DOI:10.16016/j.1000-5404.1983.01.012

胃大部切除术后近期再手术问题

第一附属医院普外科

林水金 詹新恩 蔡志民 房殿春

本文所讨论的再手术，系指在胃大部切除术后一月内由于发生与手术有关的并发症而施行的二次以上的手术处理。

我科自1975年8月至1981年8月，6年间共做胃大部切除术596例。发生早期并发症16例，发生率为2.6%。施行再手术10例，再手术率为1.7%。死亡一例，再手术死亡率为10%

临床资料（见表1）

表1 胃大部切除术后近期并发症及处理

并发症	病例数	处理	转归
腹腔出血	2	再手术止血	治愈
膈下脓肿	9	5例自切口引流 4例切开引流	8例治愈 1例死亡*
吻合口瘘	1	持续负压吸引	治愈
十二指肠残端瘘	1	持续负压吸引（手术引流）	治愈
吻合口破裂（1式）	1	再手术修补	治愈
输出袢梗阻	1	再手术松解	治愈
胃肠肠吻合	1	再手术纠正	治愈

* 为一晚期胃平滑肌肉瘤并发出大出血的患年病人，后又合并金黄色葡萄球菌败血症，抗治无效。

讨论

一、再手术的原因：

胃大部切除术后近期再手术的原因，通常是术后出血、各型瘘、吻合口部位梗阻及肠梗阻等。而本组再手术的主要原因是膈下脓肿（占40%）。与文献资料[1]比较差别较大（见表2）。

本文再手术10例的原疾患中，胃溃疡2例，十二指肠溃疡8例，此与文献[1]中关于再手术者的原疾患十二指肠溃疡较胃溃疡为多见相一致。而本组有4例为急症手术后，6例为择期性手术后，这与文献报道的发生于急症手术较发生于择期性手术为多的结论不相符合。值得注意的是，从本组的资料看出，胃大部切除术后近期并发膈下脓肿的病例数增多，再手术的病例数亦多（4例）。究其原因与下例因素有关：1.忽视手术中的彻底止血和对膈下积血积液的彻底清除。有的学者认为[3]，许多膈下脓肿实际上是感染性血肿。2.由于手术操作不完善

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

表2　再手术的原因（%）

原因 / 作者	术后出血	各型瘘	吻合口部位梗阻	肠梗阻	膈下脓肿
白鸟氏	12.1	12.1	3.0	21.2	
木村氏	20.2	14.4	14.4	24.6	
渡部氏	29.1	25.0	12.5	29.1	
本文	20.0	10.0		10.0	40.0

和手术时机选择不当。吻合口和十二指肠残端瘘是引起膈下肿脓的重要原因。其发生原因，多与操作欠妥善、不细致和手术时机选择不当有关。3.由于手术方式选择不当。如在行胃大部切除术的同时，进行一些无计划的附加手术，如脾切除和胆道手术等，是发生膈下脓肿的又一重要原因。本组各发生一例。

二、关系到再手术成败的几个问题：

（一）正确掌握再手术的适应症：

1．需急症手术者：

（1）输出袢和输入袢内疝：一旦诊断明确或经必要的检查仍不能排除者，需急症再手术。非手术治疗的死亡率为100%，而手术的死亡率为30%。所以不宜等待观望。

（2）腹腔内出血：多因胃右动脉或右胃网膜动脉结扎欠牢，术后结扎线松脱所致。本文两例经及时再手术止血治愈。

（3）旷置的溃疡或遗漏的溃疡大出血：一般保守治疗难以奏效，应及时手术处理。

（4）肠梗阻：对疑有绞窄的可能，或因粘连所致不易缓解的机械性梗阻应及时手术。

（5）膈下脓肿：应及时手术引流并保持通畅。

（6）残胃坏死。

（7）胃回肠吻合：宜在经全身支持治疗后及早手术。

（8）胆道或胰管损伤。

2．先行保守治疗无效者：

（1）吻合口梗阻：一般有可复性和难复性之分。可复性多因吻合口水肿，残胃无力和术后胃排空障碍等因素引起，往往需时10—14天或更长方能缓解。如确因难复性梗阻因素（吻合口狭小及外部机械性压迫）所致，宜行择期手术治疗。

（2）吻合口或残胃小弯侧残端出血：如出血缓慢，估计为小血管出血，可先采用经胃管行冰冻生理盐水灌洗，注入止血药物（云南白药和去甲肾上腺素溶液等）多可达到止血目的。如仍不能控制出血，则出血可能来自较大动脉，应立即考虑手术止血。

（3）吻合口瘘：通过禁食、支持治疗、持续有效的胃肠减压以及腹腔的持续负压吸引，多可自愈。

（4）十二指肠残端瘘：通过持续负压吸引，加强支持疗法，常可自愈。如保守治疗无效，应待局部组织炎症水肿消退，病人一般情况较好时，行择期手术。

（5）粘连性不全性肠梗阻：对此类病人，不宜轻易再手术治疗。否则一次比一次粘连重，使病情更加复杂化。通过非手术治疗和饮食调节多能治愈。

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

（二）周密考虑手术方案，手术力求从简：

不能轻视再手术，其重要性并不亚于原手术。胃大部切除术后，如发生早期并发症，则应分析并发症的关键问题所在。首先考虑是否须手术治疗，选择最简单而又能解决问题的手术方法。如因粘连所致肠梗阻的再手术，应力求松解导致肠梗阻部位的粘连，而不宜分离所有的粘连。一方面易引起付损伤，另一方面还会造成更加广泛的粘连。避免采取再开腹进去看看办的轻率态度，这样会带来“一刀未除，再来一刀”的严重后果。

（三）必须重视再手术的术前、术后的支持治疗：

支持治疗对于近期再手术的病人非常重要。如术后短时间内再手术，因前次手术的创伤影响尚未完全消除，病人的一般情况均较差，故再手术易于失败。如在再手术之前尽可能的给予静脉高营养、输血等支持治疗，纠正负氮平衡，改善病人的全身情况，可增加再手术的安全性和促进术后的恢复。如情况急迫，术前一时难以办到，应在再手术后给予静脉高营养或输血的支持治疗或在再手术的同时，作一空肠造瘘，备术后灌注高营养流质或“要素饮食”，对术后的恢复亦大为有利。尤其是对于治疗吻合口瘘、十二指肠残端瘘及危重病例更显得重要。本文有4例应用了静脉高营养疗法，疗效显著。

参 考 文 献

（1）蔚显伟：胃大部切除的早期并发症。第1—3页，134—140页，安徽科学技术出版社，1979

（2）Bonfils—Roberts, EA：Treatment of Subphrenic abscess. Surg Clin N Am 55：1361—1365，1975

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