维普资讯 http://www.cqvip.com

·经验交流·

65例胃大部切除术后碱性反流性胃炎临床分析

Clinical analysis of alkaline reflux gastritis after subtotal gastrectomy in 65 cases

赵习春，孟 镔，陈志祥，蔡明志，卢 海，马腾飞 （安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室，安徽 淮南 232001）

[关键词] 胃大部切除术；反流性胃炎；临床分析
[中图分类号] R656.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)04-0253-01

胃大部切除术是治疗胃和十二指肠疾病的常用方法，由于术后胆汁、胰液、十二指肠液反流或改道流经残胃，引起碱性反流性胃炎，有文献报道毕氏Ⅱ胃空肠吻合术后64%病例有明显的反流，其中97%有明显的吻合口炎、80%有残胃炎，严重地影响了术后病人的身体健康[1]。经多年临床观察，胃大部切除术后虽疗效较为满意，但常出现各种各样的术后并发症，术后数月至数年发生的碱性反流性胃炎亦较为常见[2]。本文总结了我院10年内65例碱性反流性胃炎患者病例，报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例65例，男35例，女30例，年龄29～63岁，平均43岁；65例中采用Billroth-Ⅰ式胃大部切除术25例，采用Billroth-Ⅱ式胃大部切除术40例。患者术后均因碱性反流性胃炎用药物治疗不能到达满意效果而不得不再次手术治疗，行顺蠕动空肠间置术15例，行Roux-Y 23例，行不切断的Roux-Y 27例。

1.2 手术方法

顺蠕动空肠间置术：原为Billroth-Ⅰ式后出现碱性反流性胃炎，在残胃和十二指肠之间插入一段长约为20～25 cm的顺蠕动空肠，以阻止胆汁反流。如原为Billroth-Ⅱ式吻合，可改为Henle手术。

Roux-Y术式：如原为胃空肠吻合者，可在输入襻口处切断，关闭远端，近端与距吻合口40～50 cm处作端侧吻合。

不切断的Roux-Y胃空肠吻合术式：先行Billroth-Ⅱ式胃空肠吻合，继用闭合器关闭输入襻，不切断，再将闭合近端的空肠输入襻与空肠输出襻行侧侧吻合。

2 结果

手术后一周复查，患者碱性反流性胃炎症状得到缓解，术后2～3个月复查，胃镜检查吻合口正常，无逆流情况，定期连续复查，术后效果良好。

[收稿日期] 2008-04-01 [修回日期] 2008-06-11

3 讨论

碱性反流性胃炎为胃大部切除术后常见的远期并发症，该组病例最早出现为术后15个月，最晚为10年。胃大部切除术时，不论是Billroth-Ⅰ式还是Billroth-Ⅱ式，幽门均被切除，丧失了幽门括约肌的收缩功能，导致胆汁、十二指肠液反流，进入胃内，过量十二指肠内容物反流入胃则引发碱性反流性胃炎[3]。临床表现为上腹部持续性烧灼样疼痛，晨间明显，进食后加重，抗酸药物服用无效，出现胆汁性呕吐，呕吐后症状不减轻。胃液分析胃酸缺乏，食欲差，体重减轻，少数患者可有肠道出血及贫血，胃镜检查可见粘膜水肿，间有红斑，组织脆，易出血，胃粘膜活检呈萎缩性胃炎或浅表性胃炎改变，为明确诊断，可作激发试验。目前，该并发症药物治疗常不能达到满意效果，我们主要以手术治疗其并发症，对于行Billroth-Ⅰ式患者，采用顺蠕动空肠间置术，术后效果得到肯定。Billroth-Ⅱ式患者，再次手术可改为Roux-Y式，可以达到避免胆汁反流入残胃的目的，加作迷走神经切断术，可防止吻合口发生溃疡而提高疗效。不切断的Roux-Y胃空肠吻合术在治疗该并发症中得到普遍肯定，采用该手术方法优点在于：胆汁不能通过输入襻进入胃，而是从侧侧吻合口转入空肠，胃内容物只能进入输出襻，而十二指肠起步电位却能通过闭合处沿输入、输出襻传导，从而保持了空肠基本的蠕动功能，因疗效确切，值得推广使用。

总之，胃大部切除术后并发碱性反流性胃炎，如药物治疗效果差，需要再次行手术治疗时，应明确患者之前采用的是何种术式，并据此选择对应的手术方法，以达到治疗目的。

[参考文献]

[1] 梁荣江，辛业宏，许玉生，等. 胃空肠Roux-Y型吻合术预防胃大部分切除术后碱性反流性胃炎的研究[J]. 九江学院学报(自然科学版)，2006，(3)：56-58.
[2] 尹浩然. 术后碱性反流性胃炎的临床处理[J]. 中国胃肠外科杂志，1999，2(1)：3-5.
[3] 黄志强，金锡御. 外科手术学[M]. 第3版. 北京：人民卫生出版社，2005. 731-732.

（编辑：文 灿）