维普资讯 http://www.cqvip.com

1274(6)

胃切除；胃肠重建；术式；胆汁返流

局解手术学杂志 1994 年第 3 卷第 1 期总第 9 期

除后(1)恢复了神经的微循环障碍，供氧相继改善；(2)轴浆运输活力物质通畅；(3)神经传导障碍(细胞膜通透性及离子梯度改变)消除。本组例 8，术前手尺侧剧烈难忍的持续性灼痛，术前有肘外伤史，术中可见明显腱膜压迫和腱鞘囊肿压迫，术后即刻疼痛消失的事实，有力地反映了受压伤害之神经的束内压增高理论的正确和束膜切开减压术的必要性[8]。

我们对肘管综合征的手术治疗是持积极态度的。一经确诊，应尽快手术。我们认为Ⅰ度和Ⅱ度患者保守治疗是无效的，其必须手术。而保守治疗 1 个月不见好转的Ⅰ度患者亦可列为手术适应症。术前症候越轻，肌肉萎缩不明显者恢复越快且越好，症候越重，而有明显肌肉萎缩者恢复较慢，需时较长。

参考文献

1. 朱盛修，等. 神经松解术治疗肘管综合征，解放军医学杂志 1986；6：452.
2. 张威中. 臂丛神经损伤的临床病例讨论，中华显微外科杂志 1987；10(3)：185.
3. 朱盛修，等. 周围神经束膜减压术治疗灼性神经痛及其机理探讨，中华外科杂志 1984；22(5)：281.
4. 阚世康，等. 肘管综合征，中华骨科杂志 1990；10(4)：266.
5. 张高孟，等. 肘管综合征，国外医学(创伤与外科基本问题分册) 1986；3：143.
6. 贺长清. 神经束膜切开减压术治疗神经嵌压症 7 例报告，中华显微外科杂志 1988；11(3)：184.
7. 毕于训. 神经束间松解术治疗肘管综合征，中华显微外科杂志 1987；10(4)：218.
8. 王培泽. 神经疾病综合征，第 1 版，石家庄：河北科技出版社 1989；82～83.

(收稿：1993—12—17)

13—14

胃大部切除术后胃肠道重建术式的探讨

浙江绍兴二院外科 李玖维 马校军

胃镜室 余卫林 柳柏寿

R656.61

(浙江绍兴，邮政编码 312000)

[提要]本文通过纤维胃镜检查的 100 例胃大部切除术后，胃肠重建术式与胆汁返流性胃炎的关系进行探讨分析，其中毕罗Ⅰ式＋Braun 吻合在预防胆汁返流入残胃确是有效的，术后无近、远期并发症，且操作方法简单方便，具有一定的临床实用价值。

[关键词]胃肠重建术式；胆汁返流。

我院外科近 3 年来通过纤维胃镜检查了因各种原因行胃大部切除术后的 100 例病人，现根据胃镜检查结果对各种胃肠道重建术式与胆汁返流性胃炎的关系进行讨论分析。

临床资料

100 例中男 65 例，女 35 例，男女之比为 2.7∶1。术后距胃镜检查时间为 3～6 月者 12 例，7～12 月者 20 例，12 个月以上者 68 例。术式：毕罗Ⅰ式 20 例，毕罗Ⅱ式 14 例，毕罗Ⅰ式＋Braun 吻合 66 例，其中 Braun 吻合口径小于 3cm 者 3 例，4.5～5cm 者 63 例。术前原发疾病：胃溃疡 18 例，十二指肠球部溃疡 3 例，胃癌 79 例。胃镜检查见有胆汁返流者 23 例，无胆汁返流者 77 例。胆汁返流与术式的关系：毕罗Ⅰ式 20 例中有 11 例返流，占 55%，其中重度返流 8 例，中度返流 3 例。毕罗Ⅱ式 14 例中有返流 9 例，占 64%，其中重度返流 8 例，中度返流 1 例。毕罗Ⅰ式＋Braun 吻合 66 例中有返流 4 例，占 6%，均为轻度返流。

胃镜下观察胆汁返流性胃炎分类标准：

一、轻度者粘膜轻度充血、水肿、红白相间，以红为主，少量黄色泡沫从吻合口冒出。

二、中度者胃粘膜充血、水肿明显、粘膜皱襞增粗，大量黄色泡沫从吻合口涌出。

三、重度者粘膜充血、水肿或糜烂、出血、溃疡形成等炎性改变。并有大量黄色泡沫从吻合口喷出，越靠近吻合口的残胃粘膜炎性改变越明显。

讨　论

自从 1881 年 Billroth 在维也纳首次成功施行胃切除以来，迄今已有 112 年。胃大部切除后的

维普资讯 http://www.cqvip.com

胃肠道重建方式，是以毕罗Ⅰ式或Ⅱ式为基础。胃部分切除术后毕罗Ⅰ式或Ⅱ式吻合，在我国也有几十年历史。该术式一方面经大量临床病例证实它确是一种治疗胃溃疡、胃癌的有效方法，另一方面由于各种近期和远期并发症的发生，表明它仍不是一种最理想的手术，尚有许多问题是需要进一步研究，其中的一个并发症——胆汁返流性胃炎，已逐渐被近代所重视。

Van Heerden 在 1969 年首次提出碱性返流性胃炎[1]，以后 Sucdamore 将其称之为胆汁返流性胃炎[2]。一般认为其发病机制是由于胃大部切除术后，失去幽门功能，十二指肠液返流入残胃，其中以胆酸盐为主要成份破坏了胃粘膜屏障，使胃酸、胃蛋白酶与胃粘膜直接接触，促使胃粘膜上皮细胞自身消化。胆汁使氢离子逆扩散及胆酸盐弥散入粘膜、刺激肥大细胞释出组织胺。此外，胃大部切除后因胃泌素显著下降，削弱了对胃粘膜的营养作用，致使胃粘膜炎症的发生。Roux 在 1893 年采用 Y 型吻合，以期转流胆汁，也因发生吻合口溃疡而主张加做双侧迷走神经切断，使手术更趋复杂而未获推广。我院曾在 1989 年对 4 例患者采用了 Roux－Y 式吻合，其中有 1 例于术后发生上消化道大出血，第二次手术时发现其吻合口及输出袢近段有溃疡达 7 处之多。故近几年来笔者多采用毕罗Ⅰ式胃次全切除，横结肠前顺蠕动胃空肠吻合术加作 Braun 吻合 166 例，Braun 吻合口直径 4.5～5cm，其中 66 例经胃镜检查：残胃粘膜及吻合口正常。Braun 吻合后，使胆液、胰液自输入袢直接流入输出袢，避免了输入袢梗阻，同时亦减轻了十二指肠盲端的压力，有利于残端的愈合。本组 66 例均一期愈合，无近期并发症。毕罗Ⅱ式胃切除术后胆汁返流性胃炎的发生，与十二指肠及空肠输入袢内碱性胆汁、胰液及肠液潴留的时间长短及返流入胃内的量有关。Braun 吻合相应地缩短了输入袢，使十二指肠液在输入袢内停留时间缩短，使一次性排入量减少。另一方面，十二指肠液经 Braun 吻合口直接进入输出袢，使得排入残胃内的碱性液体减少，能有效地降低胆汁返流性胃炎的发生率。文献报道[3]有人做双 Braun 吻合口防止胆汁返流，效果亦十分明显。通过本组资料复习，笔者认为只要 Braun 吻合口径达 4.5～5cm，就可有效地引流十二指肠液。我们胃镜检查结果显示：毕罗Ⅰ式术后残胃有重度、中度胆汁返流占 64%，毕罗Ⅰ式占 55%，而毕罗Ⅱ式＋Braun 吻合仅占 6%。预防胆汁返流效果后者明显优于前两者。

综上述，我们采用了 Braun 吻合在预防胃大部切除后近、远期并发症方面收到良好效果，其操作方法方便简单，具有一定的临床实用价值。

参考文献

1. Van Heerden J A, et al. Postoperative alkling reflux gastritis: Surgical implications, Am J surg 1969;118:426.
2. Swdamore HH, et al. Bile reflux gastritis: Diagnosis, medical and surgical therapy. Am J Gastroenterology 1973;60:9.
3. 王得厚. 毕罗Ⅰ式加做双 Braun 吻合术预防返流性胃炎. 实用外科杂志 1982;2(5):235.

（收稿：1994—01—27）

10 例低位结扎胸导管治疗及预防食管癌切除术后乳糜胸的研讨

邯郸钢铁总厂职工医院外科 张玉荣

（河北邯郸，邮政编码 056001）

食管癌切除术后乳糜胸是一种少见而严重的并发症。其发生率为 0.6～0.8%，死亡率为 22～25%[5]。多发生于中上段食管癌与周围组织粘连较重，经切除行弓上或颈部吻合术后。作者自 1987 年 6 月至 1988 年 12 月，共行胸导管结扎 10 例。起到了治疗及预防食管癌切除后乳糜胸的作用，现报告如下。

临床资料

本组共 10 例，男性 5 例，女性 5 例。年龄最小 35 岁，最大 63 岁，平均年龄 45.9 岁。病变位于食管中段者 7 例，位于中上段者 3 例。切除食管后均以胃代替。吻合口位于胸内主动脉弓上者 7 例，位于颈部者 3 例。除 1 例于术后第 16 天再次开胸（经右侧进胸）结扎胸导管外，其余 9 例均在术中