

超壁细胞迷走神经切断术治疗 十二指肠溃疡急性穿孔 78 例疗效观察

丁海波

(沭阳县人民医院, 沭阳, 223600)

我院 1984 年~1996 年采用穿孔修补加包括游离胃大弯体部的超壁细胞迷走神经切断术(WPCV), 治疗十二指肠球部溃疡急性穿孔 78 例, 疗效较满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 78 例中, 男 70 例, 女 8 例, 年龄 12~60 岁, 平均 43 岁。病程 3 个月~40 年。合并肝硬化者 6 例, 溃疡穿孔直径 0.2~1.2cm, 平均 0.5cm, 腹腔液体量 200~2000ml, 穿孔距手术时间 3~50h, 平均 7.5h, 均为首次穿孔, 住院时间 10~24 天, 平均 13 天, 均治愈出院。

手术方式采用穿孔缝合修补, 对穿孔大者以大网膜填塞或肝圆韧带、镰状韧带修补穿孔, 共 76 例, 溃疡疤痕切除 2 例, 同时行 WPCV 手术。

本组 78 例得到随访, 时间 1 月~12 年, 其中 5 年以上 43 例。术后发生吞咽困难 15 例, 后自行消失; 13 例进食后有上腹胀不适, 其中 11 例 2 周内症状自行消退, 2 例胃潴留、经胃肠减压等处理无效, 钡透提示为胃蠕动无力引起胃排空迟缓, 经口服吗叮啉后治愈出院。本组病例无死亡, 无腹腔及切口感染, 所有病例于术后 2 个月内恢复原来工作。全部病例在术后不同时间做了胃酸分泌试验, 其基础胃酸分泌量为 1.69mmol/h, 最大酸分泌为 11.29mmol/h, 高峰酸分泌量为 14.98mmol/h。全部病例随访期均做了 X 线钡餐检查、胃镜及 B 超检查。无倾倒综合征, 无胆汁返流, 胆道系统未见异常。原合并有肝硬化者 6 例。术后均情况良好, 经随访 2~8 年未发现出血者。粘连性肠梗阻 1 例, 经保守治疗解除。1 例于术后发生幽门梗阻, 为溃疡疤痕挛缩所致, 经行胃窦切除而愈。1 例术后 3 年出现溃疡复发, 经口服制酸剂而愈。临床效果按 Visick 分级, 效果极佳和好的(I、II 级) 68 例, 占 95.8% (68/71)。

2 讨论

多数学者认为高选择性迷走神经切断术, 术后溃疡复发及并发症的发生与壁细胞迷走神经切断不全有关。本组病例均取上腹正中切口, 剪断肝左三角韧带, 食道后穿带提起, 充分显露术野及食道周围, 并强调统一手术标准, 避免迷走神经切断的遗漏。小弯侧窦体交界处神经切除点的选择要准确、仔细辨认, 以“鸦爪”近端第一分枝为标志, 紧贴小弯分离, 保证小弯侧壁细胞的迷走神经完全切断, 避免损伤幽门神经。食道下端游离 5~7cm, 胃底游离达胃短动脉远端第一分枝并切断。切断胃底与食道、膈的联系, 保证不会遗漏“罪恶枝”^[1], 切断并不罕见的食管神经丛发出到胃底的迷走神经干^[2]及食管表面细小的神经纤维。Rosati 等解剖发现 51% 的迷走神经后干分枝经腹腔神经丛沿胃大弯侧支配胃体部^[3]。故我们对壁细胞迷走神经切断术(PCV)进行了改进, 作 PCV 同时在紧贴胃壁游离大弯侧体部约 10cm 处切断了神经支配。小弯侧浆肌层间断缝合, 防止瘘及神经再支配。本组病例经随访, 近、远期效果均良好。

目前治疗十二指肠溃疡穿孔术式有 3 类: ①穿孔修补加 H₂ 受体阻滞剂的应用。有报道溃疡复发率高达 79.31%, 术后约 1/3 需再次行确定性手术治疗; ②胃大部切除术。目前是我国特别是基层医院治疗十二指肠溃疡的主要术式。但因改变了正常的生理通道, 影响了人体的消化吸收功能, 且并发症发生率较高; ③全腹腔迷走神经切断及选择性迷走神经切断术。近年已较少开展。选择性迷走神经切断加胃窦切除, 仍有发生瘘、出血及胆汁返流的可能。多数报道 PCV 术后的溃疡复发率为 5%~10%, 我们在作 PCV 的同时游离胃大弯体部, 结果表明神经切断更加完全, 降酸

(下转 120 页)

新生儿先天性唇裂修补术 11 例麻醉体会

王安琪

(兴化市人民医院, 兴化, 225700)

作者近年来应用氯胺酮、安定、氟米松复合麻醉为 11 例新生儿先天性 I ~ II 度唇裂行修补术, 现将麻醉处理体会介绍如下。

1 临床资料

本组 11 例中, 男 9 例, 女 2 例。出生时间 3 ~ 21 天。I 度唇裂 6 例, II 度唇裂 5 例, 其中伴双侧唇裂 2 例。按 ASA 分期 I 级 9 例, II 级 2 例。本组病例均为择期手术。

术前常规禁食, 麻醉前 30min 肌注阿托品 0.02mg/kg, 入室后开放静脉、推注稀释后的安定 0.2~0.3mg/kg, 氟米松 0.1~0.2mg/kg, 等患儿入睡后, 取细硅胶管插入无裂口的鼻腔内 3cm 左右, 输氧 2L/min。静脉注入 1% 氯胺酮 2mg/kg 至疼痛反射消失、摆好手术位置, 最好有 1 人协助固定患儿头部。切皮前, 术者在患儿唇裂口下方或口腔内填塞小块纱布条, 第一助手将细导尿管接上吸引器, 术中的出血可经纱布渗透、漏下的口腔血液将不断吸除。术中一般 10~20min

追加氯胺酮首次剂量的 1/2。

术中如失血较多, 可见到小儿足底苍白, 立即静脉推注 20ml 706 代血浆, 一般术中麻醉平稳, SPO₂ 均波动在 97%~99%。手术时间 30min~90min, 术毕 5~10min 患儿各种反射恢复, 术后随访无麻醉并发症。

2 讨论

新生儿时期是先天性唇裂修补的最好时机, 由于患儿小, 术后的疤痕不明显, 愈合一般较理想。先天性唇裂修补术前必须要重视对新生儿进行全面体检, 防止合并其它先天性疾病。如选用新生儿气管插管易导致组织损伤, 发生气道和声门水肿, 而且插管后血液及分泌物仍有可能沿着导管流入下呼吸道, 因此选用上述麻醉方法较为合适。但对手术难度大、创面广、手术时间长的唇裂修补, 则麻醉的选择仍以全麻下插入气管导管为安全。

(收稿日期: 1996-12-11)

(上接 119 页)

效果更好更持久。WPCV 术还保留幽门的生理功能, 不改变胃肠的生理通道, 不影响碳酸氢盐、胰液及胆盐分泌, 不影响消化吸收功能, 是治疗十二指肠溃疡穿孔的较好的术式选择。

我们体会对十二指肠球部溃疡急性穿孔病人行 WPCV 可适当放宽手术适应症。对年龄 < 60 岁, 重要脏器功能尚好, 能耐受手术, 无休克, 穿孔 48h 内, 腹腔液体不超过 1500ml 者, 均可施行此术式。

WPCV 术后并发症发生率较低, 且都症状轻, 常见的并发症有出血, 脾损伤、吞咽困难、上腹胀、腹泻、胃排空迟缓、溃疡疤痕引起幽门梗阻等。术中出血多发生于门脉高压患者或术者操作不熟练、不仔细时, 如认真操作, 应可避免。本组 6 例并有门脉高压, 无 1 例出血。所以对合并有肝硬化门脉高压不应视为手术禁忌症, 术中注意不过分牵拉脾脏, 即可预防脾损伤的发生。吞咽困难、上腹胀及腹泻等都症状轻、可自行消

退。胃排空迟缓可能为胃窦部“鸦爪”神经受损引起胃蠕动无力所致。本组 2 例均为开展此术的早期病例, 当时技术不熟练, 以后于术中仔细辨认神经分枝, 保留“鸦爪”完整, 当可预防, 万一发生, 可在持续胃肠减压, 并维持水、电解质平衡及营养情况下予以大剂量吗叮啉 (20~60mg 每 6h 1 次) 研末胃管注入, 本组 2 例均于用药后 1 周内治愈。对术中发现溃疡较大, 术后有梗阻可能者, 可同时行溃疡疤痕切除, 取纵切横缝, 以预防术后幽门梗阻。本组 2 例因疤痕较大作了切除, 术后分别随访 5 年及 7 年未见梗阻。

参考文献

- 1 陈国熙, 等. 腹部外科的形态学基础. 福建科学技术出版社, 1982; 91
- 2 曾宪九, 等译. 克氏外科学. 上册. 北京: 人民卫生出版社, 1983; 1064
- 3 Rosati, et al. Extended proximal selective vagotomy for duodenal ulcer. *Abd Surg*, 1976; 18: 79

(收稿日期: 1996-10-11)