

整脱水剂用量; 注意营养支持和电解质平衡; 情况稳定后及早进行康复治疗等, 是防止并发症的重要措施。本组以患者生存质量为着眼点, 选择了一组病情相对较轻的患者, 并施以微创高质量的手术, 术后加强护理和治疗, 结果显示 72.7% 病例得到良好恢复。2 例死亡病例均为高龄, 术前就有其他系统功能不全, 术后发生肺部感染合并多器官功能衰竭。

[参 考 文 献]

[1] 刘运生. 微创开颅术 [J]. 中华神经医学杂志, 2003, 2(2): 82-84
[2] 段国升, 朱 诚. 手术学全集神经外科卷 [M]. 北京: 人民军医

出版社, 1994: 30
[3] 杜建新. 脑出血外科手术治疗的进展 [J]. 中国脑血管病杂志, 2006, 3(4): 183-186
[4] 李 波, 王毅军, 杜 斌. 超早期小骨窗显微手术治疗高血压脑出血 [J]. 中国临床神经外科杂志, 2005, 10(6): 218-219
[5] 陈 淘, 金保山, 高文宏, 等. 显微手术治疗重症高血压脑出血 [J]. 中华微创神经外科杂志, 2005, 10(1): 44-45
[6] 王 辉, 廖正强, 王国福, 等. 小骨窗开颅高血压脑出血治疗及处理原则 [J]. 中华神经医学杂志, 2003, 2(2): 96-97
[7] Alexander E Jr Management of severe traumatic brain injury by decompressive craniectomy [J]. Neurosurgery, 2001, 48(3): 704

[文章编号] 1000-2200(2006)05-0531-01

。短篇报道。

改良 Child 法消化管重建治疗胆总管完整的胰十二指肠破裂 1 例

汪兆军, 王爱军, 杨凤河

[关键词] 破裂; 十二指肠 / 外科手术; 胰十二指肠; 消化管重建

[中国图书资料分类法分类号] R 641 R 656.64 [文献标识码] B

2005 年 12 月 28 日, 笔者将胰十二指肠切除术中 Child 法消化管重建的三个吻合口改良成两个, 运用于 1 例胆总管完整的胰十二指肠破裂患者的手术治疗, 疗效满意。现作报道。

1 临床资料

患者, 男, 24 岁, 车祸伤致腹痛 30 min 入院。体检: T 36.3℃, P 110 次 / 分, R 23 次 / 分, BP 90/70 mmHg。痛苦貌, 面色苍白, 四肢稍凉, 腹胀隆, 右上腹可见皮肤擦伤痕, 腹肌紧张, 全腹压痛及反跳痛 (+), 以右上腹明显, 移动性浊音 (+), 右下腹穿刺易抽出不凝血 2 ml, 腰椎触痛 (+)。CT 检查提示腹腔内积血, 第 2、3 腰椎棘突及横突骨折。拟诊“闭合性腹外伤, 内脏破裂, 腰椎骨折”。积极术前准备全麻下剖腹探查。术中见腹腔内积血约 1 600 ml, 十二指肠各部及胰头钩突多处挫裂伤并活动性出血, 胃窦部前壁浆膜层撕裂。行清创性胰十二指肠切除术, 改良 Child 法消化管重建, 右上腹放置双腔管引流。手术历时 5 h 10 min。术后输液、抗感染、静脉营养支持、对症处理, 第 4 天肠蠕动恢复, 第 8 天拔除胃管并发现切口感染, 第 9 天发现腹腔引流管引流出黄绿色液体 220 ml, 诊断为吻合口漏, 应用生长抑素、营养支持等处理后 8 天, 吻合口漏愈合。于 2006 年 2 月 5 日治愈出院。随访至今 (4 个月) 患者健康, 恢复正常生活, 肝功能正常, 胆道彩超示: 肝内外胆管不扩张, 胆总管呈“管中管”征。

手术方法: 全麻下经上腹部正中切口进腹, 将腹腔内积血食物残渣清理后, 首先止血, 方法有: 肠钳夹闭幽门、胰头断端、十二指肠及钩突等破裂处, 结扎出血的小血管, 电凝止血, 干纱布压迫渗血处。清创性切除胰腺失活组织 (部分胰头和钩突)、十二指肠、近端空肠 15 cm 及胃窦部。在切除十二指肠降部、清除胰头失活组织时, 发现胆总管远端开口间断性流出胆汁, 胆总管全程完整。取一脑室引流管剪去头

端, 使其头端开口, 经胆总管末端逆行插入作为内支架管放入胆总管内, 以细羊肠线缝合固定。因胆总管外膜与胰腺外膜连接完整, 保留其间的神经, 以保持胆总管、括约肌及其支配神经的完整性, 按消化管重建符合生理功能原则, 将胰头断端与胆总管远端 (内含支架管) 一同与空肠行一端捆绑式吻合, 捆绑结扎适度, 距该吻合口约 45 cm 行胃空肠侧吻合, 间断缝合关闭横结肠系膜开口, 完成改良的 Child 法消化管重建。

2 讨论

1999 年 7 月, 笔者曾对 1 例胰头及胆总管完整的钩突十二指肠破裂患儿行改良 Whipple 法消化管重建^[1], 获成功, 已随访 6 年 10 个月, 现健康、发育良好。

该例胰十二指肠多处粉碎性破裂, 出血量多, 笔者的手术原则和程序是快速止血, 清创性的切除粉碎和失活组织, 重建消化管, 放置通畅引流。而消化管重建需遵循以下原则^[2]: (1) 符合生理功能; (2) 防止吻合口漏; (3) 不发生上行感染。同时应强调保留正常的组织器官。该例胆总管尚完整, 吻合时无需也不应该将胆总管横断, 这样就可以将经典的 Child 法三口吻合改良成胰胆一肠、胃一肠两个吻合口, 既缩短手术时间, 又减少了手术再创伤。在胆总管内放置内支架引流符合生理, 避免外引流引起水电解质丢失, 并能预防胰胆一肠吻合可能引起的胆道狭窄。存在的问题: (1) 吻合口漏, 出现时间较晚, 在术后第 9 天, 引流通畅, 无发热、腹痛、腹胀等症状, 经积极治疗 8 天治愈。(2) 切口感染, 主要原因为胰十二指肠破裂污染切口, 手术时间较长, 历时 5 h 余, 经切口换药 28 天, II 丙愈合。(3) 固定胆总管内支架管的细羊肠线吸收后, 内支架管脱落, 是否会出现胆道狭窄, 需继续随访。

[参 考 文 献]

[1] 汪兆军. 改良 Whipple 法消化管重建救治钩突十二指肠破裂 [J]. 肝胆外科杂志, 2000, 8(4): 305.
[2] 沈 魁, 何三光主编. 实用普通外科手术学 [M]. 沈阳: 辽宁教育出版社, 1989: 623.

[收稿日期] 2006-05-17

[作者单位] 安徽省蒙城县第一人民医院 外科, 233500

[作者简介] 汪兆军 (1966-), 男, 副主任医师。