

文章编号:1005-6947(2005)03-0209-03

· 临床研究 ·

# 胃扭转的诊断和治疗:附30例报告

陈子华, 葛杰, 陈志康, 冯超

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

**摘要:**目的 探讨胃扭转的发病机制、诊断及治疗。方法 回顾性分析30例胃扭转的临床资料。结果 术前确诊17例(56.7%),手术中确诊13例(43.3%)。诊断为纵轴型21例(70.0%),横轴型8例(26.7%),混合轴型1例(3.3%)。3例行内镜下复位,27例接受手术治疗。30例均康复出院,全组病例均随访5年,内镜下复位后复发1例,余病例无复发。结论 胃扭转主要由胃周支持韧带松弛引起,发病由多因素共同作用所致。诊断依据临床表现和影像学检查综合分析或手术探查,治疗首选手术。

**关键词:**胃扭转/诊断;胃扭转/外科学

中图分类号:R656.24 文献标识码:A

## Diagnosis and treatment of gastric volvulus: a report of 30 cases

CHEN Zi-hua, GE Jie, CHEN Zhi-kang, FENG Chao

(Department of General Surgery, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China)

**Abstract: Objective** To investigate the pathogenesis, diagnosis and treatment of gastric volvulus. **Methods**

The clinical data of 30 patients with gastric volvulus were analyzed retrospectively. **Results** 17 patients (56.7%) were diagnosed preoperatively, and 13 patients (43.3%) at exploratory laparotomy. 21 cases (70.0%) was diagnosed as organo-axial type, 8 cases (26.7%) as mesenterico-axial type, and 1 case (3.3%) as combined type. 3 patients underwent gastric volvulus restoration by endoscopy; 27 patients received operation, and all the 30 patients were discharged in good health. All of the cases were followed up for 5 years; one case, treated by endoscopy, recurred, but none of the other cases recurred. **Conclusions** Laxity of gastric suspensory ligaments is the main pathogenetic factor of gastric volvulus, but its occurrence is usually caused by multiple factors. The diagnosis depends on the combined analysis of the clinical manifestations and radiographic studies or exploratory laparotomy. Operation is the first choice of treatment.

**Key words:** GASTRIC VOLVULVS/diag; GASTRIC VOLVULVS/surg

**CLC number:** R656.24 **Document code:** A

胃扭转可以是全胃或部分胃绕系膜轴或器官轴旋转,引起腹痛、腹胀、呕吐等上消化道梗阻的症状。临床上胃扭转常与其他原因引起的肠梗阻特别是上消化道梗阻难以鉴别,术前较难确诊,易误(漏)诊;慢性胃扭转常反复发作,若不能正确诊断和治疗会严重影响患者生活质量,急性胃扭转更是外科急腹症之一,若不及时正确的诊治会因胃壁缺

血、坏死、穿孔危及生命。我院1980年1月~2001年8月共收治胃扭转30例,报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般情况

本组男16例,女14例;年龄13~63(平均51.3)岁。病程1d~22个月。分类:纵轴型21例,横轴型8例,混合轴型1例。20例急症收入院,其中3例既往有慢性胃扭转病史,10例非急症入院,其中1例有慢性胃扭转史。

#### 1.2 临床表现

本组30例(100%)均表现为上腹胀痛,其中伴

收稿日期:2004-11-12; 修订日期:2005-01-16。

作者简介:陈子华(1963-),男,湖南益阳人,中南大学湘雅医院教授,主要从事胃肠疾病方面的研究。

通讯作者:陈子华 电话:0731-4327279(O); E-mail:zihuac@yahoo.com。

下胸痛并向肩背部放射 12 例(40.0%),频繁干呕 16 例(53.3%),呕吐胃内容物不含胆汁 11 例(36.7%)、难以将胃管插入胃内 18 例(60.0%)。体查上腹及剑突下压痛并可见胃型 25 例(83.3%),上腹扪及张力性包块 22 例(73.3%)。同时具有上腹胀痛、频繁干呕、难以将胃管插入症状者 13 例(43.3%)。

### 1.3 辅助检查及诊断

30 例均行立位腹平片和胸片检查,显示膈疝 13 例,膈肌膨隆 5 例,膈下积气 1 例,其中 10 例确诊,6 例疑似胃扭转;15 例行上消化道钡餐或碘水造影,示胃大小弯位置互换 7 例,胃黏膜皱襞呈十字型 11 例,其中 7 例确诊、4 例疑似胃扭转;2 例行胃镜检查,1 例疑似胃扭转。本组病例入院诊断或疑诊为胃扭转 22 例,其中急性 13 例,慢性 9 例;诊断为膈疝 3 例,消化性溃疡并幽门梗阻 2 例,消化性溃疡 2 例,消化性溃疡并穿孔 1 例。诊断正确率 73.3%,误(漏)诊率 26.7%。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

30 例中 3 例经内镜下复位成功,镜下诊断为横轴型胃扭转,2 例镜下同时诊断为胃窦溃疡,术后行胃溃疡系统治疗。余 27 例行手术治疗,术中均发现存在胃周支持韧带松弛,胃扭转呈纵轴型 21 例,横轴型 5 例,混合轴型 1 例。胃扭转  $90^{\circ} \sim 360^{\circ}$  不等,其中 17 例胃扭转超过  $180^{\circ}$ 。合并膈疝且胃经疝环进入胸腔 13 例,腹腔内广泛粘连 1 例,左膈膨隆 5 例,胃溃疡 3 例,胃绞窄、穿孔 1 例。手术行胃复位加胃固定 10 例,胃复位加粘连松解加固定 1 例,胃复位加胃固定加膈疝修补 12 例,胃复位加远端胃大部切除、胃空肠吻合 4 例(其中 1 例同时行膈疝修补)。手术中我院将胃后壁与后腹膜、膈肌脚缝合数针进行胃固定。

### 2.2 治疗结果

本组术后 6 例发生并发症,均为合并膈疝同时行膈疝修补术者,其中 5 例出现胸腔积液,1 例肺部感染,均经内科治疗痊愈;余病例手术后未见明显并发症。本组无死亡病例。本组 27 例随访 5 年,胃镜下复位 1 例术后 13 个月复发,再次手术行胃复位加固定;此外有 2 例出院后第 3 年因心脑血管意外死亡,3 例死于交通意外,5 例先后被诊断为

2 型糖尿病行糖尿病系统治疗;余 16 例出院后生活质量良好,无复发。

## 3 讨论

胃扭转是临床少见疾病, Berti 1866 年首次报道,国内外文献报道不多<sup>[1~3]</sup>。本病的发病高峰在 50 岁左右,一般与食管裂孔旁疝有关,大约有 20% 的胃扭转病例可发生于 1 岁以下的婴儿,常继发于先天性膈肌缺损<sup>[4,5]</sup>。胃周韧带松弛是造成胃扭转的主要原因,一般情况下食管裂孔旁疝、膈肌损伤、膈肌膨隆、胃溃疡、胃肿瘤、膈神经损伤致膈肌麻痹、腹腔增大脏器的压迫、以及腹腔内粘连等诱因与胃周悬韧带松弛合并存在导致胃扭转<sup>[6]</sup>。胃扭转按起病情况分为慢性胃扭转和急性胃扭转。按照胃旋转的轴分为:(1)横轴型(系膜轴型)即胃绕肠系膜轴旋转、折叠,约占 1/3;(2)纵轴型(器官轴型)即胃绕贲门至幽门的连线向上、向前旋转,占绝大多数,常与膈肌缺损合并存在,急性胃扭转多见于此型<sup>[7]</sup>;(3)混合轴型:罕见。

胃扭转常与其他原因所致的上消化道梗阻难以区别,有时腹部体征可不明显,故易误(漏)诊。1904 年 Borchardt 提出了三联征以协助诊断胃扭转:(1)上腹局限性胀痛;(2)重复性干呕;(3)难于或不能将胃管插入胃内<sup>[8]</sup>。Cater 等<sup>[9]</sup>人在此基础上又补充了 3 点:(1)当胃经膈肌缺损处进入胸腔或膈肌膨隆严重时,腹部体征可以不明显;(2)胸片显示胸腔或上腹部有充气之脏器;(3)有上消化道梗阻的表现。本组 20 例急症病例中 13 例有明显的 Borchardt 三联征(65.0%)。笔者认为如患者有典型的 Borchardt 三联征,胸片、腹平片提示胸腔内胃泡和(或)上腹部充气肠管以及左膈疝或左膈膨隆,则可诊断为胃扭转。如果同时出现消化道出血、腹膜炎表现、休克、腹腔穿刺抽出胃内容物、胸腔积液时应想到胃绞窄的可能,胃绞窄一旦发生常因休克、急性心肺功能衰竭而死亡。绞窄型胃扭转常合并膈疝,在胃发生绞窄、穿孔之前往往有明显的 Borchardt 三联征表现,在临床上应引起重视。本组 13 例合并膈疝病例中有 1 例发生胃绞窄、穿孔。

慢性胃扭转临床表现常不典型,症状可以反复发作,给诊断带来困难。慢性胃扭转临床表现主要为上腹部胀痛,可有下胸部痛并向肩背部放射,腹痛发作时上腹可扪及张力性包块,且左侧卧位时症

状可减轻。因此详细询问病史、仔细检查可以为诊断提供线索,结合影像学检查可以进一步诊断,特别是上消化道钡餐或碘水造影对胃扭转具有确诊意义;但部分胃扭转常为远端胃旋转,若扭转超过 $180^\circ$ 造成完全梗阻则上消化道钡餐为禁忌,若胃扭转小于 $180^\circ$ ,上消化道造影有时也难以确诊,因此综合分析症状、体征、影像学资料无法确诊的病例必要时可行剖腹探查明确诊断。值得指出国外有文献<sup>[10]</sup>报道胃扭转时因近端十二指肠扭转阻塞 Vater 壶腹而引起血碱性磷酸酶(AKP)升高;Williams等<sup>[11]</sup>报道2例胃扭转病例因血淀粉酶升高超过 $1\ 000\text{IU/L}$ 而误诊为急性胰腺炎,应引起注意。

迅速诊断和及时的外科治疗是急性胃扭转的处理原则,急性胃扭转若不及时治疗会出现溃疡形成、穿孔、出血、胰腺坏死、网膜撕脱等并发症<sup>[12]</sup>。急性胃扭转的死亡率可高达 $30\% \sim 50\%$ ,如果能够及时诊治,死亡率则下降至 $16\%$ <sup>[9,13,14]</sup>。笔者为急性胃扭转一经确诊应先试行胃肠减压,虽然急性胃扭转往往因贲门梗阻使得胃肠减压失败,但仍然应该尝试,然后急症手术。慢性胃扭转多先采用内科治疗,部分病例可自动复位,部分病例可在内镜下复位。但经内科治疗后复发的病例,应考虑手术治疗,手术不仅可以消除症状改善生活质量,而且可预防急性发作绞窄所致的生命危险。

手术治疗的目的是复位、固定、消除诱因和预防复发。术中应仔细查找引起胃扭转的原因,如因粘连引起则应分离之;因胃溃疡引起则应行胃大部切除;因胃肿瘤引起则行胃癌根治术;因膈疝、内疝等引起则应在复位、固定后行疝修补术;如果已经存在胃壁坏死、穿孔则应视情况行胃穿孔修补、局部切除或大部切除术。因为只有解除扭转的病因才能彻底治愈胃扭转。我院术中固定的方法是将胃后壁与后腹膜、膈肌脚缝合数针固定,术后效果满意。腹腔镜是胃扭转诊断和治疗的新的方法,Teague等<sup>[15]</sup>报道自1996年以来胃扭转治疗已转入腹腔镜手术,且已经被证明是安全而有效的方法,适用于急、慢性胃扭转,可缩短住院时间,未见重大并发症的发生。

迅速诊断,及时正确的治疗对于降低胃扭转特别是急性胃扭转的死亡率是非常必要的,胃扭转临床虽不常见但若延误治疗可危及生命。详细询问病史,全面的体格检查结合实验室资料能进行初步

诊断,上消化道造影和手术探查可以明确诊断。治疗首选手术。

#### 参考文献:

- [1] Lawal D, Adejuyigbe S. Gastric volvulus in Nigerian patients: report of four cases [J]. East African Med J, 1997, 74 (9): 596 - 599.
- [2] 皮执民. 消化外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 374 - 375.
- [3] 王建华. 急性胃扭转坏死1例[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(4): 201.
- [4] Wasselle JA, Norman J. Acute gastric volvulus: pathogenesis, diagnosis and treatment [J]. AM J Gastroenterol, 1993, 88 (10): 1780 - 1784.
- [5] Haford WV, McArthur KE. Diverticula, hernias, volvulus, and rupture [A]. In: Sleisener MH, Fordtran JS. Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management [M]. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1993. 481 - 483.
- [6] Milne LW, Hunter JJ, Anshus JS. Gastric volvulus: 2 cases and a review of the literature [J]. J Emerg Med, 1994, 12 (3): 299 - 306.
- [7] Duane GS, Usamah ML, Robert RB. Gastric volvulus: Case report and review of the literature [J]. J Emerg Med, 1999, 17 (5): 837 - 840.
- [8] Borchardt M. Zur pathologie und therapie des magnevolvulus [J]. Arch Klim Chir, 1904, 74: 243 - 248.
- [9] Cater R, Brewer LA, Hinshaw DB. Acute gastric volvulus: A study of 5 cases [J]. AM J Surg, 1980, 140 (1): 99 - 104.
- [10] Claneza P, Salt W, Patkiza E. Extra-hepatic biliary obstruction complicating a diaphragmatic hiatal hernia with introthoracic gastric volvulus [J]. AM J Gastro-entrol, 1986, 80 (4): 292 - 294.
- [11] Williams, Landsdown MRJ, Larvin M, et al. Gastric volvulus: a rare cause of hyperamylasemia [J]. Br J Clin Pract, 1990, 44 (12): 708 - 709.
- [12] Haddad JK, Doherty C, Clark RE. Acute gastric volvulus-endoscopic derotation [J]. West J Med, 1977, 127 (4): 341 - 346.
- [13] Smith RJ. Volvulus of the stomach [J]. JAMA, 1983, 75 (4): 393 - 397.
- [14] Eckhauser ML, Ferron JP. The use of dual percutaneous endoscopic gastrostomy (DPEG) in the management of chronic intermittent gastric volvulus [J]. Gastrointest Endosc, 1985, 31 (5): 340 - 342.
- [15] Teague WJ. Changing patterns in the management of gastric volvulus over 14 years [J]. Br J Surg, 2000, 87 (4): 358 - 361.