

## · 病例报告 ·

## 小儿十二指肠溃疡并急性大出血 1 例

彭 飞 余东海 孙晓毅

小儿十二指肠球部溃疡合并致命性大出血少见<sup>[1]</sup>。现报道 1 例。

患儿,男 2 岁,出生时缺氧致脑瘫,不能行走。因喂食粗糙食物后出现大量便血,继而呕血,在当地医院诊断不明,血源困难,经紧急处理于发病 20 h 后转入院。体查:意识淡漠,贫血貌,鼻胃管引流出咖啡渣样物,血压 60/35 mmHg,血红蛋白 3.9 g/L。建立静脉通道,监测生命体征,联系 Rh 阴性血源,行腹部 CT 同位素扫描,结果无异常。于入院后 6 h 紧急手术,术中发现全小肠及结肠积血,未发现出血灶。向上探查发现十二指肠降部亦有积血,判断出血灶位于十二指

肠球部以上。急行术中纤维胃镜检查:发现十二指肠球部上内侧一溃疡灶,不断涌出新鲜血液,试行钛夹止血及取活检均失败,予录像后改为开放止血。分别离断结扎十二指肠上、下动脉,切断胃迷走神经鸦爪支主干,横断胃窦部,打开十二指肠球部并向下纵形切开,彻底暴露溃疡灶,直视下缝扎止血(图 1)。止血后行毕 I 式十二指肠-胃端端吻合、幽门成形。围术期共输注 Rh 阴性血 3 U,血浆 200 mL。术后未再出血,但出现严重低蛋白血症、水肿、贫血、黄疸,予对症处理,术后 3 d 恢复进食,8 d 痊愈出院。3 个月后复诊各项检查正常,钡餐检查显示胃十二指肠形态及排空功能正常(图 2)。

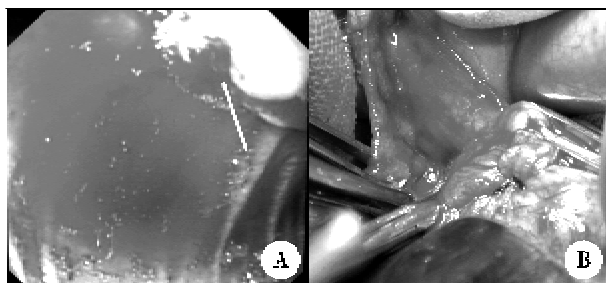


图 1 A,胃镜显示十二指肠球部上内侧壁溃疡并出血;B,打开十二指肠直视下止血。

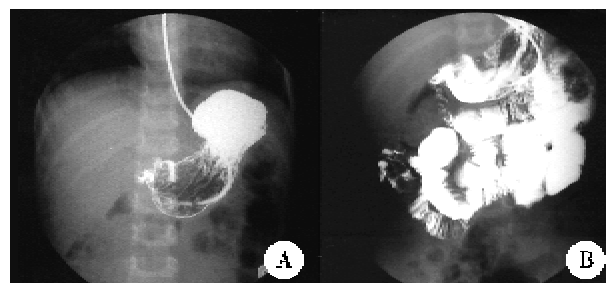


图 2 A,术后 3 个月钡餐检查显示吻合口形态正常;B,20 min 后钡剂进入小肠,功能良好

**讨论** 此患儿出血病因已被证实为十二指肠溃疡,发生溃疡的原因不明,由于溃疡处呈致死性大量出血,故推测病灶处有一主要动脉经过,此例显然为十二指肠上动脉,而食入粗糙食物可能为诱因。患儿病情凶险,术前出血部位和原因不明,同时患儿为稀有血型,血源极为有限,幼儿也不宜大量输血,因此治疗上依靠输血来稳定病情显然为失策。在特异性检查上,作者术前紧急行腹部同位素<sup>99m</sup>Tc 标记扫描,排除了美克尔憩室。纤维胃镜需要麻醉,不如放在术中,而其他过多非特异性检查只会浪费时间和干扰诊断思路。术中认真探查基本上可以发现出血部位,但十二指肠部是个难

点,此时纤维胃镜检查非常重要,明确诊断后需彻底离断出血部位外的动脉血供,并打开十二指肠,在直视下观察出血灶,本例实际上经外部结扎已经控制了出血,但在直视下再缝扎出血灶可使止血更可靠。小儿溃疡病止血后胃肠吻合的处理少见报道,在溃疡病灶大而深的患儿,为避免复发出血,作者以前采用改道、胃部分切除的毕 II 式吻合,得到了可靠的止血,此例附加断离鸦爪支和幽门成形术,效果良好。

## 参考文献

- 1 孙晓毅,余东海. 小儿十二指肠溃疡合并急性上消化道大出血的手术治疗[J]. 中华小儿外科杂志,2010,31(2): 107-109.

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2011.03.021

作者单位:华中科技大学同济医院小儿外科(湖北省武汉市,430030),E-mail: xysuna85@public.wh.hb.cn,通讯作者:孙晓毅

## · 消息 ·

## 湖南省第 6 届小儿外科学术会议暨小儿外科新技术学习班通知

湖南省小儿外科专业委员会定于 2011 年 6 月 23 日至 26 日在娄底市金香宾馆召开第 6 届湖南省小儿外科学术会议暨小儿外科新技术学习班。学习班以小儿外科基础知识、临床工作和新进展为主,参会人员授予 I 类继续教育学分 10 分,欢迎大家踊跃参加。联系人:涂磊:0731-85356939,13574887650。