DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.08.045

论著

文章编号:1000-5404(2002)08-0970-02

胃大部切除胃空肠同步顺蠕动吻合的近期临床疗效观察

姜殿喜[1],石 彦[2] ([1]重庆市三峡中心医院外科,重庆 404000;[2]第三军医大学附属西南医院普通外科,重庆 400038)

提 要:目的 观察胃大部切除胃空肠同步顺蠕动吻合治疗胃、十二指肠溃疡及胃窦癌的近期临床疗效。方法 对实施该术式的80例患者术后3~6月临床随访结果分析、总结。结果 全组病人全部痊愈出院。术后VisickⅠ~Ⅱ级者为90%;术后胃酸浓度明显下降;胃液胆酸浓度虽较术前有所升高,但无显著差别;术后胃镜检查未发现胆汁反流,近期无溃疡复发。结论 胃大部切除、胃空肠同步顺蠕动吻合术能降低胃酸,能有效防止胆汁反流发生,是BⅡ式胃大部切除术中较理想的术式。

关键词:胃大部切除术;胃十二指肠溃疡;胃窦癌;胃酸;胆酸
中图法分类号:R605;R656.61 文献标识码:A

Short-term efficiency of partial gastrectomy with isoperistaltic gastrojejunostomy

JIANG Dian-xi, SHI Yan (Department of Surgery, Sanxia Center Hospital, Chongqing 404000, China)

Abstract: Objective To study the clinic results of 34 cases of chronic duodenal ulcer, 28 cases of gastric ulcer and 18 cases of antral carcinoma of stomach patients treated by partial gastrentomy with isooperistaltic gastrojejunostomy. Methods The clinic follow-up results of the patients mentioned above were investigated and analyzed. Results All patients were cured. Seventy-two patients (90%) with 3—6 months of follow-up after operation achieved Visick grade Ⅰ to Ⅱ. Gastric acid secretion was significantly reduced after operation. No significant difference showed between both although the concentration of bile acids in gastric juice after operation was higher than that before operation. No ulcer recurrence and biliary reflux were found by endoscopic examination. Conclusion Partial gastrectomy with isoperistaltic gastrojejunostomy is a better operation of BⅡ partial gastrectomy since it can not only decrease acid secretion, but also prevent biliary reflux.

Key words: partial gastrectomy; gastroduodenal ulcer; antral carcinoma of stomach; bile acid; gastric acid

自1996年9月至2001年4月,我科采用胃大部切除结肠后胃空肠同步顺蠕动吻合的方法治疗胃、十二指肠溃疡及胃窦癌患者共80例,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般临床资料

本组患者80例,男43例,女37例,年龄19~67岁,平均48岁。病史3~40年,其中胃溃疡28例,十二指肠溃疡34例,胃窦癌18例。全部患者术前均行胃镜检查、胃酸及胆酸测定,56例患者术后3~6个月进行上述项目的复查。

1.2 手术方法

常规行胃大部切除术,关闭十二指肠残端,胃大弯侧留4 cm待行结肠后胃空肠吻合术。在距离屈氏韧带12 cm之空肠对系膜侧与胃后壁进行缝合,用1号丝线在距吻合口4 cm将空肠与胃后壁由近及远平行缝合4排,每排缝合3~4针,均为间断缝合。胃大弯侧经粘膜下止血后,横行切开空肠对系膜侧半周,与胃进行间断全层缝合加前壁浆肌层包埋。胃管放入空肠输入端,最后将横结肠系膜裂孔间断缝合于残胃壁上。

1.3 检查方法及指标

1.3.1 临床疗效观察 按Rehnberg[1]改良的Visick标准评价。

1.3.2 胃液中胃酸测定 采用肌注5-肽胃泌素方法分别测定基础胃酸分泌量(Basal acid outoput, BAO)、最大胃酸分泌量(Maximal acid output, MAO)和高峰胃酸分泌量(Peak acid output, PAO)。

1.3.3 胃液胆酸测定 取空腹胃液,采用放射免疫法测定。

1.3.4 胃镜检查 重点观察吻合口和胆汁反流情况、观察有无溃疡及肿瘤复发,并取吻合口处粘膜活检。

1.4 统计学处理

数据以$\bar{x}\pm s$表示,采用SPSS程序进行t检验。

2 结果

2.1 临床疗效

本组80例患者在术后5~7 d进食流质,9~10 d开始进半流质饮食,10~15 d痊愈出院。术后3~6月56例获得随访,术前症状消失,无溃疡及肿瘤复发。4例有上腹部间断隐痛,未进行特殊治疗自行缓解;4例餐后腹胀,服用吗叮啉或助消化药物可缓解;2例有进食高糖饮食后心慌出汗,平卧休息后可缓解;2例进食高脂饮食后出现腹泻,服助消化药物后缓解。属VisickⅠ~Ⅱ级者占90%,VisickⅢ级者占10%,无VisickⅣ级者。

2.2 胃酸变化情况

术后BAO、MAO、PAO均明显低于术前,见表1。

表1 手术前、后胃酸变化(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

Tab 1 Changes of gastric acid before and after operation (mmol/L, $\bar{x}\pm s$)

	n	BAO	MAO	PAO
Before operation	80	7.03±3.23	20.25±2.36	25.37±5.12
After operation	56	2.25±1.33*	6.83±3.37*	7.01±4.23*

*: $P<0.01$ vs before operation

作者简介:姜殿喜(1954—),男,黑龙江省讷河市人,副主任医师,主要从事胃肠外科方面的研究,发表论文12篇。电话:(023)58132385

收稿日期:2002-04-08;修回日期:2002-06-18

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.3　胃液胆酸浓度变化

术后活检的 56 例患者胃液胆酸浓度为(36.63±28.08) μmol/L, 较术前(33.65±22.38)μmol/L 有所升高, 但无显著性差异($P>0.05$)。

2.4　胃镜检查

术后 56 例行胃镜检查, 未见溃疡及肿瘤复发, 未见胆汁反流, 吻合口无明显炎症表现, 病理活检未见严重胃炎、粘膜萎缩、肠上皮化生及残胃癌。

3　讨论

胃大部切除术是治疗胃、十二指肠溃疡的常用术式, 但该术式并发症较多, 金世龙等[2]报道术后随访 10 年缺铁性贫血占 33.3%、倾倒综合征占 22.5%、反流性胃炎及残胃癌各占 1.9%。残胃癌发生的主要原因是由于胆汁反流所致, 这是因为胃液中胆酸能增强胃粘膜通透性, 引起 H^+ 逆向弥散, 造成粘膜水肿、出血、糜烂, 长期反流可引起萎缩性胃炎和胃粘膜上皮化生, 导致残胃癌发生。同时, 由于胃大部切除术后胆汁反流及胃酸下降, 导致细菌特别是下消化道细菌可在胃内大量繁殖, 使细菌量明显增加, 从而可促使胃内胆酸转变成游离胆酸。而且, 细菌还可以催化亚硝基反应, 使 N-亚硝基化合物和游离胆酸浓度升高, 可导致胃癌发生[3]。文献[4]报道, 胃大部切除术后胃反流率高达 98%。引起 BⅡ式反流的原因较多, 其主要原因为: ①丧失了幽门括约肌。②术后胃上提回缩, 尤其是残胃较少者, 使输入袢蠕动方向正好对着残胃, 严重的可形成双筒胃。③残胃排空张力下降。因此为了防止反流, 一些术式相继出现。其中沈世平[5]报道胃大部切除行 Roux-Y 及幽门再造术在抗反流方面有一定的作用, 但该术式术后有部分患者发生吻合口溃疡及胃排空延迟。其主要原因是空肠被切断, 使来自十二指肠的起搏活动不能向下传导, 异位起搏电位引起的非传导性和向口传导性电活动增加, 可使部分患者发生雍滞症, 致使胃内酸性内容物与吻合口附近抗酸能力较差的空肠长期按触, 因而易发生吻合口溃疡, 故该术式亦非理想术式。在探讨新的抗反流术式方面, 我们对本组行胃大部切除、胃空肠同步顺蠕动吻合的 80 例患者进行观察, 发现术后 3~6 月临床疗效较好, Visick Ⅰ~Ⅱ级患者占 90%, 无 Visick Ⅳ级的患者。术后胃液胆酸浓度较术前有所升高, 但无显著差别。术后胃镜检查未见胆汁反流、未见残胃及吻合口明显炎症、未见溃疡及肿瘤复发、未见肠上皮化生及残胃癌, 因而有较好临床效果。

本方法的抗反流机制是: ①使胃与空肠输入袢协调、形成同步顺蠕动, 空肠与胃后壁贴合, 两者同时收缩, 共同运动。残胃与输入袢的排空方向相同, 使输入袢的内容物不向胃内排出。②术后胃上提回缩也使输出袢上提, 输入袢始终高于输出袢, 因而不会形成双筒胃。这样十二指肠液在由近侧空肠输入时呈直线方向由输入端向输出端输送, 并不需要进入胃内再排出, 因而减少反流。③胃后壁与输入袢贴合为一体, 共同构成一个活动瓣膜, 且因采用空肠横切口, 当吻合口收缩时具有类似幽门的开闭功能, 故可有效的阻挡反流。本组资料证实上述结果。

因而, 我们认为该术式具有较好的抗反流作用, 且又不增加吻合口溃疡的发生率, 是一个较为可行而理想的术式。

参考文献:

[1] Rehnberg O. Antrectomy and gastroduodenostomy with or without vagotomy in peptic ulcer disease: A prospective study with a 5 years follow-up[J]. Acta Chir Scand, 1983, (Suppl 515): 5-9.

[2] 金世龙, 王代科. 胃大部切除术治疗消化性溃疡的远期并发症[J]. 中国实用外科杂志, 1994, 2(2): 93-95.

[3] 余佩武, 蔡志民. 残胃癌的诊断与治疗[J]. 重庆医学, 1999, 28(5): 378-379.

[4] 何运良. 碱性反流性胃炎[J]. 国外医学: 外科学分册. 1999, 26: 210-212.

[5] 沈世平. 胃大部切除 Roux-Y 吻合及幽门再造术 36 例分析[J]. 江西医学院学报, 1998, 38(1): 134.

(编辑　王　红)

(上接 969 页)

卵管膨大的部分, 因而较小, 且边界清晰, 由于孕 30~40 d 时很难在包块内看到胎心搏动, 所以对于血 β-hCG>3.1 μg/L 的患者, 有症状侧附件区若存在混合或低回声包块, 即使较小, 也应警惕宫外孕。

停经 40 d 以后, 随着孕龄增加, 妊娠囊逐渐长大, 到一定限度时发生破裂或流产, 孕龄越大, 输卵管血运越丰富, 破裂或流产时出血就越多, 包块也越大。不等量的积血块、绒毛、流产胚胎及新鲜积血包绕在妊娠段输卵管的周围, 使超声图像表现为, 附件包块形态不规则, 边界不清晰, 内部回声强弱不等。出血量多时, 常伴有腹腔或/盆腔积血。少部分宫外孕如宫角妊娠或壶腹部妊娠, 虽孕龄较长, 但未破裂, 其包块较小, 但常能看到清晰的胎心搏动, 不难诊断。

因宫外孕与宫内孕有相同的内分泌变化, 故子宫增大变软, 内膜出现蜕膜反应[2], 因而文中 58 例患者子宫内膜增厚>1.0 cm。但由于输卵管妊娠时 hCG 分泌不足, 蜕膜发育不健全, 因而有 29 例内膜厚度≤1.0 cm, 及 13 例患者蜕膜剥离而发生出血, 宫内少量积血, 超声检查常似假孕囊[3]。宫内假孕囊位于子宫中央, 纵切面呈水滴状, 宫内真孕囊纵切面位于宫腔线稍偏前或后方, 呈光滑的圆形或椭圆形, 周边回声较强。

通过对以上 100 例宫外孕的资料分析, 我们认为, 根据患者就诊时的孕龄大小, 结合附件包块的大小, 性质, 盆、腹腔积液, 子宫内膜改变及有关化验检查可以提高 B 超对宫外孕的诊断率。

关键词: 宫外孕; 超声诊断

中图法分类号: R714.220.4　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 丁曼琳 主编. 妇产科疾病诊断与鉴别诊断[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 163.

[2] 乐　杰 主编. 妇产科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 105-107.

[3] 周永昌, 郭万学 主编. 超声医学[M]. 第 3 版. 北京: 科学技术文献出版社, 1998. 1 208.

(编辑　张大春)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net