

并多系统功能衰竭,病死显著增高。慢性肺心病合并多系统衰竭 39 例中,病死率高达 43.6%,4 个以上器官衰竭病死率高达 100%。

肺心病的主要死亡原因是顽固性心力衰竭。与 2001 年统计资料相比,肺性脑病发生率显著降低,以轻型肺脑为主,中、重型肺脑明显减少,这是因为随着医疗条件的不断改善,患者对疾病的认识提高,及早就医,且广谱高效抗生素的合理应用,降低了肺脑的发生率。而上消化道出血、肾衰竭、肝衰竭、电解质紊乱、DIC 也是导致肺心病死亡的重要原因。

3.3 防治措施 慢性肺心病合并多脏器功能衰竭是肺心

病死亡的主要原因,因此降低死亡率关键在于预防多脏器衰竭的发生,保护器官的功能。具体措施:①加强监测重要器官的功能变化,早期识别多脏器衰竭;定期观察血压、心电图、血气分析、电解质、凝血机制;②积极控制感染,早期合理选用抗生素;③及时纠正缺氧和 CO<sub>2</sub> 潴留,改善循环,做好循环和呼吸管理;④纠正失衡和电解质紊乱;⑤重视防治应激性溃疡可酌情给予西咪替丁、奥美拉唑等制酸剂;⑥加强营养支持疗法,除保证足够热量外,还应注意补充蛋白质、维生素和电解质等。

## 十二指肠憩室穿孔诊治体会

陈国华

**【摘要】** 目的 提高十二指肠憩室穿孔的外科治疗水平。方法 回顾性总结收治的十二指肠憩室穿孔 5 例临床经验。结果 十二指肠穿孔行单纯修补加外引流 2 例,修补加十二指肠造口加外引流 2 例,行十二指肠憩室化手术 1 例,5 例均痊愈。结论 十二指肠穿孔损伤的早期诊断和及时手术处理非常重要,十二指肠修补加外引流和十二指肠憩室化手术是较实用的手术。十二指肠憩室的并发症极少发生,但可以较严重,最常见的并发症是憩室炎伴穿孔,因为憩室通常位于腹膜后腔,所以症状的发展常呈隐匿性,会贻误诊断。

**【关键词】**

十二指肠憩室穿孔能否及时发现和得到及时正确的处理是每一位医生面临的巨大挑战之一。我院从 2000 年至 2005 年间共收治此类患者 5 例,现报告如下。

### 1 临床资料

本组均为男性,年龄 42~67 岁,平均 54 岁。病史从 10 h~3 d,穿孔部位:十二指肠降部穿孔 4 例;水平部 1 例。诊断情况:本组 5 例均为术前疑为消化道穿孔诊断,其中 2 例仅为上腹部局限性腹膜炎,5 例肺肝界均存在,术前 X 线拍片均无膈下游离气体。手术方式及效果:根据术中所见十二指肠憩室穿孔的部位及程度选择相应的手术方式。本组对 2 例破口小、发病 12 h 内的患者行单纯修补加双腔管外引流术,同时将胃管插入到十二指肠缝合处;2 例破口虽小,但病程长,破口周围炎性反应较重的患者行修补后加十二指肠造口术;水平部 1 例行十二指肠憩室化手术。本组患者均痊愈。

### 2 讨论

2.1 十二指肠憩室穿孔的误漏诊原因分析及诊断 十二指肠憩室在绝大多数病例中无症状<sup>[1]</sup>,是在因非相关疾病而行上消化道的放射学或内镜检查时被意外发现。约 10% 十二指肠憩室病例有症状(因肠腔扩张和感染而致出血、疼痛和恶心),在急腹症的鉴别诊断中应考虑到此疾病。十二指肠憩室的并发症极少发生,但可以较严重,最常见的并发症是憩室炎伴穿孔,因为憩室通常位于腹膜后腔,所以症状的

发展常呈隐匿性,会贻误诊断。本组 5 例术前均未明确诊断,我们分析本病的误漏诊原因可能与本病临床表现多不典型且少见有关。为避免误漏诊,做到早期明确诊断,及时正确处理,我们体会如下:上腹部剧烈疼痛伴腰背部疼痛要想到十二指肠憩室穿孔的可能。早期症状不明显的患者,会逐渐出现腹膜刺激征。故反复检查腹部体征并前后对比有重要意义,另外腹穿和腹部 X 线检查亦对本病诊断有意义。CT 检查可见腹膜后十二指肠周围积液、积气。在手术中探查发现位于横结肠系膜右侧或小肠系膜根部有胆汁染色和捻发感时,则提示十二指肠穿孔存在。

2.2 治疗 术式选择:应根据十二指肠憩室穿孔的部位、大小、发病后距手术时间的长短、腹腔污染情况决定。对伤口小,边缘血运好,时间较短的患者,行单纯修补加外引流时将胃管插入至十二指肠修补处即可;破口虽小,但病程长,破口周围污染较重者,行修补加十二指肠造口术;对十二指肠破口大,十二指肠壁有缺损不能直接缝合者,可行带蒂肠片修补术;对十二指肠二、三段憩室穿孔应考虑行十二指肠憩室化手术<sup>[2]</sup>。要求我们做到早期诊断和选择快速有效的手术。术后禁食,应用抗生素防止感染和早期应用静脉营养物质,以保证十二指肠穿孔处愈合。

### 参 考 文 献

- 1 吴阶平,裘法祖. 黄家驹外科学. 人民卫生出版社,1999:827.
- 2 田雨霖. 胰腺外科手术学. 沈阳出版社,1995:87.