

胃空肠吻合术后输入段梗阻 6 例临床分析

舒早生¹ 江志福¹ 胡建党¹ 汤海英²

(1 江西省余干县中医院 余干 335100; 2 江西省余干县人民医院 余干 335100)

关键词: 胃空肠吻合术; 胃切除术; 手术后并发症; 输入段梗阻; 临床分析

中图分类号: R 619⁺.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0043-01

我院自 1999 年 1 月至 2003 年 12 月收治 6 例胃空肠吻合术后输入段梗阻病例, 效果满意。现分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 6 例: 男 5 例, 女 1 例; 年龄 30 岁至 73 岁, 其中 50 岁以上 3 例; 农民 4 例, 工人 2 例。

1.2 临床特征 (1) 症状: 首发症状为上腹痛, 阵发性加剧。呕吐频繁 4 例, 恶心 2 例, 呕吐胆汁样液体 2 例, 伴腰背痛 2 例。均无排便及肛门排气。(2) 体征: 均无发热, 休克者 3 例。腹部体征为中上腹隆起, 上腹部手术疤痕。触及中上腹部包块 3 例, 上腹部压痛 3 例, 腹肌紧张满腹胀痛反跳痛 2 例; 肠鸣音亢进 3 例, 肠鸣音消失 3 例。(3) 发病诱因: 发病前暴饮暴食 3 例, 过度疲劳伴精神紧张 1 例, 剧烈活动 1 例, 患“感冒”1 例。(4) 既往史本组 6 例为毕 II 式胃大部切除术后(入院记录追问病史对前次术式不详有 2 例, 为本次手术探查后证实), 胃溃疡 2 例, 十二指肠溃疡 4 例; 手术史最长者 23 年, 最短为 1 年; 有反复发作上腹部痛史 1 例。

1.3 辅助检查 (1) 血常规 WBC 升高 4 例, 其中 1 例 $23.1 \times 10^9/L$; RBC 下降 3 例, 1 例 $2.11 \times 10^{12}/L$ 。(2) 血尿淀粉酶升高 1 例, 血淀粉酶 500U/dl, 尿淀粉酶 1200U/dl (somogyi 法)。(3) 血钙下降 1 例 1.9mmol/L。(4) 腹部 X 线检查见孤立、突出胀大的肠袢 3 例。(5) B 超探示胰腺肿大 1 例, 坐立探示肠管扩张上腹部气液 3 例, 1 例巨大中上腹液性暗区。(6) 腹腔穿刺血性 2 例, 脓性 1 例。

1.4 治疗, 全部患者予手术探查。均见输入段空肠梗阻、扩张、充气积液。绞窄坏死 3 例, 其中 1 例伴十二指肠坏死, 腹腔内脓血性液 1600mL。空肠输入段过长约 40cm 1 例, treitz 韧带过于偏左 2 例。行输入袢空肠部分切除、全切除 3 例, 置管行胆肠液外引流 3 例。予空肠 Roux-en-y 吻合术 5 例, 输入输出段侧侧吻合 1 例。本组病例均治愈, 随访 1 年无复发。

2 讨论

2.1 病因 本组病例均为毕 II 式胃切除术后远期并发症^[1], 胃与空肠的吻合改变了其解剖结构及生理功能, 出现输入段梗阻可由多种因素引起。暴饮暴食或其它刺激可作为起病的诱因, 本组 2 例 treitz 韧带过于偏左, 输入段过长 1 例亦为发病的解剖因素。更主要笔者认为毕 II 式胃切除引起解剖生理改变, 胆胰十二指肠液通过输入段空肠进入胃, 胃酸、胃液直接进入空肠, 胃和空肠均要承受不合生理的酸碱环境压力,

使胃肠的粘液、粘膜屏障受到破坏出现近段空肠理化炎症, 在不同因素的作用下发生吻合口梗阻、绞窄、坏疽, 甚至波及十二指肠坏死。

2.2 诊断 上腹痛、呕吐、上腹部包块病人, 当追问既往有毕 II 式胃切除史, 应想到本病症; X 线、B 超、腹腔穿刺等辅助检查对本病诊断可提供佐证。值得重视的是要鉴别原发性胰腺炎。本组有病例淀粉酶高、胰腺肿大可为空肠近段梗阻, 十二指肠内压增高, 十二指肠乳头水肿, 壶腹部括约肌痉挛, 胆胰返流导致^[2-3]。

2.3 预防 输入段梗阻的预防, 显而易见鼓励作毕 I 式胃大部切除术。估计术中吻合口张力过大, 宜作胃空肠 Roux-en-Y 吻合加作两侧的迷走神经干切断^[4]或毕 II 式胃空肠吻合加作输入输出段侧侧吻合, 术后避免暴饮暴食, 剧烈活动, 精神紧张等不利因素刺激对预防输入段梗阻有一定效果。

2.4 手术方式探讨 本病症手术指征明确, 均须探查。输入段空肠梗阻的手术方式视病理变化而论。1 例近段空肠全程坏死伴十二指肠部分坏死, 我们将全部坏死空肠及十二指肠部分切除, 切除后远端(即原胃空肠吻合口之近端)闭合, 切除后近端(即十二指肠水平部为输出口)与远段空肠作 Roux-en-Y 吻合术。十二指肠空肠吻合时, 应提倡从空肠段放置²⁴Fr/Ch 引流管直达十二指肠降部作胆胰十二指肠液外引流减压, 利于手术操作及术后功能恢复和肠道吻合口愈合。2 例输入段空肠坏死均行类似的 Roux-en-Y 吻合并置管外引流, 其中 1 例为空肠十二指肠端侧吻合术。2 例输入段梗阻无坏疽者行 Roux-en-Y 吻合, 另 1 例输入段输出段侧侧吻合。笔者认为手术原则是清除病灶, 内外引流, 解除梗阻, 恢复通道, 建立符合生理的解剖结构。

参考文献

[1] 陈道达. 胃十二指肠溃疡术后并发症[M]. 外科学. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社. 2001. 194
[2] 戴显伟. 急性胰腺炎. 外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 648-651
[3] 田伏洲, 黎冬喧. 胆胰合流部解剖与急性胰腺炎[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 397
[4] 陈道达. 胃十二指肠溃疡手术方式. 外科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社. 2001: 489

(收稿日期: 2004 - 03 - 10)