

周围神经炎、肌肉关节痛及恶心呕吐不良反应发生人数无差异,但 B 组空腹血糖升高的失眠症的发生例数较少,可能是较好的用药方案。

参考文献

- 1 高昌勇. 广谱抗癌药物紫杉醇概述[J]. 生物学教学,2010,35(9):53-54.
- 2 Zanotti KM,Markman M. Prevention and management of antineoplastic induced hypersensitivity reactions[J]. Drug Saf,2001,24(10):767-779.
- 3 Parikh B, Khanolkar S, Advani SH, et al. Safety profile of single dose dexamethasone premedication for paclitaxel[J]. J Clin Oncol, 1996,14(7):2189-2190.
- 4 候欣美. 紫杉醇治疗卵巢癌发生过敏反应的研究进展[J]. 中国当代护理杂志,2011,17(31):3843-3844.
- 5 张淑玲,李俊玲,刘洁. 应用紫杉醇化疗时过敏反应的预防及护理[J]. 中国医药科学,2014,4(16):152-154.
- 6 崔允霞. 大剂量地塞米松联合利妥昔单抗治疗对原发性血小板减少症患者 CD4⁺CD25⁺Treg 细胞的影响[J]. 中国临床新医学,2015,8(12):1160-1162.
- 7 朴瑛,唐玲,谢晓冬. 乳腺癌辅助化疗期间应用地塞米松对患者远期生活质量及心理的影响[J]. 临床误诊误治,2016,29(4):87-89.

- 8 Hou WJ, Guan JH, Dong Q, et al. Dexamethasone inhibits the effect of paclitaxel on human ovarian carcinoma xenografts in nude mice[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci,2013,17(21):2902-2908.
- 9 马守东,胡万宁,孙国贵,等. 紫杉醇化疗应用小剂量地塞米松预处理的临床观察[J]. 临床肿瘤学杂志,2014,19(5):443-445.
- 10 马守东,肖建波,李海丽,等. 调整紫杉醇化疗预处理方案的临床观察[J]. 基础医学与临床,2014,34(2):226-228.
- 11 胡佳. 47 例紫杉醇注射液过敏反应文献分析[J]. 中国药业,2012,21(6):53-54.
- 12 吴敏毓,刘恭植. 医学免疫学[M]. 合肥:中国科学技术大学出版社,2002:136-139.
- 13 Yanaranop M, Chaithongwongwatthana S. Intravenous versus oral dexamethasone for prophylaxis of paclitaxel-associated hypersensitivity reaction in patients with primary ovarian, fallopian tube and peritoneal cancer: A double-blind randomized controlled trial[J]. Asia Pac J Clin Oncol,2016,12(3):289-299.
- 14 Berger MJ, Dunlea LJ, Rettig AE, et al. Feasibility of stopping paclitaxel premedication after two doses in patients not experiencing a previous infusion hypersensitivity reaction[J]. Support Care Cancer,2012,20(9):1991-1997.

[收稿日期 2017-03-03][本文编辑 刘京虹]

博硕论坛·论著

胃大部分切除联合十二指肠空肠吻合术治疗巨大十二指肠雍积症的效果观察

李辉, 李运福, 朱锐昌

作者单位: 523520 广东,东莞市桥头医院普通外科

作者简介: 李辉(1973-),男,医学硕士,副主任医师,研究方向:腹部肿瘤的诊治。E-mail:lihui1290@126.com

【摘要】目的 观察胃大部分切除联合十二指肠空肠吻合术治疗巨大十二指肠雍积症的效果。**方法** 回顾性分析该院 2000-01~2015-12 胃大部分切除联合十二指肠空肠吻合术治疗巨大十二指肠雍积症 33 例的临床资料。**结果** 33 例全部采用胃大部分切除联合十二指肠空肠吻合术治疗。手术时间为(150±28)min,出血量为(200±45)ml,术后肛门排气肠功能恢复时间为(3.5±1.5)d,住院时间为(25.3±8.6)d。术后 1 例在拔除十二指肠造瘘管第 2 天发生十二指肠瘘,经再次手术后痊愈出院,切口感染 3 例,经伤口换药后治愈,发生黏连性肠梗阻 2 例,经保守治疗后痊愈,未见腹腔脓肿病例,无手术死亡病例。术后随访 1 年以上,未见复发病例。**结论** 胃大部分切除联合十二指肠空肠吻合术治疗巨大十二指肠雍积症是安全可行的,值得临床推广。

【关键词】 胃大部分切除; 十二指肠空肠吻合; 十二指肠雍积症

【中图分类号】 R 656 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2018)01-0036-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.01.10

Effects of subtotal gastrectomy combined with duodenojejunostomy on treatment of giant duodenal stasis

Li Hui, Li Yun-fu, ZHU Rui-chang. Department of General Surgery, Qiaotou Hospital of Dongguan City, Guangdong 523520, China

[Abstract] **Objective** To study the effects of subtotal gastrectomy combined with duodenojejunostomy on treatment of giant duodenal stasis. **Methods** The clinical data of 33 patients with giant duodenal stasis receiving the operation of subtotal gastrectomy combined with duodenojejunostomy in our hospital from January 2000 to December 2015 were retrospectively analyzed. **Results** All the patients were treated with subtotal gastrectomy combined with duodenojejunostomy. The time of operation was (150 ± 28) min. The bleeding volume during surgery was (200 ± 45) ml. The recovery time of the anal discharge bowel function after surgery was (3.5 ± 1.5) d. The hospital stay was (25.3 ± 8.6) d. One case had postoperative duodenal fistula on the second day after the duodenum fistulas were pulled out, however the patient was cured and discharged from the hospital after reoperation. Three cases had incision infection but were cured after wound dressing. Two cases had intestinal obstruction but were cured after conservative treatment. No abdominal abscess and no operative deaths occurred. **Conclusion** Subtotal gastrectomy combined with duodenojejunostomy is safe and feasible for the treatment of giant duodenal stasis.

[Key words] Subtotal gastrectomy; Duodenojejunostomy; Duodenal stasis

十二指肠壅积症 (duodenal stasis) 因十二指肠阻塞部位的近端扩张、食糜壅积而产生的临床综合征而得名。临床上如果长时期反复发作会使十二指肠以上明显扩张而出现巨大十二指肠壅积。现就我院 2000-01 ~ 2015-12 收治的巨大十二指肠壅积症 33 例的临床资料作回顾性分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2000-01 ~ 2015-12 收治的巨大十二指肠壅积症 33 例患者,其中男 20 例,女 13 例;年龄 20 ~ 35 (23.3 ± 3.5) 岁;全组均以反复腹胀伴恶心呕吐为主诉入院,既往有多次相同发作病史在外院保守治疗。入院查体:体型极度消瘦,发育差,腹膨隆如蛙状腹,可见胃型、胃蠕动波及腹壁静脉曲张,腹肌紧张,全腹压痛,无反跳痛,肝脾肋下未及,莫菲氏征阴性,肝区肾区无叩击痛,移动性浊音阳性,震水音阳性,肠鸣音活跃。B 超示:腹腔大量积液。腹部 CT 示:胃明显扩张,占据腹部面积超过 3/4,其内容物较多并见长液平面形成,最长约为 20 mm,右中腹部见类圆形软组织密度影,边界欠清,腹腔见少许积液征象 (见图 1)。腹部立位片示:腹部见多个液平面 (见图 2)。胃镜示:贲门糜烂性炎症,慢性浅表性胃炎伴糜烂,胆汁反流。消化道造影示:十二指肠水平部以上明显扩张。

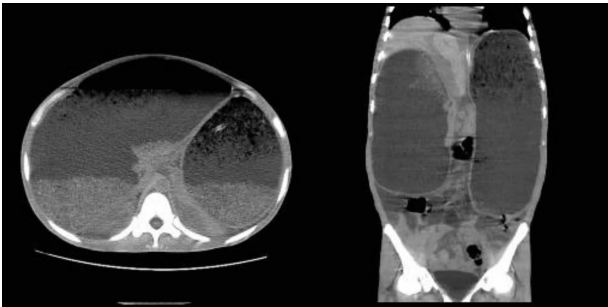


图 1 术前腹部 CT 图像:胃及十二指肠极度扩张

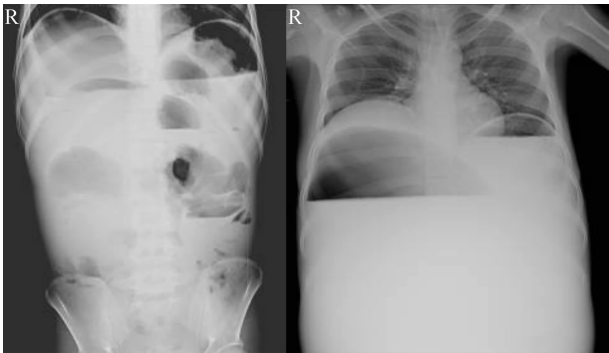


图 2 术前腹平片、胸片图像:腹部见多个液平面

1.2 方法

1.2.1 术前准备 入院后完善相关检查,经胃肠减压、冲洗胃腔、制酸、对症、加强营养支持,纠正酸碱平衡及电解质紊乱,纠正贫血等。

1.2.2 手术方法 全组均采用气管插管全麻。手术在常规切除胃远端约 60% 组织,关闭十二指肠残端。提起空肠,距屈氏韧带约 12 cm 处,经结肠前输入攀对胃大弯行胃空肠吻合,距胃空肠吻合口约 40 cm 处空肠与十二指肠水平部行侧侧吻合,于十二指肠降部置十二指肠造瘘管 (手术示意图见图 3)。

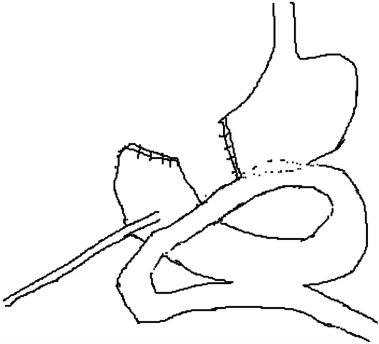


图 3 手术示意图

1.2.3 术后处理 术后常规胃肠减压、止血、抗炎、制酸、加强营养支持治疗,术后 21 d 拔除十二指肠造瘘管。

2 结果

33 例患者均行全部胃大部分切除联合十二指肠空肠吻合术。手术时间为 (150 ± 28) min, 出血量为 (200 ± 45) ml, 术后肛门排气肠功能恢复时间为 (3.5 ± 1.5) d, 住院时间为 (25.3 ± 8.6) d。术后 1 例在拔除十二指肠造瘘管第 2 天发生十二指肠瘘, 经再次手术后痊愈出院; 切口感染 3 例, 经伤口换药后治愈; 发生黏连性肠梗阻 2 例, 经保守治疗后痊愈。未见腹腔脓肿病例, 无手术死亡病例。术后随访 1 年以上, 未见复发病例。

3 讨论

3.1 十二指肠雍积症是指十二指肠水平部受肠系膜上动脉压迫引起十二指以上肠管及胃腔不同程度扩张的急、慢性梗阻, 又称肠系膜上动脉压迫综合征或 wikie 综合征^[1,2], 其发病率为 0.013% ~ 0.300%^[3]。正常肠系膜上动脉与主动脉夹角为 $38^\circ \sim 56^\circ$ ^[4], 如果此夹角变小而使通过此处的十二指肠受压, 则引起该肠管以上的梗阻, 引发高位肠梗阻表现的临床症状。主要表现为频繁恶心、呕吐、消瘦、腹胀等。十二指肠雍积症的诊断主要根据临床有高位肠梗阻或幽门梗阻表现, 消化道造影及腹部 CT 检查可确诊。常见原因有肠系膜上动脉分支位置过低或十二指肠水平段位置过高、Treitz 韧带过短及其他各种可引起此夹角变小的因素^[5,6]。本组患者反复出现腹胀、恶心呕吐等症状, 因长期营养差进一步加重病情, 因而入院时表现为极度营养不良, 酸碱平衡及电解质严重紊乱, 为治疗增加困难。十二指肠雍积症的治疗主要以内科保守治疗及手术治疗为主, 对于急性期非先天性较轻患者保守治疗可取得较好疗效, 但病程易反复。对于先天性患者或经多次保守治疗反复发作者可考虑手术治疗。手术方式以十二指肠空肠吻合术或 Treitz 韧带松解术为主要术式^[7~9]。近年来, 随着腹腔镜技术在普外科的广泛应用及机器人技术的开展, 对于急性病例, 尤其是儿童患者, 更适合选择在腹腔镜下行腹腔探查, 并解除病因, 也为今后十二指肠雍积症的微创治疗提供一种治疗途径^[10~12]。

3.2 本组患者采用胃大部分切除(毕Ⅱ式)、胃空肠吻合、空肠十二指肠侧侧吻合术, 该术式与其他术式比较, 主要优点为切除因病理性增大的胃大部组织, 明显缩减胃容积, 减少术后胃内容物潴留。在行毕Ⅱ式胃空肠吻合术后, 同时将空肠输出襻与巨大十二指肠水平部作侧侧吻合, 减少术后巨大十二指肠腔内容物潴留, 术后能明显缓解十二指肠雍

积^[13]。但该术式因空肠输出襻与巨大十二指肠水平部作侧侧吻合术, 从胃排入空肠的食物可以进入十二指肠, 进一步加重十二指肠雍积。因而行该术式时应明确手术指征, 笔者认为只有在十二指肠明显扩张的患者才能选择该术式。本组有 1 例患者术后 21 d 拔除十二指肠造瘘管引起肠瘘, 需再次手术重置十二指肠造瘘管, 第二次手术后半年后才成功拔除引流管。出现该情况可能与该患者肠系膜明显短小, 大网膜发育极差, 大网膜缺乏而在短期内未能形成窦道有关。因而笔者认为, 十二指肠造瘘管可放置于十二指肠残端, 减少因十二指肠造瘘管放置而增加术后十二指肠瘘的风险。

综上所述, 十二指肠雍积症在临床上少见, 发病率低, 易被临床医师忽视。但是只要在临床工作根据临床表现及消化道造影及 CT 检查, 诊断并不困难。对于反复发作患者, 手术治疗可取得满意效果。对于巨大十二指肠雍积症, 行胃大部分切除联合十二指肠空肠吻合术是可行的, 值得临床推广。

参考文献

- 1 Rokitsky C. Handbuch der Pathologischen Anatomie [M]. Wien, Braunmuller und Seidel, 1842: 187.
- 2 Wilkie DPD. Chronic duodenal ileus [J]. Am J Med Sci, 1927, 173: 643 - 649.
- 3 Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20-year experience [J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006, 42(5): 522 - 525.
- 4 Derrick JR, Fadhli HA. Surgical anatomy of the superior mesenteric artery [J]. Am Surg, 1965, 31: 545 - 547.
- 5 郑见宝, 孙学军, 王 炜, 等. 肠系膜上动脉压迫综合征的诊断与治疗 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2013, 20(3): 310 - 312.
- 6 刘 勇, 罗羽宏. 肠系膜上动脉压迫综合征的诊疗进展 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(2): 225 - 228.
- 7 邹小明. 手术治疗肠系膜上动脉综合征的术式探讨 [J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(6): 471 - 472.
- 8 孙可望, 邹寿椿, 施 敦, 等. 肠系膜上动脉综合征 21 例术式的选择 [J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(1): 21 - 23.
- 9 陈历恒, 蒋晓忠, 杜一平, 等. 肠系膜上动脉压迫综合征的诊断及术式选择评价 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2008, 15(7): 518 - 521.
- 10 张豫峰, 郭永强, 陈壬寅. 肠系膜上动脉压迫综合征腹腔镜手术十例 [J]. 中华普通外科杂志, 2011, 26(6): 512 - 513.
- 11 Lee TH, Lee JS, Jo Y, et al. Superior Mesenteric artery syndrome: where do we stand today? [J]. J Gastrointest Surg, 2012, 16(12): 2203 - 2211.
- 12 Alnaami MY. Robotic management of superior mesenteric artery syndrome [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2012, 22(3): e144 - e147.
- 13 韩 佳. 毕Ⅱ式胃大部切除术后早期并发症 58 例分析 [J]. 中国临床新医学, 2012, 4(2): 164 - 166.

[收稿日期 2017 - 04 - 05] [本文编辑 杨光和]