

胃十二指肠溃疡穿孔术后并发症 和病死率相关因素分析

浙江医科大学附属第一医院外科 楼人望

摘要 作者对 231 例胃十二指肠溃疡穿孔术后并发症和病死率提出 11 项相关因素,经统计学处理后表明,年龄 >70 岁、有其他内科疾病、穿孔时间 >24 小时、术前收缩压 $>12\text{kPa}$ 和腹腔严重污染是术后并发症和病死率的高危因素;酸中毒、术前 $[\text{K}^+]<3.0\text{mmol/L}$,腹腔灌洗不清洁也与并发症和病死率密切相关,而穿孔部位、术式和术后是否使用 H_2 受体阻滞剂则与并发症和病死率无明显关系。

关键词 消化性溃疡穿孔/并发症;消化性溃疡穿孔/死亡率

胃十二指肠溃疡穿孔多需急诊手术,术后并发症和病死率较高,国外报告分别为 $23\%\sim 25\%$ 和 $10\%\sim 24\%$ ^[1,2],本院 1970 年 1 月~1991 年 6 月共收治 231 例,分别为 29.00% 和 7.35% 。为降低并发症和病死率,明确与其相关的因素是必要的。

1 资料 and 结果

本院 1970 年 1 月~1991 年 6 月共收治胃十二指肠溃疡穿孔 231 例(其中 1980 年后 84 例,仅占 36.40%),男性 172 例,女性 59 例。年龄 $18\sim 82$ 岁,平均 38.7 岁。发病到入院间期 $3\text{小时}\sim 8\text{天}$,平均 10.8 ± 7.4 小时。231 例中 85 例无溃疡病史。术后 67 例出现并发症:其中创口感染 18 例,腹腔脓肿 4 例,上消化道出血 6 例,肺部感染 14 例,再穿孔 2 例,败血症 8 例,中毒性休克 5 例,呼吸衰竭 6 例,心、肾、肝及多器官功能衰竭各 1 例。死亡 17 例。

作者选择了 11 项因素(附表),探究各因素与并发症和病死率的关系。

从附表可见,影响溃疡穿孔术后产生并发症和病死率的高危因素有:年龄 >70 岁、有其他内科疾病、穿孔时间 >24 小时、术前

休克和腹腔严重污染、术前酸中毒、 $[\text{K}^+]<3.0\text{mmol/L}$,腹腔灌洗不清洁与并发症和病死率也密切相关。

2 讨论

本组资料表明,患者年龄 >70 岁、有其他内科疾病、穿孔时间 >24 小时、术前有休克和腹腔污染严重是胃十二指肠穿孔术后并发症和病死率的高危因素,与国外分析资料一致^[2,3]。为降低并发症和病死率,首先应尽早确诊,对怀疑有穿孔者应长时间听诊和反复叩诊,如肠鸣音消失和肝浊音界缩小有助于诊断。同时反复穿刺并辅以 X 线腹腔透视以明确诊断。一旦确诊应立即手术,手术力求简单有效(如修补加迷走神经切除术)。术中,术后严密监护心肺功能,给予全身支持疗法和足量抗生素。存在其他内科疾病者中,糖尿病和慢性支气管炎危险性最大。糖尿病患者由于高血糖使白细胞趋化、调理和吞噬能力受损,免疫功能降低,如血糖高于 11.2mmol/L 还可影响创口愈合^[2],故并发症(51.85%)和病死率(22.22%)明显增高。因此对 40 岁以上病人常规测定血糖是必要的,如确定有糖尿病则应严密监测并控制血糖在 7.9mmol/

L^[2]以下。慢性气管炎多为老年患者,胃肠道手术插胃管会增加气管炎和肺炎的发生机会,使并发症(41.86%)和病死率(11.63%)增加,因此,该类病人术后应尽早施行雾化吸入,鼓励咳痰和使用大剂量抗生素。穿孔时间越长胃十二指肠内容物溢出越多(如为饱餐和大口径穿孔则更甚),引起腹腔严重污染。

本组病例中,穿孔时间>24小时,腹腔污染严重和术前有休克者与对照组比较,其并发症和病死率均有明显差异(见附表)。因此,对这类病人尤其是老年病人应提高警惕,确诊后即置胃管抽尽胃内容物,同时补足血容量,维持酸碱平衡,给予足量抗生素以预防和纠正休克。

附表 231例溃疡穿孔术后并发症、病死率的相关因素分析*

因素	例数	并发症(67例)		P	死亡(17例)		P
		例	%		例	%	
年龄 >70岁	63	36	57.14	<0.01	8	12.70	<0.05
<70岁	168	31	18.45		9	5.36	
其他内科疾病(有)	87	37	42.53	<0.01	12	13.79	<0.01
(无)	144	30	20.83		5	3.47	
穿孔时间 >24小时	128	44	34.38	<0.01	13	10.15	<0.05
<24小时	103	23	22.33		4	3.88	
术前收缩压 >12kPa	97	39	40.21	<0.01	14	14.43	<0.01
<12kPa	134	28	20.89		3	2.24	
酸中毒(有)	101 (48例未测)	29	28.71	>0.05	9	8.91	<0.05
(无)	82	14	17.07		1	1.22	
术前[K ⁺] <3.0mmol/L	93 (49例未测)	37	39.80	<0.01	8	8.60	>0.05
>3.0mmol/L	89	15	16.85		3	3.40	
皮肤污染(严重)	97	38	39.18	<0.01	11	11.34	<0.05
(轻度)	134	29	21.60		6	4.50	
腹腔灌洗(清洁)	39	7	17.95	<0.05	2	5.13	<0.05
(不清洁)	192	60	31.25		15	7.81	
穿孔部位(十二指肠)	151	45	29.80	>0.05	10	6.62	>0.05
(胃)	80	22	27.50		7	8.75	
术式 胃大部切除	105	30	28.60	>0.05	7	6.67	>0.05
修补术(其中速切8例)	126	37	29.40		10	7.94	
术后H ₂ 受体阻滞剂(使用)	72	18	25.00	>0.05	4	5.56	>0.05
(未使用)	159	49	30.80		13	8.20	

* 某些患者出现多种并发症,表中以主要并发症计算;

腹腔污染严重者指:渗液>1000ml,腹腔内有食物残渣,渗出液涂片脓球>+++ ,白细胞>+++者;

腹腔灌洗清洁系指:灌洗液纯清者

[K⁺]和术中灌洗清洁度与并发症和病死率也密切相关。[K⁻]降低是体液丧失、感染和酸碱失衡的结果,[K⁻]降低可影响细胞代谢和活力,直接影响预后。本组中[K⁺] <3.0mmol/L者并发症和病死率(分别为39.8%和8.60%)均高于[K⁺] >3.0mmol/L者(16.85%和3.40%),也证明了这一点。因此术前、术中和术后监测[K⁺],及时补钾,是必要的。灌洗清洁度是一项人为因素,灌洗越彻底并发症和病死率越低^[4]。作者观察了12

例灌洗清洁者,无1例并发腹腔脓肿。

穿孔部位和术式及是否使用H₂受体阻滞剂虽对并发症和病死率影响不大,但Bodner认为^[2],迷走神经切除加穿孔修补引流术是一种值得推荐的术式。此术式化时少,损伤小,既解决了溃疡穿孔又预防了复发,对于年老及情况差的病人尤为适用。H₂受体阻滞剂的广泛应用提高了胃十二指肠溃疡的治愈率,其并发症也大为减少。本组中1980年后穿孔发生率仅为全组的(下转第181页)

1.7 治疗及转归 均予内科对症治疗,重点为减轻脑水肿,降低颅内压,注意水电解质平衡,并给予支持疗法。有3例死亡,5例严重智能障碍,1例继发癫痫。

2 讨论

有资料表明RS的发病率在18岁以下为1~3.7/10万,在各年龄组中0~4岁占58%,多见于1~3岁的婴幼儿^[1]。本组病人均在5岁以下,2岁以内占81%,与文献报告相符。

本组病例具有以下特点:①明显的上呼吸道感染及腹泻等前驱症状;②急性脑病症状及脑水肿的表现,脑脊液正常;③血清转氨酶升高,符合RS的诊断^[1-4]。

本组病人的脑病症状突出,表现为抽搐、昏迷,而未出现文献中强调的频繁呕吐^[1,2,4],这与温州医学院王哲雄等报道相似^[3]。

近年来有许多资料表明RS是一种线粒体病,特别是肝细胞的线粒体严重损害,可引起早期的GPT、GOT升高^[1,4]。美国疾病控制中心(CDC)曾以单一的血清转氨酶升高作为诊断RS的实验室依据^[3],且已明确肯定转氨酶的升高仅表现在RS的早期^[2,4],当神经系统症状出现后迅速升高,并持续到神经功能恢复后数天,病情好转后很快恢复正常^[1]。更有资料认为48~72小时后即可恢复到正常^[3]。我们观察到1例起病时GPT为240单位,2天后复查已降至25.52单位。因此,为了防止RS的漏、误诊,强调在该病起病后2~3天内测定转氨酶是十分必要的。

RS还可引起肾脏、心脏、胰腺及胸腺的脂肪变性^[2,4]。本组20例住院病人尿常规检

查18例有异常,主要表现为蛋白尿及血尿,仅1例有明显的肾功能改变,这与文献报道的约半数病例尿素氮及肌酐有轻度到中度升高有所不同^[2]。

本组尸检1例为4个月的女婴,因发热,轻微腹泻2天来院就诊,就诊过程中突然病情恶化,出现呼吸急促、不整,白色发绀,经抢救无效死亡,从就诊到死亡仅十几分钟。疑为婴儿猝死综合征送尸检,检查结果发现明显脑水肿及重度脂肪肝,确诊为RS。该病例说明RS有部分病人起病急骤,病情进展迅速,如抢救不及时即可造成死亡。特别是婴儿患RS时,常以呼吸急促、阵发性呼吸困难、前囟饱满、抽搐、低血糖等为突出表现^[2],力争早期诊断,及时抢救以降低死亡率。另2例均死于脑疝及呼吸衰竭。该病的预后与入院时的病情程度、进展速度及治疗早晚有关。如脑水肿持续时间过长即可造成脑细胞坏死,进而引起各种严重后遗症。因而治疗上要以颅内高压及呼吸衰竭为重点,并注意避免使用水杨酸及酚噻嗪类药物。

对个别诊断有困难者,可做肝脏活检,但该方法有内出血的危险,因而有人建议做肌肉活检,此方法安全、诊断快速^[2]。

RS目前尚无特殊的治疗方法,但近年来由于儿科医生对该病的认识不断提高,经早期诊断及强调治疗后,死亡率已有了明显的下降。RS的病因还有待于进一步探讨。

参 考 文 献

1. 徐志成. 国外医学儿科分册,1989;1(3):119
2. 郭迪,等. 儿科基础与临床. 第1版,上海:上海科学技术出版社,1988:881
3. 王哲雄,等. 浙江医学,1984;6(3):1
4. 诸福棠,等. 实用儿科学(下册),北京:人民卫生出版社,第4版,1985:741~743
(1994年1月4日收稿,1994年3月21日修回)

(上接第176页)36.40%,也证明这一点。同时临床上还发现溃疡穿孔术后使用该药可减少复发和消化道出血^[4]。因此,作者认为术后常规使用H₂受体阻滞剂是必要的。

参 考 文 献

1. Christiansen A, et al. Anm Surg, 1988; 207(1): 4
2. Bodntr B, et al. SGO, 1990; 171(4): 315
3. Boey J, et al. Anm Surg, 1982; 195(3): 265
4. Mcontec G, et al. SGO, 1988; 167(1): 53
(1993年9月6日收稿,1994年2月17日修回)