维普资讯 http://www.cqvip.com

讨　论

一、"0"环的贮存及营养功能　"0"环的长度为 30cm，容量在 1500ml 左右。术后通过代偿扩张可望接近胃的容量。病人术后进食量增加说明了"0"环的贮存功能。利用空肠的生理蠕动及食靡的刺激造成食物在环内循环，延缓了食物进入十二指肠的速度，增加了营养成分的吸收；而且食物经过生理途径有利于食物的消化吸收，均说明了"0"环的营养功能。

二、营养及支持治疗　本组均行空肠营养管造瘘，以解决术后早期的营养支持治疗。除术后静脉高营养外，可经营养管注入营养液。一般术后 24 小时可开始自营养管注入奶液或其它营养品，以提供肠道营养便于体力尽快恢复。

三、预防吻合口瘘　本组未发生吻合口瘘。我们的做法是：用电刀切断或切开肠壁以减少出血并能使粘膜对合好，便于缝合，缝合时避免过密或过稀以及必要的悬挂如"0"环与膈肌固定以减轻吻合口张力；另外，保证"0"环的良好血供，对保证预防吻合口瘘有重要的作用。

四、防治返流性食管炎　本组中钡剂检查有 2 例轻度返流，3 例表现返流性食管炎，经对症处理治愈。我们的做法是：①对于胃下半部肿瘤，术中尽可能保留贲门区，即贲门—胃结合处 2～3cm，使吻合呈喇叭状或成为一个"人工壶腹"，对防止返流有一定的作用。②对于胃上半部肿瘤下方尽可能保留幽门，本身就有防返流作用。

（收稿：1997－12－25）

术后复发性溃疡 21 例临床分析

刘兼善*　邓德芝*

提要　本文分析了我院收治 21 例胃大部切除术后复发性溃疡的病因和治疗，发现术后复发性溃疡的主要原因是残胃泌酸量高和吻合口幽门螺旋菌(Hp)感染。强调施行胃大部切除时，术中注意消除残胃泌酸量高的因素，术后每年进行一次抗 Hp 治疗，长期维持，预防溃疡复发。在治疗上，采用再次手术或强效抑酸剂降低泌酸量和根除 Hp。近几年来，由于一些新的有效抑酸分泌药物的发展，结合 Hp 根除，非手术治疗效果越来越可靠，明显优于再次手术，宜尽可能采用非手术治疗。

关键词　术后复发性溃疡　pH　幽门螺旋菌

近 30 年来，胃大部切除术是我国基层医院治疗溃疡病的主要术式。我院 1980 年 4 月至 1997 年 3 月共收治胃大部切除术后复发性溃疡 21 例，现报告如下。

临床资料

一、一般资料　本组共计 21 例，男 18 例，女 3 例。年龄 21～66 岁，中位年龄 46 岁。体瘦 13 例(占 61.9%)。胃溃疡 7 例，十二指肠溃疡 12 例，复合溃疡 1 例，原发病不清 1 例。胃大部切除术 21 例中，Billroth Ⅰ式 18

* 作者单位：423300　湖南省永兴县人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

例，Billroth I 式 3 例。胃术后溃疡复发时间最短 1 月，最长 22 年，术后复发的平均时间 2.1 年。复发性溃疡伴并发症者 10 例（占 47.6%），其中上消化道出血 8 例，吻合口溃疡穿孔并出血 2 例。

二、诊断与原因　本组病例中属于本院 518 例胃大部切除术后复发者 15 例（复发率 2.9%），外院 6 例，均经胃镜或手术证实。复发溃疡位于吻合口者 17 例，空肠输入袢 2 例，残胃小弯侧和后壁各 1 例。溃疡＜1×0.8×0.3cm 36 例。在无并发症的 11 例中，胃液 pH＜4 有 9 例（81.8%）。17 例作 cpuT 试验，阳性 11 例。Hp 感染率为 64.7%。10 例再次手术，术中发现胃切除不足 4 例，胃窦残留 2 例，输入端肠袢长 25cm1 例，复发原因不清 3 例。

三、治疗

（一）非手术治疗　11 例无并发症者行非手术治疗，采用雷尼替丁 150mg 早晚各服一次，或法莫替丁 20mg 早晚各服一次，或奥美拉唑（Ome，商品名洛赛克）20mg 每日晨服一次（1989 年以来），加枸橼酸铋钾粒剂（商品名丽珠得乐）110mg，4 次/日，再加呋喃唑酮 100mg，3 次/日，或羟氨苄青霉素 500mg，4 次/日，三联治疗 4－6 周。8 例合并出血的病人中 5 例出血量在 500ml 以下者采用胃镜喷洒孟氏液或立止血进行止血后，再继续上述三联药物治疗。

（二）手术治疗　再次胃切除术 5 例，其中加选择性迷切 1 例；胃窦部及吻合口切除 2 例，其中加选择性迷切 1 例；吻合口切除加选择性迷切 2 例；单纯选择性迷切 1 例。围手术期采用氨苄青霉素、甲硝唑二联抗生素静滴。

结　果

一、非手术治疗　16 例中，11 例胃镜复查溃疡愈合、临床症状体征消失，住院时间 4－6 周，平均 32 周，治愈率 68.8%。4 例治疗 3－8 日无效改手术治疗。1 例治愈 1 年后再次复发并出血改手术治疗。1989 年以来抑酸剂采用 Ome 治疗 7 例，溃疡均属愈合。

二、手术治疗　10 例中，9 例治愈出院，平均住院时间 10 日。1 例 57 岁体瘦病人，术后 4 年复发性溃疡并出血，胃镜止血无效改紧急手术，术后出现吻合口漏，致弥漫性腹膜炎、急性肾功能衰竭抢救无效死亡。

讨　论

尽管现代外科和一些新型药物在治疗溃疡病方面已经取得了显著的进展，胃大部切除术治疗溃疡仍作为一种常用的标准术式，疗效早已肯定，但术后复发性溃疡仍有一定的发生率，本院为 2.9%。现就术后复发性溃疡发生的主要因素及其治疗探讨如下：

一、残留胃泌酸量高

（一）胃切除量不足　本组 10 例再次手术，发现 4 例是此种原因。我院外科医师虽已注重此因素，多采用 Billroth II 式，以便胃切除范围能达到≥2/3，但仍有疏忽，遗留溃疡复发因素。

（二）胃窦残留　本组 2 例，由于残留的胃窦与酸隔离，失去正常的抑制胃泌素释放的反馈机制，且又受十二指肠液的返流刺激，引起持续性胃泌素增高。有人认为胃窦残留仅 1～2cm 就足以引起溃疡复发[1]。所以在行胃大部切除术时，为充分切除胃窦腺，必需注意胃小弯的切除量。

（三）输入袢过长　1 例长达 25cm，残胃仍有壁细胞分泌胃酸，吻合口输入袢愈长，抗酸能力愈差，愈易致溃疡复发。因此，输入袢不能超过 10～15cm。

（四）胰源性　有人报道胰源性者约占复发性溃疡的 6%[2]，胃大部切除术后迅速复发，应考虑胃泌素瘤分泌大量的胃泌素，使胃酸过度分泌，从而产生溃疡。

二、吻合口感染　文献报道胃吻合口溃疡 62%的患者 Hp 阳性[3]，与本组的 64.7%

维普资讯 http://www.cqvip.com

相近，因此，Hp 在术后复发性溃疡发生中占有重要地位。Hp 是在胃粘膜表面粘液层内繁殖，受到碱性粘液保护，它可合成一种蛋白酶，致胃蛋白酶丧失其胶体性状，胃粘膜屏障受损，导致 H^+ 回渗，胃粘膜上皮细胞损害，形成糜烂和溃疡。显然胃大部切除术后抗 Hp 治疗是预防溃疡复发的重要措施，本组术后复发平均时间 2.1 年。文献报道治疗组中无溃疡的间歇期为 1—2 年，愈后单用抗 Hp 治疗，每年一次，长期维持，发病率明显减少[4]。

三、治疗

（一）非手术治疗　本文认为对未穿孔的复发性溃疡应先采取积极的非手术治疗，主要是抑制胃酸分泌和根除 Hp，合并出血者需通过胃镜止血。近年来由于一些药物的发展，疗效逐步提高，本组治愈率 68.8%。抑酸分泌的新药有：胺 H2 受体拮抗剂，能抑制胃酸分泌，促进溃疡愈合；法莫替丁抗胃酸分泌作用比雷尼替丁强；Ome 是壁细胞质子泵强效阻断剂，在 24h 内均匀地抑制胃酸分泌，不受进食或其它刺激的影响，而且没有耐药性，有人称它的问世，使所谓难愈性溃疡已不复存在[5]。1989 年以来采用 Ome 治疗 7 例均治愈，在此以前采用雷尼替丁或法莫替丁治疗 9 例中仅 4 例治愈，可见 Ome 抑酸作用强，优于法莫替定[6]。现国外又生产一种新型质子泵阻断剂兰索拉唑(lan)。

根除 Hp 可以加速溃疡愈合，同时提高溃疡的愈合率，Hp 根除使溃疡愈合率为 83.2%[7]。临床治疗中，胶体泌剂对 Hp 有较强的杀菌作用已为大家熟知，羟氨苄青霉素、呋喃唑酮等抗菌药物对清除胃内 Hp 的繁殖有肯定的疗效。采用强抑酸剂既降低泌酸量又是抗菌治疗效果更好的条件，因为无酸或低酸条件下更易清除 Hp[8]，三联药物（Ome、铋剂、抗生素）疗效可靠。

（二）手术治疗　对合并有穿孔，胃空肠结肠瘘的复发性溃疡，或合并出血内镜止血无效的复发性溃疡或非手术治疗 4 周无效的复发性溃疡应再次手术。术前应尽可能作详细检查，以便明确复发原因；术中仔细探查，判断复发原因，如术中未发现明显的原因，必需仔细检查胰腺是否有增生或肿瘤，残胃和小肠是否有异位胰组织存在，然后选择相应的术式。对胃切除不足者，选用足量的胃切或加选择性迷切；对输入袢过长者，则缩短输入袢；对胃泌素瘤者，则行瘤体剥除/或全胃切除术；对找不到原因者，可切除包括吻合口在内的少量残胃，或单行选择性迷切。"围术期"选用二联对 Hp 有效的抗生素，清除术中污染之 Hp，愈后同样需每年抗 Hp 治疗一次，长期维持，以防再次复发。

术后复发性溃疡的病人，往往有数年至数十年溃疡病史，致使病人处于慢性营养不良状态。本组体瘦者占 61.9%，中位年龄(46 岁)较高，合并存在心血管、肝、肾、肺、神经内分泌疾病较多，耐受再次手术能力差，易发生术后并发症，且难以挽救，导致死亡率增高，本组 1/10 死亡。在选择治疗方案中应尽量避免手术。自 Ome 问世后，药物治疗效果越来越明显，新一代质子泵抑酸剂兰索拉唑(Lan)又问世，Lan 治疗效果比 Ome 更可靠[9]。对合并出血的病人，应采取积极的止血措施，如内镜止血或药物止血。现有人报道 Ome 20mg/d 加立止血 2KV/d 合用 3d 治疗上消化道出血，止血成功率达 98%[10]，止血后继续三联药物治疗。非手术治疗明显优于再次手术。因此，应尽可能非手术治疗。

参考文献

1、梁尚农. 吻合口溃疡的发病情况和远期疗效. 广东医学，1984，(1) 5；6.

2、黄庭. 胃十二指肠良性疾病外科诊治的 10 年进展. 实用外科杂志，1991，11 (9)；423.

3、段芳龄. 幽门螺旋菌研究的现状. 中华消化杂志，1991，11(2)；65.

4、王亮陛. 消化性溃疡预防与复发的研究现状. 新消化病学杂志，1996；4(3)160；161.