

59例窒息死亡中44例未行气管切开,4例切开过迟;杜友红^[6]1997年报告45例中,37例未行气管切开,死亡6例,8例行气管切开均治愈;嵇友菊^[3]1998年报告6例重型破伤风均抢救成功。本文6例均获治愈,说明气管切开在救治重型破伤风病人中起到不可低估的作用。

降低破伤风死亡率的关键不是TAT的用量及用法问题,最重要的是及时解除痉挛,防止窒息。气管切开即能预防喉痉挛引起的窒息,也能改善肺部通气功能,有利于气道分泌物的清除和控制肺部感染,因此是救治的重要措施。我们认为具有下列情况之一者应行气管切开:①重型病例,抽搐频繁,解痉药疗效不佳;②潜伏期短,抽搐发生早而频繁;③有窒息性抽搐发作或有紫绀发生;④因全身痉挛以致呼吸运动受限或因缺氧、中毒引起中枢性呼吸衰、需进行辅助性加压人工呼吸者;⑤呼吸道分泌物多,清除困难者;⑥老年患者且既往有老慢支及肺部疾患患者。

由于气管切开术本身就是一种刺激,手术时往往诱发喉痉挛,严重时出现窒息,给气管切开带来很大危险。避免的方法是:①手术前后加用大剂量地西洋,使病人达到地西洋标准化^[7],从而使抽搐间隔时间延长,持续时间缩短,保持呼吸道通畅,解除缺氧;②术前作好充分准备,手术时要求有丰富经验的医生参加,手术熟练,尽快切开气管;③采用肌松剂^[3]控制下的稳妥切开法。

当毒素影响到运动神经时病人出现骨骼肌的抽搐,其中喉肌痉挛使病人出现窒息;当毒素影响到自

主神经时,病人则出现呼吸道的分泌物增多、呼吸节律紊乱、心率加快、血压不稳、全身大汗等症状。这些表现如不及时处理,很易造成呼衰和肺部感染,因此,气管切开应在患者出现呼吸并发症之前进行,这样可以:①避免多次窒息带来的严重影响;②改善通气,降低呼吸衰竭的发生;③能有效地给氧,并可以气管内给抗生素。如果气管切开过迟,势必使患者全身情况恶化,出现肺部感染和呼衰的机会增多,尽管此时气管切开可挽救部分病人,但由于较多病人气管切开前已出现很多严重并发症,因此影响手术效果。所以,为降低破伤风病人的病死率,我们主张对重型破伤风病人应早期作气管切开。

参考文献:

[1] Salim A. Treatment of tetanus: an open study to compare the efficacy of procaine penicillin and metronidazole[J]. Br Med J, 1985, 291: 648-649.
 [2] 裘法祖,孟承伟主编.外科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1987.153-155.
 [3] 嵇友菊.肌松剂用于破伤风行气管切开的护理[J].中华护理杂志,1998,33(2):83-84.
 [4] 耿贯一主编.流行病学(下册)[M].北京:人民卫生出版社,1980.254-265.
 [5] 叶舜宾,吴长江,李仁书.破伤风治疗的若干问题[J].实用外科学杂志,1985,5(2):89-90.
 [6] 杜友红.气管切开术在抢救破伤风病人中的作用[J].中国现代医学杂志,1997,7(2):53-53.
 [7] 王振鸿,吴连元.安定治疗伤破伤风31例临床观察[J].中华外科杂志,1984,22(10):619-620.

收稿日期:1999-11-08 修回日期:1999-12-21

本文编辑:孙立杰

高选择性迷走神经切断术加大网膜成形术治疗十二指肠溃疡穿孔*

梁 君,郑 昊

(徐州市第六人民医院外科,江苏 徐州 221006)

摘要:目的 探讨高选择性迷走神经切断术加大网膜成形术治疗十二指肠溃疡穿孔的效果。方法 采用高选择性迷走神经切断术加大网膜成形术治疗急性十二指肠溃疡穿孔12例,术后全部随访并做胃镜检查。结果 12例术后均治愈,随访0.5~4.0 a,无一例复发。结论 高选择性迷走神经切断术加大网膜成形术是治疗十二指肠溃疡穿孔的有效方法。

关键词:选择性迷走神经切断术;大网膜成形术;十二指肠溃疡

中图分类号:R656.6⁺2 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-2065(2000)01-0056-02

高选择性迷走神经切断术(HSV)既能消除胃酸和胃蛋白酶的分泌,又保留了幽门窦部的功能及胃

肠道的生理功能,是目前治疗十二指肠溃疡的较理想手术。在此基础上加大网膜成形术(GEP)则可收

到更好的效果。我院 1993~1996 年采用 HSV+GEP 治疗十二指肠溃疡穿孔,临床效果满意,现总结报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 12 例,均为十二指肠溃疡穿孔患者。男性 11 例,女性 1 例;年龄 19~48 岁;发病至就诊时间 6~29 h;除 1 例伴发胆囊结石外,余均为单纯十二指肠溃疡并发穿孔。本组病例全部采用 HSV+GEP 手术,其中 1 例合并胆囊结石者同时行胆囊切除术。

1.2 手术方法 手术分 3 部分,首先修补穿孔。其次常规施行 HSV,从距幽门 6~7 cm 鸦爪的第一分支开始,紧贴胃小弯向上分离 Latarjet 前神经,直至 His 角,贲门、食管下段要分离 5 cm 以上;同样方法分离 Latarjet 后神经。最后行大网膜成形术:在左、右网膜动脉交界处的无血管区,从胃至结肠纵向分离大网膜,沿结肠向左直至脾门右侧再向上,将左侧大网膜做成舌形,并从胃后方拉到小弯侧,同小弯前侧创缘间断缝合,将所分离的从鸦爪支至 His 角所有创面平整覆盖。全部病例均不作胃引流术。

2 结果

1 例术后进食有噎阻感,持续约 4 周缓解,考虑可能与食管下段剥离较多有关。10 例在术后 4~6 周施行胃镜检查,其中 8 例溃疡已经愈合;2 例基本愈合。因无症状,余 2 例患者拒绝胃镜复查。本组 12 例随访 0.5~4.0 a,无一例复发。

3 讨论

HSV 是一种符合人体生理特点的治疗十二指肠溃疡的理想手术。但其最致命的弱点是术后溃疡复发率高,有人报告随访 5 a 以上者平均溃疡复发率可达 12.7%^[1]。导致溃疡复发的原因主要有:①神经切断不完全;②神经的再生;③迷走神经分布的解剖变异和组织学变异。据 Petropoulos^[2]报道,迷走神

经分支从保留的鸦爪支可延伸到壁细胞区。也有作者提出^[3],约有 1/4 人群的胃体和胃窦组织学上的分界低于鸦爪支。因此,即使完全切断了迷走神经胃支,由于部分壁细胞群在神经保留区内,也会部分保存胃酸分泌的神经相。

为了保证切断完全,本手术强调在分离 Latarjet 神经时,要从鸦爪第一分支开始,如果辨认不清,则从幽门前 6~7 cm 处开始,紧贴胃壁向上分离。Latarjet 神经一般距离胃小弯 0.5~1.0 cm^[3],贴胃壁分离一般不会损伤该神经。不必担心部分鸦爪支的损伤或切断对胃排空功能的影响。本组 12 例按此方式手术,无一例发生胃潴留。对于有一些鸦爪支或肝支的分支通过胃窦向上分布到胃体等处泌酸区的病例,可以在鸦爪左侧第一分支的左侧 1 cm 通过小的浆肌层切口将其离断。此外,在进行胃底贲门迷走神经切断时,要注意所谓的“罪恶支”(criminal branch)的切除,而食管下段一般要分离 5 cm 以上,以彻底切断迷走神经的分支。在分离此处时,对麻醉的要求较高,要有良好的肌肉松弛效果,否则手术很难彻底,容易造成术后溃疡复发。

GEP 一方面可以防止肝胃粘连,另一方面还可以隔离切开的迷走神经两断端,以防其再生^[4]。在游离网膜时,要注意不要损伤其血管弓,不要损伤结肠及结肠系膜。HSV 和 GEP 可以交叉进行,例如,先游离左侧大网膜,有利于 HSV 时的暴露和解剖。

参考文献:

- [1] 陈道达. 试论我国溃疡病外科治疗的几个问题[J]. 新医学, 1997, 28(12): 629.
- [2] Petropoulos PC. Early results of simplified proximal high-selective transgastric vagotomy without drainage[J]. SGO, 1980, 150(2): 219.
- [3] 吴树强. 胃迷走神经切断术[A]. 见:石美鑫,熊汝成,李鸿儒,等主编. 实用外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1992. 590.
- [4] Gallone L, Peri G, Galliera M. Proximal gastric vagotomy with gastropiploplasty[J]. SGO, 1982, 154(6): 883.

收稿日期:1999-05-25 修回日期:1999-10-19

本文编辑:孙立杰