

• 临床论著 •

消化性溃疡穿孔非手术治疗的适应证与禁忌证

邵永胜 金太欣 肖新波 莫涛 周姣军 高红章 钟鸣

【摘要】 目的 探讨消化性溃疡穿孔非手术治疗的适应证和禁忌证。方法 回顾性分析 2010 年 1 月至 2013 年 6 月连续 237 例消化性溃疡穿孔患者治疗的临床结果, 计算非手术治疗成功率, 分析非手术治疗失败的相关因素。结果 本组 237 例非手术治疗成功率为 88.4% (167/189), 除外其中 17 例高龄和合并内科疾病或免疫抑制状态的患者, 非手术治疗成功率可达 97.1% (167/172); 非手术治疗失败的相关因素包括年龄 ≥ 70 岁、入院时休克、既往其他部位恶性肿瘤史以及合并糖尿病和肝硬化 ($\chi^2=7.631\sim 42.38, P<0.01$)。结论 只要严格掌握适应证和禁忌证, 消化性溃疡穿孔的非手术治疗是安全、可行的; 患者年龄 ≥ 70 岁、入院时休克、合并糖尿病、肝硬化或其他部位恶性肿瘤史等免疫抑制状态, 是非手术治疗的禁忌证。

【关键词】 消化性溃疡穿孔; 非手术治疗; 适应证; 禁忌证

The indications and contraindications of non-surgical treatment for patients with perforated peptic ulcer Shao Yongsheng, Jin Taixin, Xiao Xinbo, Mo Tao, Zhou Jiaojun, Gao Hongzhang, Zhong Ming. Department of Gastrointestinal Surgery, the First Hospital of Wuhan, Wuhan 430022, China
Corresponding author: Jin Taixin, Email: shaoyongsheng1211@medmail.com.cn

【Abstract】 **Objective** To investigate the indications and contraindications of non-surgical treatment for patients with perforated peptic ulcer. **Methods** Between January 2010 and June 2013, the clinical outcomes of 237 consecutive patients with perforated peptic ulcer were analyzed retrospectively. The success rate of conservative treatment was calculated, and the risk facts of unsuccessful non-operative management were analyzed. **Results** The success rate of conservative treatment was 88.4%(167/189), but a success rate as high as 97.1%(167/172) after 17 cases with an older age or medical comorbidities or immunity suppression were excluded. An age ≥ 70 years, shock on admission, previous other malignancy, diabetes mellitus and cirrhosis were high risk factors for unsuccessful non-operative treatment ($\chi^2=7.631-42.38, P<0.01$). **Conclusions** As long as the indications and contraindications are controlled strictly, non-operative management for perforated peptic ulcer is safe and feasible. The presence of an age ≥ 70 years, shock on admission, associated medical diseases such as diabetes mellitus and cirrhosis, previous other malignancy or immunity suppression are the contraindications of non-surgical treatment for perforated peptic ulcer.

【Key words】 Peptic ulcer perforation; Non-surgical treatment; Indication; Contraindication

虽然消化性溃疡穿孔的非手术治疗已被写进第 7 版《外科学》教科书^[1], 接受非手术治疗的消化性溃疡穿孔患者也在逐渐增多, 但其适应证和禁忌证目前尚不够明确^[1-3]。因此, 本研究回顾性分析

消化性溃疡穿孔患者治疗的临床结果, 探讨非手术治疗的适应证和禁忌证。

资料和方法

一、一般资料

2010 年 1 月至 2013 年 6 月, 消化性溃疡穿孔连续病例 237 例, 包括十二指肠溃疡穿孔 175 例, 胃溃疡穿孔 62 例; 其中男 169 例, 女 68 例, 中位年龄 50 (16~86) 岁; 入院前最长病程 12 d, 最短

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2014.07.006

作者单位: 430022 武汉市第一医院胃肠外科 (邵永胜、金太欣、肖新波); 荆门市石化医院普通外科 (莫涛); 洪湖市中医院普通外科 (周姣军); 汉川市第二人民医院普通外科 (高红章、钟鸣)
通讯作者: 金太欣, Email: shaoyongsheng1211@medmail.com.cn

3 h, 平均(2.93±1.07) d。

二、诊断标准^[1]

既往有消化性溃疡病史,或有消化性溃疡临床表现,发病前有情绪波动、过度劳累、刺激性食物、服用非甾体抗炎药或皮质激素药物等诱因;突发上腹部剧烈疼痛,疼痛迅速波及全腹;有腹膜刺激征,上腹部压痛、反跳痛最明显,肝浊音界消失;腹部X线片、超声或CT检查发现膈下游离气体。

如有胃肠道肿瘤家族史,伴有明显贫血、消瘦、腹水,或上腹部可触及包块,需与胃癌急性穿孔相鉴别;如病史不典型,需与急性胰腺炎相鉴别;如上腹痛数小时后转移至右下腹,右下压痛、反跳痛最明显,应考虑急性阑尾炎而急诊手术;如腹痛起自下腹部、波及全腹,应考虑阑尾穿孔或肠穿孔而急诊手术。

三、治疗策略^[4]

如果溃疡穿孔发生在空腹状态下,估计穿孔时间在12 h以内,血流动力学稳定、全身症状轻微且腹部体征局限,先行非手术治疗。非手术治疗包括禁饮食、持续胃肠减压,纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡,抗生素治疗以及静脉注射大剂量质子泵抑制剂(proton pump inhibitors, PPIs)。最常用的PPIs是奥美拉唑,首剂80 mg 静脉注射,然后以8 mg/h的速度持续静脉注射72 h,72 h后每间隔12 h注射40 mg^[5]。

非手术治疗12 h后,行胃十二指肠碘水造影检查;若无对比剂渗漏或腹膜炎症状、体征减轻,继续采用非手术疗法;若入院12 h内症状、体征加重,或碘水造影发现对比剂漏出,改行手术治疗。如果消化性溃疡穿孔发生在饱餐后,估计穿孔时间在12 h以上,患者全身中毒症状较重或腹部体征范围较广以及非手术治疗12 h后碘水造影发现对比剂漏出者,皆行手术治疗。

非手术治疗患者的症状和体征完全缓解、恢复饮食后,口服PPIs、阿莫西林和克拉霉素抗幽门螺杆菌(*H. pylori*, Hp)治疗;2~4周后,行胃镜检查并取活组织检查,慎重排除恶性肿瘤的可能。对于消化性溃疡穿孔患者的手术,可选择腹腔镜修补缝合或纤维蛋白凝胶封闭;即使少数患者行开腹手术,也仅行穿孔修补而不需胃大部切除术;手术后,予口服三联抗Hp治疗。

四、研究方法

分析所有病例的临床结果,计算非手术治疗成功率,并对非手术治疗失败的相关因素进行单因素

分析。非手术治疗成功率=非手术治疗成功例数/非手术治疗总例数×100%;非手术治疗成功定义为非手术治疗病例无并发症治愈出院,非手术治疗失败指非手术治疗病例改行手术治疗,或非手术治疗后因并发症需接受外科治疗。

五、统计学分析

采用SPSS 13.0 统计软件进行分析,单因素分析比较采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 认为差异具有统计学意义。

结 果

1. 治疗方式:本组病例237例,其中189例先行非手术治疗,48例直接接受手术治疗。189例先行非手术治疗的病例中,有21例改行手术治疗,包括9例于非手术治疗12 h后发现胃十二指肠碘水对比剂渗漏而手术,其中3例合并糖尿病,1例合并高血压,1例合并慢性阻塞性肺病(COPD);12例因症状、体征加重改行手术治疗,其中5例合并糖尿病,3例年龄 ≥ 70 岁,2例合并肝炎后肝硬化,1例有鼻咽癌放疗病史,1例有淋巴瘤化疗史。最终168例接受非手术治疗,69例接受手术治疗。

2. 临床结局:本组237例中,168例接受非手术治疗,无死亡病例;其中167例无并发症治愈出院,1例入院时存在低血容量休克,经大量液体复苏后休克逆转,因12 h后碘水造影无对比剂漏出而继续非手术治疗,出院后发现腹腔多发脓肿及陶氏腔脓肿,再次入院予穿刺置管引流治愈。69例接受手术治疗,术后6例(8.7%)发生切口感染,经清创、引流治愈;5例(7.2%)发生肺部感染,经抗生素治疗治愈;2例(2.9%)发生膈下脓肿,1例(1.4%)发生肝脓肿,经穿刺引流及抗生素治疗治愈;5例死亡,手术病死率7.2%(5/69),总体病死率2.1%(5/237),其中4例死于脓毒性休克,1例死于低血容量休克后多器官功能不全。

3. 非手术治疗成功率:本组237例中189例先行非手术治疗,其中21例改行手术治疗,1例非手术治疗出院后因腹腔及陶氏腔脓肿再次入院,非手术治疗成功率为88.4%(167/189);如果除外其中17例高龄和合并内科疾病或免疫抑制状态的患者,非手术治疗成功率可达97.1%(167/172)。非手术治疗失败的相关因素见表1。

4. 随访结果:本组存活病例232例,其中227例(97.8%)得到电话随访或门诊复诊,随访时间2~

表1 非手术治疗失败病例相关因素分析(例)

组别	例数	性别(男/女)	年龄≥70岁	高血压	COPD	糖尿病	肝硬化	恶性肿瘤	休克
非手术治疗成功	167	121/46	2	8	5	3	0	0	0
非手术治疗失败	22	15/7	3	1	1	8	2	2	1
χ^2 值		0.067	11.67	0.003	0.152	42.38	15.34	15.34	7.631
P值		0.80	<0.01	0.96	0.70	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

30个月。227例无穿孔复发;8例发生幽门梗阻,其中3例经胃镜气囊扩张治愈,5例胃镜气囊扩张治疗无效,3例行幽门成形术、2例行幽门-十二指肠侧-侧吻合术治愈;3例溃疡复发,经抗Hp治疗后1例治愈,2例无效行胃大部切除术治愈;1例于2年后诊断胃窦癌,行远端胃D2切除术治愈。

讨 论

一、消化性溃疡穿孔的治疗

近20年来,尤其是在证实了Hp与消化性溃疡的密切关系之后,因为PPIs和根除Hp治疗方法的广泛应用,消化性溃疡的择期手术显著减少,绝大多数消化性溃疡可经药物治疗而治愈^[6]。但是,消化性溃疡的并发症并未减少,消化性溃疡穿孔的发病率和病死率仍然较高^[7-8]。因此,消化性溃疡穿孔的治疗仍是一个值得关注的问题^[9]。

消化性溃疡穿孔外科治疗的金标准,是开放手术探查、穿孔修补或降酸手术(如胃大部切除术);随着降酸药物治疗的进步,降酸手术明显减少,传统的开放手术也逐渐被微创技术所代替^[2]。因为约40%~80%的消化性溃疡穿孔可以自愈,接受非手术治疗的消化性溃疡穿孔患者逐渐增多;只要严格掌握适应证,消化性溃疡穿孔的非手术治疗是可行的^[2-3]。

本组病例有189例先行非手术治疗,其中21例最终改行手术治疗,1例非手术治疗出院后因腹腔及陶氏腔脓肿再次入院,非手术治疗成功率为88.4%(167/189);但如果除外其中17例高龄和合并内科疾病或免疫抑制状态的患者,非手术治疗成功率可达97.1%(167/172)。因此,消化性溃疡穿孔非手术治疗的关键,是严格掌握适应证及禁忌证。

二、死亡及并发症相关危险因素

消化性溃疡穿孔手术病死率6%~36.6%,死亡相关危险因素包括高龄、术前低血压或休克、延迟诊治超过12~24h、合并严重内科疾病等^[2,3,9-10]。Kim等^[10]报道,女性、手术时间长和开放手术也是手术死亡率的危险因素;术前休克和手术时间超过

150min是并发症的高危因素,而内科伴随病与术后并发症不相关。Thorsen等^[11]的研究发现,开放手术与腹腔镜手术相比较,并发症发生率和病死率的差异无统计学意义。本组237例中有5例死亡,其中4例死于脓毒性休克,1例死于低血容量休克后多器官功能不全;168例接受非手术治疗病例中,1例入院时存在低血容量休克,经大量液体复苏后休克逆转而继续非手术治疗,后发现腹腔多发脓肿及陶氏腔脓肿,予穿刺置管引流治愈。

因此,消化性溃疡穿孔患者血流动力学不稳定、发病时间超过24h以及存在明显脓毒症全身表现,是外科手术探查指征;第7版《外科学》教科书^[1]将穿孔超过24h、腹膜炎已局限作为非手术治疗的适应证之一,此点必须强调腹膜炎已局限且无脓毒症全身表现,如果片面理解、将穿孔超过24h作为非手术治疗的适应证,可能存在一定安全隐患。接受非手术治疗的患者,严密观察的时间不得超过12h,一旦病情加重应及时手术干预^[2]。另外,患者年龄超过70岁多半非手术治疗无效,也应尽早手术治疗^[2,12]。

三、非手术治疗的适应证和禁忌证

按照既往的治疗策略^[4],非手术治疗成功率为88.4%(167/189);如果除外其中17例高龄和合并内科疾病或免疫抑制状态的患者,非手术治疗成功率可达97.1%(167/172),这17例包括合并糖尿病8例,年龄≥70岁3例,合并肝硬化2例,既往其他部位恶性肿瘤史2例,入院时低血容量休克1例以及合并高血压和COPD各1例。从表1单因素分析结果可以看出,年龄≥70岁、入院时休克、合并糖尿病、肝硬化或其他部位恶性肿瘤史,是非手术治疗失败的相关危险因素。

因此,空腹状态下发生溃疡穿孔,估计穿孔时间在12h以内,患者血流动力学稳定、全身症状轻微且腹部体征局限,或胃十二指肠碘水造影无对比剂渗漏,是消化性溃疡穿孔非手术治疗的适应证^[4]。患者高龄、入院时休克、合并糖尿病、肝硬化或其他部位恶性肿瘤史等免疫抑制状态,是非手

术治疗的禁忌证。实践证明,只要严格掌握适应证和禁忌证,消化性溃疡穿孔的非手术治疗是安全、可行的^[2-3]。

参 考 文 献

[1] 吴文溪. 胃十二指肠疾病//吴在德, 吴肇汉, 主编. 外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 421-446.

[2] Lui FY, Davis KA. Gastroduodenal perforation: maximal or minimal intervention?[J]. Scand J Surg, 2010, 99(2): 73-77.

[3] Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease:a review of history and treatment[J]. Dig Surg, 2010, 27(3): 161-169.

[4] 邵永胜, 彭开勤, 张应天, 等. 消化性溃疡穿孔液体治疗中的正平衡[J]. 腹部外科, 2012, 25(6):269-271.

[5] 邵永胜, 张应天. 消化性溃疡并发症的处理[J]. 腹部外科, 2008, 21(4): 212-213.

[6] Casali JJ, Franzone O, Krueger NF, et al. Epidemiological analysis and use of rapid urease test in patients with perforated peptic ulcers[J]. Rev Col Bras Cir, 2012, 39(2):93-98.

[7] Maghsoudi H, Ghaffari A. Generalized peritonitis requiring

re-operation after leakage of omental patch repair of perforated peptic ulcer[J]. Saudi J Gastroenterol, 2011, 17(2): 124-128.

[8] Møller MH, Adamsen S, Thomsen RW, et al. Multicentre trial of a perioperative protocol to reduce mortality in patients with peptic ulcer perforation[J]. Br J Surg, 2011, 98(6): 802-810.

[9] Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease:incidence, recurrence, risk factors and Mortality[J]. Digestion, 2011, 84(2): 102-113.

[10] Kim JM, Jeong SH, Lee YJ, et al. Analysis of risk factors for postoperative morbidity in perforated peptic ulcer[J]. J Gastric Cancer, 2012, 12(1): 26-35.

[11] Thorsen K, Glomsaker TB, von Meer A, et al. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer[J]. J Gastrointest Surg, 2011,15(8):1329-1335.

[12] Su YH, Yeh CC, Lee CY, et al. Acute surgical treatment of perforated peptic ulcer in the elderly patients[J]. Hepatogastroenterology, 2010, 57(104): 1608-1613.

(收稿日期: 2013-09-30)

(本文编辑: 马超)

邵永胜, 金太欣, 肖新波, 等. 消化性溃疡穿孔非手术治疗的适应证与禁忌证 [J/CD]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2014, 8 (7): 1225-1228.

