

文章编号:1005-6947(2006)09-0715-02

· 临床报道 ·

# 胃手术后胃排空延迟 12 例报告

杨更新, 曾智勇, 孙秀峰, 李咏, 胡修文

(襄樊职业技术学院附属医院 外科, 湖北 襄樊 441021)

**摘要:** 回顾性分析 9 年间收治的 12 例胃术后排空延迟的临床资料。10 例经非手术治愈; 2 例因排空延迟持续 4 周以上, 疑有网膜团块粘连压迫或输出端扭转等因素存在而再次手术。该 2 例术中未发现异常, 仅行空肠造瘘置营养管, 肠内营养支持后恢复正常。提示对该症的治疗主要应采取非手术综合措施治疗, 尽量避免再次手术。

**关键词:** 胃切除术; 胃排空

**中图分类号:** R656.611

**文献标识码:** B

我院于 1995—2004 年治疗胃手术后排空延迟的患者 12 例, 占同期胃手术总例数的 2.9% (12/410)。现将笔者对 12 例患者的治疗体会总结如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 7 例, 女 5 例; 年龄 14~72 岁, 平均 45 岁。择期手术 5 例, 急诊手术 7 例。手术方式: 胃小弯溃疡行胃大部分切除、毕-I 式吻合 2 例, 十二指肠溃疡出血行胃大部切除、毕-II 式吻合 3 例; 十二指肠溃疡穿孔修补术 3 例; 胃窦癌根治 (D<sub>2</sub>) 毕-II 式吻合 3 例; 胃溃疡行胃大部切除毕-II 式吻合术后吻合口瘘修补 1 例。

### 1.2 临床表现

胃排空障碍出现时间: 术后 5, 6, 7d 分别各有 3, 6, 3 例发生胃潴留症状: 均于术后 5~6d 进流质饮食, 当改为半流质后出现上腹饱胀、恶心、呕吐; 呕吐量大, 每次或每日达 500~1 000 mL, 混有胆汁, 吐后自觉症状缓解, 无明显腹痛表现。体征: 均有上腹稍饱满, 5 例可见胃形, 无蠕动波。全部病例均无明显压痛、反跳痛, 肠鸣音减弱或消失。

### 1.3 辅助检查

血、尿常规和肝功能正常, 仅 2 例电解质检查示轻度低钾血症。站立位腹部平片阴性。稀钡餐造影示胃腔扩张, 钡剂潴留, 吻合口或幽门管通畅但收缩或蠕动缓慢。毕-II 式吻合术者未见明显输入端、输出端梗阻现象。本组 8 例 2 周内恢复排空, 其中 4 例行胃镜检查示胃壁及吻合口轻度水肿, 无梗阻表现, 胃腔扩张, 蠕动弱, 有胆汁反流入胃。

### 1.4 治疗方法

非手术治疗措施包括禁食、持续胃肠减压, 用 3%~5% 温盐水胃管内冲洗, 以减轻胃肠道负担及吻合口水肿。根据消化液丢失量及基础丢失量补液; 注意纠正低钾、低氯血症。禁食过长者酌情输全血、血浆, 肠外营养支持, 维持正氮平衡。其中 8 例使用胃动力药如胃复安、新斯的明或用吗叮啉、西沙比利等从胃管内注入, 加经足三里穴位注射维生素 B12 和维生素 B1、维生素 K1 等。

## 2 结果

本组 10 例经非手术治愈。另有 2 例采用各种手段治疗 4 周后仍未恢复, 疑有网膜团块粘连压迫或输出端扭转等机械因素存在而再次手术; 但探查未发现异常, 行空肠造瘘置管, 以肠内营养支持及补液, 2 周后恢复正常, 痊愈出院。

## 3 讨论

胃术后排空延迟是指各种胃手术后出现的一种功能性排空障碍, 是胃术后较常见的早期并发症之一<sup>[1-2]</sup>, 也称术后胃无力, 主要表现为上腹饱胀, 进食即呕吐。发病机制主要是因迷走神经被切断或误伤。另外, 也因胃大部切除术切除了运动最活跃的胃窦和幽门, 残胃运动功能相对减弱。胃电生理研究揭示, 只有电波到达胃中部方可测到收缩波, 而收缩波达到幽门时方可测出增压波, 所形成的胃内压是促胃排空的原动力<sup>[3]</sup>。本病病因不十分明了<sup>[4]</sup>, 诱发本病的相关因素可归纳为: (1) 手术时间长、胃壁组织挫伤严重、及术后腹腔感染; (2) 患者情绪紧张, 对手术预后顾虑重; (3) 迷走神经切断, 影响术后胃张力的恢复; (4) 吻合口和残胃炎, 胆汁反流影响残胃功能恢复, 加重吻合口和残胃黏膜炎症和水肿, 干扰胃正常排空; (5) 饮食改变, 残胃不能适应; (6) 胃管留置时间过长<sup>[5]</sup>; 还有全身因素如营养不良、低蛋白血症、电解质紊乱等。

胃排空延迟的诊断主要根据以下几点: 多见于精神紧张、恐惧、交感神经兴奋型的手术患者, 饮食结构突然改变后

收稿日期: 2006-04-20; 修订日期: 2006-08-07。

**作者简介:** 杨更新, 男, 湖北襄樊人, 襄樊职业技术学院附属医院主治医师, 主要从事普通外科临床与教学方面的研究。

**通讯作者:** 曾智勇 E-mail: zzyzy11966@yahoo.com.cn。

文章编号:1005-6947(2006)09-0716-02

· 临床报道 ·

# 小肠肿瘤并出血 12 例诊治体会

杨鹏平<sup>1</sup>, 陈越<sup>1</sup>, 金红花<sup>2</sup>

(武汉科技大学附属医院 1. 普通外科 2. 放射科, 湖北 武汉 430064)

**摘要:** 回顾性分析近 5 年间收治的 12 例原发性小肠肿瘤并消化道出血的临床资料。结果显示原发性小肠肿瘤并消化道出血临床表现无特异性, 常规检查包括钡餐、纤维内窥镜、B 超、CT 等的诊断价值不大, 对疑为小肠肿瘤出血者, 需进一步行 DSA、X 线全消化道钡餐、小肠气钡双重造影等辅助检查。在定位小肠出血后, 应积极果断地择期或急诊手术处理, 勿将时间耗费在过多过久的术前检查诊断上。

**关键词:** 肠肿瘤/并发症; 小肠; 肠出血/病因学

**中图分类号:** R735.24; R722.152

**文献标识码:** B

原发性小肠肿瘤临床少见, 我院于 2001—2005 年共收治原发性小肠肿瘤并出血患者 12 例, 均经手术及病理检查证实。本文回顾性分析该 12 例临床资料, 旨在探讨小肠肿瘤并出血的诊治方法, 以提高其疗效。现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

**收稿日期:** 2006-02-05; **修订日期:** 2006-03-28。

**作者简介:** 杨鹏平, 男, 湖北武汉人, 武汉科技大学附属医院主治医师, 主要从事普通外科及肝胆方面的研究。

**通讯作者:** 杨鹏平 E-mail: yangppeng@sohu.com。

发病; 无原因的上腹饱胀及大量呕吐胃内容物, 呕吐后缓解, 缓解后再呕吐, 无腹痛, 肠鸣音减弱; 上消化道稀钡造影见残胃扩张, 无蠕动, 造影剂滞留, 不能通过吻合口或少量通过吻合口; 胃镜见吻合口无机械性梗阻(可见吻合口炎症、水肿)<sup>[6]</sup>。关键是要与输入段空肠、输出段空肠、吻合口机械性梗阻相鉴别。因为前者不需手术即可治愈, 后者有时需手术方能缓解。

本病是一种功能性疾病, 一旦确立诊断, 应耐心向患者解释, 消除其紧张和恐惧心理, 采用非手术治疗多可治愈<sup>[7]</sup>。作者的体会是, 即使胃排空延迟更长时间, 也不要贸然手术。杨传永等<sup>[8]</sup>认为, 对于胃切除术后大网膜块状粘连所致的功能性排空障碍, 不要轻率地分离粘连或切除粘连的大网膜和吻合口重建胃肠吻合, 因为这种手术的疗效并不肯定, 且往往有粘连体质, 可导致更为严重的并发症。本组 2 例再次手术未做过多分离, 仅行空肠造瘘置管, 以肠内营养支持 2 周后治愈出院。手术治疗显然延长了病程, 给患者造成再次手术的痛苦, 实不足取。临床实践证明, 该病经非手术治疗, 一般都能自行恢复。预防措施包括: 术前解除患者的紧张情绪; 手术操作熟练正确, 尽

本组男 8 例, 女 4 例, 年龄 34~77 岁, 中位年龄 57.3 岁。慢性间歇性出血 3 例, 急性大量出血 9 例, 其中血红蛋白小于 60 g/L, 并失血性休克 5 例。

### 1.2 辅助检查

全组病例术前均行钡餐、纤维内窥镜、B 超、CT 等常规检查, 以排除胃、十二指肠、结肠、直肠病变所致消化道出血。2001—2002 年间 3 例行 X 线全消化道钡餐、气钡双重造影检查各阳性发现 1 例(33.3%), 2002 年后 9 例行 DSA 检查, 阳性发现 8 例(88.9%)。

### 1.3 术中所见及手术方式

术中见肿瘤最大 4 cm × 3 cm × 3 cm, 1 例最小者肿瘤大

可能创伤小, 时间短; 术式符合生理节律而不违反原则; 术后鼓励患者早期下床活动。

## 参考文献:

- [1] 余佩武, 王代科. 胃术后胃无力症的防治[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(12): 707.
- [2] 薛伟山, 孙少杰, 辛建军, 等. 胃大部切除术后残胃功能性排空障碍 53 例诊治体会[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(11): 665-667.
- [3] 余小航. 胃手术后胃动力学紊乱的研究现状[J]. 腹部外科, 1995, 8(4): 192.
- [4] 朱永湘, 邱焱, 钱聚标, 等. 残胃功能性排空延迟症 16 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 548-549.
- [5] 杨更新. 胃术后排空延迟症 9 例诊治体会[J]. 中国临床医药研究杂志, 2000, 21(10): 408.
- [6] 刘洪里, 于泽成. 胃手术后残胃功能性排空障碍的诊治[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(4): 224.
- [7] 阎大益, 黄观清. 胃大部分切除术后残胃功能性排空延迟综合症的诊断与治疗: 附 24 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 547-548.
- [8] 杨传永, 卢世兴, 戴植本. 胃切除术后大网膜块状粘连的功能性排空障碍[J]. 腹部外科, 1990, 3(2): 53-54.