维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期

胃大部切除术后胃肠吻合口排空障碍的诊断与治疗

鞍山市第三医院外科 赵 英
（辽宁鞍山，邮政编码 114031）

胃大部切除术后残胃排空障碍是一组多原因的综合症，是一组功能性的症候群，它与输出及输入端机械性梗阻有时难以鉴别，近年来其发生率有所上升，由于二者治疗不同，因此提高认识，避免盲目的再手术。作者近 5 年遇到 13 例，现介绍如下。

临床资料

全组 13 例，男 10 例，女 3 例，平均年龄 39 岁，胃十二指肠溃疡 10 例，胃癌 3 例，胃大部切除 B－Ⅰ式 1 例，B－Ⅱ式 11 例，Roux－Y 式 1 例，多数症状于术后 3～7 天内由流质改半流及略硬质食物引起，多数经一周左右治疗病愈，最长症状出现经 21 天治愈。

讨 论

一、病因：胃大部切除术后排空障碍是多原因的，因为胃的排空过程是受神经及体液因素及胃壁肌肉三组协同来完成的，其中迷走神经起主导作用。当其兴奋时，能引起胃底及胃体平滑肌收缩，而胃的蠕动以胃窦最强烈，由于行胃大部切除，改变了正常胃肠道的生理顺序，胃十二指肠内压力的正常梯度差被改变了，同时手术时迷走神经的切除或损伤，胃壁的切除及手术的刺激，胃壁的肌电的减弱干扰了胃壁的正常蠕动，同时，由于吻合口水肿，加之低蛋白血症、精神紧张，水、电解质酸碱失衡，再者食物结构改变加重胃的负担。总之，本症病因是多元性的，很难用单一因素来解释，但从本组看，手术造成的迷走神经损伤，胃肠道正常生理结构改变，吻合口水肿及食物结构变化过快，精神紧张与储多因素是形成这一症状出现的原因。

二、诊断：本症的临床表现主要是进食后上腹胀满、钝痛，随之出现呕吐，呕吐物为含胆汁及食物的胃液，吐后症状缓解，胃肠减压可排出大量胃液，由于患者精神紧张可影响食物的摄入，为排除机械性梗阻可行如下检查。

1. X 线胃肠检查，我们用 75%泛影葡胺经胃管注入，表现为残胃无力，造影剂潴留，吻合口几乎无造影剂通过，输出肠袢近端约有 5～15cm 肠袢粘膜粗大、水肿，造影剂呈线状充盈，间断少量向远端排出。由于用钡剂可加重吻合口水肿，而 75%泛影葡胺为高渗，可减轻水肿，作者遇有 3 例通过该法病情得到缓解。

2. 胃镜，见吻合口水肿，胃内容物潴留，无机械性梗阻。

三、治疗：该症候群一经确诊为用非手术治疗。

1. 包括消除心理紧张，禁食，充分胃肠减压，同时用 3～5%温盐水间断洗胃，同时也可用经胃管注入氢化考的松减轻吻合口水肿，加强营养维持水电解质酸碱平衡，防止低蛋白血症，必要时采用 TPN 维持营养。

2、药物治疗：①胃复安，该药是多巴胺受体拮抗剂，作用于平滑肌，缩短胃排空时间，增强胃的收缩力，常用方法为 30mg 每 6 小时肌注一次。②新斯的明，为传统抗胆碱酯酶药，有很强的平滑肌收缩作用，可增加胃的蠕动，③红霉素，为大环内酯类抗生素，由于它对胃的蠕动有很好的刺激作用，可每 6 小时一次 0.6 静脉点滴。④西沙必利，属 5－羟巴胺第 4 受体激活剂有很好的改善胃动力的药。

关于手术治疗，只有在上述保守治疗无效，不除外机械性梗阻因素时可考虑手术；术式以简单实用输出、输入肠袢的侧侧吻合。

参考文献 略

（收稿日期：1995－07－27）

欢迎撰稿 欢迎指导 欢迎订阅