

文章编号:1005-6947(2004)01-0072-02

· 临床报道 ·

# 胃癌根治术后胃乏力症的临床诊治

董谦, 费哲为, 陈大伟, 沈军

(上海第二医科大学附属新华医院 外科, 上海 200092)

**摘要:**笔者回顾分析11例胃癌根治术后胃乏力症的临床资料。结果显示胃乏力症占胃癌根治术后的5.2%。11例胃乏力症均发生于术后4~8d,症状持续11~26d,经非手术治疗后痊愈出院。上消化道造影是可靠的检查方法;非手术治疗可取得良好疗效。

**关键词:**胃肿瘤/外科学;胃切除术;胃排空障碍

**中图分类号:**R735.2;R656.61

**文献标识码:**B

胃大部切除术后胃乏力症是指胃大部切除手术后出现的一种功能性的胃排空障碍,又称为胃瘫(gastroparesis)<sup>[1]</sup>,主要特征是胃排空延迟。它是手术后常见的早期并发症之一,容易被误诊误治。作者回顾分析11例胃癌根治术后胃乏力症的临床资料,并复习相关文献,报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

11例均为我院1994~1999年治疗的胃癌术后患者,男7例,女4例。平均年龄62(54~72)岁。所有病例均行根治性远端胃大部切除术,消化道重建方式均为Billroth II结肠前胃空肠吻合,输出袢对胃小弯侧。胃乏力症的发生率占同期同类手术的5.2%(11/210)。

### 1.2 临床表现

2例患者术后胃管引流量日益增多,超过1000ml/d,夹管后出现腹胀、呕吐,不能耐受;2例术后4~6d停胃肠减压肛门排气后、进食流质时出现上腹饱胀,恶心呕吐,再次引流出大量胃液,(800~2500)ml/d,检查上腹部轻压痛,胃振水音阳性,肠鸣音减弱,电解质、血气分析指标在正常范围;7例进食流质时无异常,术后6~8d进食半流质出现胃潴留症状。

所有患者经行腹部立位平片检查均排除急性肠梗阻;上消化道稀钡或30%泛影葡胺造影见残胃扩张,食物残留,胃无蠕动或蠕动减弱,而造影剂进入输出袢后迅速排出,提示胃排空减缓。

### 1.3 诊断标准

采用蔡一亭等<sup>[2]</sup>提出的诊断标准:(1)经一项或多项检查提示胃流出道无机械性梗阻;(2)胃引流量大于800ml/d,

持续时间超过10d;(3)无明显的水电解质及酸碱平衡失调;(4)无引起胃乏力症的基础疾病如糖尿病、结缔组织疾病;(5)未使用平滑肌收缩药物。本组均符合上述诊断标准。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

11例患者诊断明确后即予禁食,持续胃肠减压,加强支持与营养(2例患者给予胃肠外营养),同时先后或联合应用胃复安、吗叮啉、西沙比利、红霉素等胃动力药;并行针灸足三里,中草药灌注等综合治疗。

### 2.2 结果

11例患者在每日引流量少于500ml时逐渐夹管;无腹胀、呕吐后拔除胃管,恢复饮食;经11~26d后均痊愈出院。无再手术病例。

## 3 讨论

胃乏力症的病因及发生机制目前仍不明确,可能与手术方式与范围有关。手术大,创伤时间长,则易发生胃乏力症。胃癌根治术不仅切除胃迷走神经、胃幽门窦,同时清扫淋巴结,可能是导致胃乏力症的重要原因。胃肠吻合方式不同其发生率不同,Billroth I, II式术后胃乏力症的发生率分别为2.5%,5.4%<sup>[3]</sup>,本组结果与此相似,为5.2%。

胃乏力症的诊断并无统一标准,诊断的关键在于排除机械性梗阻。本组11例患者经上消化道钡剂/碘剂造影均可见食物残留,数小时后钡剂极少量通过吻合口进入输出袢,吻合口形态未见狭窄。其中2例行胃镜检查,见残胃扩张,蠕动慢,吻合口通畅,可见充血水肿。文献报道尚有其他诊断方法,如测定同位素标记的固体胃排空时间<sup>[4]</sup>,胃肌电图检查<sup>[5]</sup>及B型实时超声检查等。限于仪器,后几种方法未在本组患者中使用,但笔者认为通过简单、经济、可靠的上消化道钡剂/碘剂造影,结合典型的临床表现,诊断

收稿日期:2002-04-05; 修订日期:2003-08-07。

作者简介:董谦(1971-),男,上海人,上海第二医科大学附属新华医院主治医师,主要从事消化道外科方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)01-0073-02

· 临床报道 ·

# 破伤风 21 例治疗体会

张明金, 吴建斌

(解放军第一〇五医院 普外科, 安徽 合肥 230031)

**摘要:** 回顾性分析 21 例破伤风患者临床资料, 结果示 21 例均有外伤史, 伤后未行 TAT 预防注射。采用非特异性的综合疗法, 治愈 18 例, 死亡 3 例。笔者认为: 早期清创清除毒素来源、预防性使用 TAT 尤为重要; 控制抽搐和解除痉挛、适当把握气管插管或切开的指征是降低病死率的关键; 维持内环境稳定、营养支持、防治并发症等是提高中、重型患者疗效的重要环节。

**关键词:** 破伤风/治疗; 感染, 特异性

**中图分类号:** R517.3; R633.1

**文献标识码:** B

破伤风是由革兰氏梭状芽孢杆菌引起的一种严重的急性特异性感染。近年来, 发病率和病死率虽有明显下降, 但在农村仍时有发生。我院 1990 年 1 月~2002 年 11 月共收治 21 例破伤风患者, 现报告如下。

## 1 一般资料

本组男 16 例, 女 5 例。年龄 21~61 (平均 37) 岁。农民 17 例, 工人 4 例。全组病例均有皮肤、黏膜刺伤、割伤、

**收稿日期:** 2003-01-08; **修订日期:** 2003-10-06。

**作者简介:** 张明金(1973-), 男, 福建长汀人, 解放军第一〇五医院主治医师, 主要从事普外科方面的研究。

挫伤等外伤史。伤口部位在上肢 4 例(19.0%), 下肢 17 例(81.0%)。伤后均未行破伤风抗毒素预防注射。潜伏期 2~26d, 平均 5.8d。21 例均符合破伤风诊断标准<sup>[1]</sup>。其中轻型(局限型) 4 例(19.0%), 患者肌肉抽搐、痉挛仅限于创伤部位, 或仅有伤肢的肌肉强直; 中型 8 例(38.1%), 患者肌肉顺次持续收缩, 出现张口困难、牙关紧闭、颈项强直、角弓反张和偶发的阵发性痉挛, 痉挛发作时有大汗淋漓、心率加快, 部分患者有高血压和心律不齐; 重型 9 例(42.9%), 患者痉挛频繁发作, 影响呼吸系统甚至窒息, 血气分析提示代谢性酸中毒, 并出现水、电解质紊乱及低蛋白血症等。

并不困难。

一旦确诊, 通常采取非手术治疗, 往往可获得痊愈结果。本组 11 例均经非手术疗法治愈。西沙比利对全胃肠平滑肌的作用较强。红霉素除对胃有排空作用外, 还能提高食管下端的动力, 防止食管反流<sup>[6]</sup>, 本组发现西沙比利、红霉素效果优于胃复安及吗叮啉。其他治疗包括针灸足三里, 大承气汤、小承气汤、四君子汤等中药灌注, 耳穴耳针治疗, 均有一定疗效。手术治疗适用于疑有机械性梗阻或极少数上述治疗后仍有顽固呕吐的胃乏力症患者。Karlstrom<sup>[7]</sup> 报告 40 例胃大部切除术后顽固性胃乏力症患者行残胃部分切除术, 效果较好, 但此法毕竟给患者带来二次手术的痛苦, 本组无 1 例采取手术治疗。

## 参考文献:

[1] 何三光, 曹起楷, 卢贤庭, 等. 胃大部切除术后排空延迟症[J]. 实用外科杂志, 1982, 2(5): 231-234.  
[2] 蔡一亭, 秦新裕. 根治性胃大部切除术后胃瘫 15 例临

床分析[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(6): 338-340.  
[3] Eagon J, Miedema BW. Postgastrectomy syndrome[J]. Surg Clin North Am, 1992, 72(7): 445-465.  
[4] Pottros P, Picard M, Dery R, et al. Evaluation of gastric emptying function in clinical practice[J]. Dig Dis Sci, 1997, 42(11): 2183-2189.  
[5] Chen JD, Lin ZY, Pan J, et al. Abnormal gastric myoelectrical activity and delayed gastric emptying in patients with symptoms suggestive of gastroparesis[J]. Dig Dis Sci, 1996, 41(8): 1538-1545.  
[6] Weber FH, Richards RD, McCallum RW. Erythromycin: a motilin agonist and gastrointestinal prokinetic agent[J]. Am J Gastroenterol, 1993, 88(4): 485-490.  
[7] Karlstrom L, Kelly KA. Roux-Y gastrectomy for chronic gastric atony[J]. Am J Surg, 1989, 157(1): 44-49.