 例, 同时第 2、3 段两处损伤 1 例。其中浆肌层挫裂伤 1 例, 全层破裂周径小于 1/4 7 例, 达到 1/2 3 例, 大于 3/4 及全部断裂各 1 例, 两处同时破裂分别为 1/4、1/2 周径 1 例。

[ 收稿日期 ] 2005-03-08

[ 作者单位 ] 安徽省淮北矿业集团公司矿工总医院 普外科, 235000

[ 作者简介 ] 李 飞(1964—), 男, 安徽淮北人, 副主任医师。

1.3 手术方式 十二指肠单纯修补 4 例, 十二指肠修补加胃空肠吻合 2 例, 十二指肠断端闭合加胃窦部切除加胃空肠吻合 2 例, 十二指肠修补加胃造瘘、空肠造瘘 1 例, 十二指肠修补加空肠造瘘 1 例, 十二指肠端端吻合 1 例, 十二指肠第 4 段部分切除与空肠端端吻合 1 例, 十二指肠修补加胃窦部切除、胃空肠吻合加胆囊造瘘术 1 例。同时胃、十二指肠均放置有效的减压引流管及腹膜后引流。

1.4 结果 痊愈 10 例, 病死 2 例。

## 2 讨论

2.1 诊断 十二指肠损伤多为复合伤, 病情复杂且严重。术前诊断较为困难, 即使剖腹探查漏诊率也高达 25%~30%<sup>[4]</sup>。本组无一例术前确诊, 主要因为十二指肠位置较深, 大部位于腹膜后, 无特异性的症状和体征, 由于术中探查不细致或仅满足于某一器官的损伤而忽略了十二指肠损伤的存在。有时虽发现腹膜后血肿, 但未切开后腹膜进行探查。本组 1 例第 1 次剖腹探查仅诊断脾破裂、后腹膜血肿, 术后腹膜炎、高热, 第 9 天切口裂开、肠瘘, 二次探查时才发现十二指肠破裂, 终致患者病死。另 1 例合并肝破裂患者, 肝修补术后关腹时发现腹腔内仍有较多胆汁样渗液, 再探查时见十二指肠破裂。因此, 诊治时应注意: (1) 腹部外伤史, 尤以上腹部外伤史极为重要。腹痛初为上腹部, 十二指肠位置深, 大部分位于腹膜后, 破裂后初期体征多不明显, 以后逐渐加剧可有腹膜刺激征或伴有腰背部放射性疼痛及腰大肌内缘有压痛者。(2) 上腹部钝伤后症状和体征有加剧趋势, 并出现低血压和呕吐血性液体者。(3) 诊断性腹腔穿刺或腹腔灌洗有胆汁样液体者。(4) 术中见腹腔内有胆汁样渗液, 合并有脊柱损伤的腹膜后血肿, 特别是结肠肝曲、横结肠系膜根部后方, 十二指肠旁有胆汁样染色或局部有捻发音、肠系膜脂肪坏死等, 常提示有十二指肠损伤的可能, 应进一步探查。(5) 上腹部外伤致多器官损伤者不应忽略对十二指肠的检查, 以防漏诊。

2.2 术式选择 对十二指肠损伤的术式应根据损伤部位、损伤程度、复合伤、局部及全身状况而定。

2.2.1 十二指肠单纯修补缝合术 十二指肠单发性损伤, 在清创和去除坏死组织后, 约 70%~85% 仅需单纯缝合修补<sup>[1]</sup>。对于小的裂伤, 给予局部清创、横行缝合关闭裂口, 大网膜覆盖固定。本组 4 例采用局部修补缝合, 1 例术后出现吻合口瘘患者病死。可见手术操作虽简单, 但处理不当仍会发生严重后果。缝合时尽可能采用分层修补法, 这样解剖

清楚, 对合紧密, 并可避免全层缝合内翻过多引起的狭窄。

2.2.2 消化道重建术 十二指肠损伤裂口较大或完全断裂者, 可在清创修剪后, 在充分游离松弛下横行缝合或端端吻合。原则上适合十二指肠第二、三、四段损伤。本组 6 例采用此法, 其中 2 例加做胃空肠吻合术。2 例加做胃和(或)空肠造瘘术。对于壶腹部以上挫裂伤较重的十二指肠损伤, 可采用远端关闭、近端连同胃窦部切除、胃空肠吻合的手术方法。本组 2 例采用该手术方式。近壶腹部较大缺损的损伤避免局部勉强吻合而引起的吻合口狭窄或术后吻合口漏。可应用邻近带蒂的胃或空肠瓣作修补材料。严重的十二指肠第一段和第二段上部损伤和(或)胰腺复合伤需做十二指肠憩室化术<sup>[5]</sup>, 即破裂修补或切除吻合、胃窦部切除、胃空肠吻合加胆汁引流术。文献报道十二指肠损伤 29% 合并胰腺损伤<sup>[3]</sup>, 本组 23.1%, 病死率高达 35%, 应注意常规探查。无论采用何种手术术式, 损伤附近均应放置有效的腹腔或腹膜后冲洗引流, 有效的胃、十二指肠减压引流。

2.3 综合治疗 十二指肠损伤术后最严重的并发症是吻合口瘘、胰漏、脓毒血症等。早期、足量、有效的抗生素应用可使潜在感染的组织中达到一定的药物浓度而抑制细菌的生长与繁殖。早期完全胃肠外营养(TPN), 通过静脉途径供应所需的全部营养, 包括足够的能量、氨基酸、电解质及微量元素等, 对促进机体状态恢复, 预防和治疗吻合口瘘起很大作用。TPN 治疗可减少胃肠液的分泌, 使胰漏和肠瘘的漏出量明显减少, 瘘的自然闭合率明显升高。并能及时纠正水、电解质失衡, 保证补液管道的通畅和连续性。同样, 空肠造瘘也能及时为机体提供足够的营养, 维持水、电解质的平衡, 减少胰液和胆汁的分泌, 利于十二指肠的愈合。术后立即使用生长抑素和抑酸制剂, 抑制胃酸和胰酶的分泌, 减少胃液、胰液和胆汁的形成, 进一步减缓十二指肠腔压力, 使之处于“休息状态”, 对十二指肠损伤的治疗起着重要作用。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 陈如法, 刘 强. 十二指肠损伤的外科处理原则[J]. 实用外科杂志, 1993, 13(3): 134~136.
- [2] 孙洪山, 李 浩. 闭合性腹膜后十二指肠损伤 28 例诊治体会[J]. 实用外科杂志, 1993, 13(3): 150.
- [3] 黄天福. 腹膜后十二指肠破裂 5 例报告[J]. 煤矿医学, 1983, 5(2): 12.
- [4] 宋家琨, 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): 617~618.
- [5] 李海民, 窦科峰, 胡建军等. 十二指肠损伤的术式选择[J]. 中国实用外科杂志, 2002 22(11): 696~697.