

腹腔CT检查在选择非手术治疗消化性溃疡穿孔中的应用

金崇田 杨永龙 郑米华 林成平

消化性溃疡穿孔是普外科急腹症,既往以手术为主,近年来随着医学的发展,病人及时就诊,溃疡穿孔非手术治愈率明显提高^[1],非手术治疗也得到越来越多的外科医师重视。而选择哪些病人进行非手术治疗,至今没有统一的标准。本次研究收集59名消化道溃疡穿孔患者,旨在为探讨腹部CT在采用非手术治疗消化性溃疡穿孔中的判断价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择临海市第二人民医院2015年1月至2017年5月收治的溃疡穿孔59例,入院均急诊行腹部CT检测腹腔积液,最终纳入42例进入研究,纳入标准:腹部CT检查腹腔积液量少或未见明显腹腔积液者;采取非手术治疗者。其中男性36例、女性6例;年龄28~85岁,平均(56.35±15.21)岁;穿孔时间1~9 h,平均(3.92±1.12) h。进餐后至穿孔时间1~8 h,小于3 h 7例。有上腹部疼痛病史者21例、有十二指肠溃疡穿孔非手术治愈病史1例;合并糖尿病2例、心脑血管疾病5例、中度营养不良1例。所有纳入患者临床症状均表现为中上腹或全腹部疼痛,无感染性休克表现,其中11例伴有恶心、呕吐,3例体温高于37.5℃,腹部压痛局限于上腹部及右下腹31例,全腹部压痛11例。39例腹部CT检查或X线平片见膈下游离气体。42例中,腹部CT检查显示腹腔少量积液(腹腔积液最大径<3 cm,范围≤2个象限)34例,无明显积液8例。血白细胞计数明显升高36例。

1.2 方法 入院后患者取半卧位,禁食,使用较粗的多侧孔硅胶胃管持续胃肠解压,随时检查确保

胃管通畅,每天引流量不小于200 ml。如引流量较少,随时调整胃管位置,直到肛门排气,肠鸣音恢复,腹膜炎体征减轻或消失为止。维持水、电解质及酸碱平衡,禁食大于3 d者加静脉营养支持。全身应用抗生素,控制感染,选用广谱或抗革兰阴性杆菌抗生素。常规应用质子泵抑制剂奥美拉唑抑制胃液分泌。对10例腹痛较重者肌注盐酸曲马多针缓解疼痛,稳定病人情绪。腹痛减轻后第2天予以中药大承气汤煎汁200 ml保留灌肠,每天2次,以促进肠道功能恢复及腹腔炎症的吸收消散。上述综合治疗过程中,必须严密观察生命体征及腹部症状、体征的变化,若治疗6~8 h后腹痛加剧,腹膜炎体征扩散,CT检查腹腔积液增多,即需中转手术治疗。若腹部症状、体征减轻,入院24~48 h后复查腹部CT,腹腔积液无明显增多,继续非手术治疗直至痊愈。非手术治愈后出院1~2周行早期胃镜检查,以明确溃疡性质,并及时行针对性治疗。

2 结果

42例中非手术治愈40例,治愈率为95.24%,其中有1例患者为二次溃疡穿孔。腹痛明显缓解时间1~12 h,平均(6.00±1.03) h;住院时间5~12 d,平均住院时间(7.60±1.52) d。1例合并中度营养不良的73岁高龄患者因腹痛不缓解、腹部体征加重,于入院8 h后中转手术治疗,术中发现穿孔直径>1.5 cm,大网膜萎缩,未能包裹穿孔部位,术后患者恢复良好;1例合并糖尿病、心脑血管疾病的85岁患者,治疗8 h后腹部症状、体征不缓解,复查CT显示腹腔积液中少量,家属拒绝手术,非手术治疗5 d症状无改善自动出院后死亡。本次研究患者发生右膈下积液伴发热1例,经穿刺引流后治愈,未发生腹腔脓肿及粘连性肠梗阻。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.02.028

基金项目:浙江省台州市科技计划资助项目(1401ky40)

作者单位:317016 浙江临海,临海市第二人民医院普外二科

3 讨论

消化性溃疡穿孔是基层医院普外科常见的急腹症,过去认为溃疡病穿孔应以手术治疗为主,非手术治疗仅适合小部分病人,即使非手术治疗成功,仍有2/3病人需手术治疗。在以往消化性溃疡穿孔的手术治疗过程中发现,有相当一部分病例穿孔处已与周围组织粘连、闭合,且70%穿孔直径小于0.5 cm^[2],易于自行闭合和粘连堵塞,说明溃疡穿孔有自愈可能。随着现代医学的发展,特别是对消化性溃疡发病机制的深入研究及幽门螺杆菌、胃酸分泌机制的明确化,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,消化性溃疡的内科治愈率达到90%^[3],这为急性溃疡穿孔非手术治疗提供了理论依据。许多外科医师对消化性溃疡穿孔非手术治疗亦持肯定的态度,甚至有研究指出消化性溃疡再穿孔也能用非手术方法治愈^[4],本次研究就有1例二次穿孔患者经非手术治疗后再次治愈。

消化性溃疡穿孔进行非手术治疗的标准尚无定论。一直以来,临床上多是选择一些轻症、腹部体征局限的病人进行非手术治疗^[5],非手术治疗比例较低。马进等^[6]研究指出按腹痛范围、是否空腹、腹穿情况、穿孔时间、年龄、膈下有无游离气体进行评分,根据评分高低决定是否手术治疗。然而评分系统较为复杂,临床上操作起来相对繁琐,不容易掌握,非手术率也仅为30.8%。也有采用宽适应症选择下的非手术治疗胃十二指肠溃疡穿孔的报道^[1],虽然非手术治愈率高达96.6%,但易并发腹腔积液、脓肿等并发症,需要穿刺引流或手术治疗,住院时间延长,在基层医院不易推广。目前认为急性溃疡穿孔实质是由于腹腔胃肠液漏出、积聚引起的一组病理生理改变综合征,如果腹腔积液量少,说明胃、十二指肠液漏出少,腹腔污染轻,炎症渗出少,非手术治疗易成功,反之腹腔积液多,非手术治疗不易成功,易出现腹腔积液、脓肿等并发症。本次研究在溃疡穿孔非手术治疗过程中除了考虑腹部症状、体征外,主要通过腹部CT检查提示腹腔积液多少对急性溃疡穿孔治疗提出指导。如果腹部

CT检查提示腹腔积液量少,采取非手术治疗;如果提示腹腔积液中大量,则采取手术治疗。本次研究42例患者通过临床实践证实,CT检查腹腔积液量少或无者,95.24%通过非手术治疗而治愈,手术中转率为2.38%,仅1例发生右膈下积液伴发热,经穿刺引流后治愈。因此,本次研究认为消化性溃疡穿孔CT检测无明显或仅少量腹腔积液者,行非手术治疗可取得较高的治愈率,其手术中转率及并发症是比较低的。本次研究有7例非空腹穿孔者治愈,只要不是饱食,胃肠减压通畅,24 h抽出胃液大于200 ml,也可采取非手术治疗。对于70岁以上老年患者往往合并心脑血管等其他疾病,本次研究通过非手术治疗治愈7例,1例因合并中度营养不良8 h后中转手术,经手术治疗后治愈;1例85岁因合并糖尿病、心脑血管病变,治疗8 h后病情进展,复查CT腹腔积液明显增多,家属拒绝手术,治疗5 d自动出院后死亡。因此,对70岁以上有合并症者,即使CT检查腹腔积液量少,非手术治疗仍需慎重对待,如密切观察8 h腹部症状、体征不缓解,需及时手术治疗。

总之,对消化性溃疡穿孔腹腔CT检测积液量少者,采取非手术治疗可获得良好疗效,其手术中转率及并发症较低,可以作为非手术治疗选择的主要依据。但对70岁以上有合并症者需要谨慎选择。

参考文献

- 1 陈钢,刘业星,庄哲宏. 宽适应症非手术治疗胃十二指肠溃疡穿孔[J]. 中华普通外科杂志,2016,31(10):828-830.
- 2 孙春亮,杜丽萍,李伟华. 急性上消化道穿孔的保守治疗[J]. 实用医药杂志,2005,22(11):984-985.
- 3 林庚金. 消化病新概念[M]. 上海:上海医科大学出版社,1997.29-45.
- 4 Gul YA, Shine MF, Lennon F. Non-operative management of perforated duodenal ulcer[J]. Ir J Med Sci, 1999, 168(4):254-256.
- 5 陈孝平,汪建平. 外科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013.355-356.
- 6 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.

(收稿日期 2017-09-14)

(本文编辑 蔡华波)