

# 腹腔非胃手术后功能性胃排空障碍

李强 张自顺

北京大学第三医院外科(北京, 100083)

【摘要】 本文报告我院近 10 年来腹部非胃手术后胃排空障碍 16 例共 18 例次。此症病因尚不清楚, 是一种复杂的胃肠功能紊乱。表现为腹部手术后 3~4 天进食后出现腹胀、恶心、呕吐和胃肌肉无张力。对药物治疗反映不明显。胃肠减压、营养支持和维持水电平衡, 耐心等待最终均可恢复, 本组均经保守治疗 21~74 天得以恢复。

【关键词】 非胃手术、胃排空障碍

功能性胃排空障碍在胃切除术后早期屡有发生, 但发生在腹腔非胃手术后早期的功能性胃排空障碍文献报导极少, 而在临床中并非罕见, 尚未引起重视。近 10 年来我们遇到 38 例, 其中非胃手术后胃排空障碍 18 例次, 现予以报告。

## 临床资料

### 一般情况见附表

本组 16 例共 18 例次, 男 12 例次, 女 6 例, 年龄 37 岁~71 岁, 平均 57.5 岁。其中男女各 1 例在不同时期的手术后均出现胃排空障碍。患者出现症状的时间是 4 天~10 天、平均 6.7 天。均在进食后出现腹胀、恶心、呕吐大量含胆汁性胃液, 吐后自觉舒服。均没有阵发性的腹部绞痛。查体上腹饱满、振水音阳性, 肠鸣音减弱。胃肠减压可吸出大量胆汁性胃液, 减压量每日在 1000ml~3000ml。本组有 11 例行胃造影透视观察(2 例用稀钡、9 例用 60% 泛影葡胺)显示: 胃无蠕动, 呈松弛状态, 并可见十二指肠以流入胃, 观察 1~6 小时, 造影剂滞留胃内, 肠内无造影剂。治疗均经胃肠减压、静脉营养支持、维持水、电解质平衡、辅以胃动力药、中药、针灸等。耐心等待, 本组病例均在不同时间内顺利恢复。恢复时间为 21 天~74 天, 平均 31.7 天。

## 讨 论

### 一、病因:

腹腔非胃手术后胃排空障碍的病因尚不清楚, 主要是功能性原因<sup>[1]</sup>。本组病例全身状况均良好, 无营养不良、低蛋白血症和电解质紊乱及其它严重

的合病症。因此, 似与这些因素无关。但本组病例中有两例在不同的时期内的两次腹腔手术后均发生此症。1 例第一次发生在右半结肠切除术后。第二次发生在三年后的左半结肠切除术后。另一例第一次发生在左半结肠切除术后, 第二次则发生在九个月后的肠梗阻肠排列术后。由此可见, 此症或许与个体的身体素质和精神过度紧张、恐惧的精神因素有关。俞开福提出: 过于紧张、恐惧可致本症<sup>[2]</sup>。此外, 像胃大部切除术后胃排空障碍一样, 或许与下列因素有关: (1) 手术时间较长, 腹腔内温度和湿度的改变, 腹腔污染引起的化学炎症反应。(2) 胆汁返流入胃, 胆汁内的脱氧胆酸及卵磷脂可引起胃粘膜上皮细胞的脂蛋白溶解, 致使胃粘膜屏障受到刺激, 胃腔内的氢离子逆向扩散到粘膜层内, 刺激肥大细胞释放组织胺, 使胃粘膜的毛细血管扩张, 通透性增加, 粘膜水肿渗出糜烂, 引起返流性胃炎, 干扰了胃的正常排空。(3) 饮食的改变, 使胃肠道产生变态反应, 在肠壁内产生大量组织胺, 乙酰胆碱, 致使血管内皮和胃肠道平滑肌产生渗出, 过敏性水肿。总之, 导致此症的因素可能比较复杂。尚不十分明确, 有待进一步探讨。

### 二、诊断

非胃手术后出现胃排空障碍, 一般在术后 3~4 天, 胃肠功能开始恢复, 胃管拔除后, 开始进流食或改半流食, 出现上腹胀满和大量呕吐。吐出物为所进食物及含有胆汁。吐后症状消失。或术后 3~4 天始大量胃液经胃管引出, 夹闭或拔出胃管后出现腹胀, 大量呕吐含胆汁性胃液。本组有 2 例术后胃液量逐渐增多, 夹闭胃管后病人出现腹胀, 呕吐。病

人常常有排气,但肠鸣音较弱。有的在术后 8~9 天改半流食后,才出现症状。此病如处理及时病人多不发生水、电解质紊乱和营养障碍。此外,本症尚有下列临床特点(1)病人无腹痛,仅感上腹胀满,并有少量排便、排气;(2)体征:一般上腹饱满、中下腹平坦,腹部无胃肠型和蠕动波,全腹无压痛,胃振水音明显,肠鸣音少、弱。(3)腹平片示:小肠不扩张,无气液平面。胃造影:胃呈扩张状态,长时间无蠕动,卧位造影剂一直停留在胃底,长时间造影剂不过幽门,动态观察对本病的诊断有重要意义。本组观察最长时间 6 小时,造影剂仍然停留在胃内,且可见十二指肠液返流。(4)B 超:可见胃内容物潴留,长时间胃无蠕动。(5)胃镜:可见胃粘膜水肿,长时间无蠕动和十二指肠液逆流。根据上述特点多可作出正确的诊断,当然掌握上述特点和作这些辅助检查也是除外机械性梗阻因素所必须。

### 三、治疗

本病属功能性病变,采用非手术治疗都能缓解。本组病人均在 21 天~74 天恢复。首先应向病人做细致耐心的解释,消除病人的紧张心情和恐惧心理。有效的持续胃肠减压,温盐水洗胃,保持胃肠道休息

状态,减轻胃粘膜水肿,有利于胃功能恢复。加强营养支持,维持水、电解质和酸碱平衡补充微量元素十分必要。有条件时可采用静脉内高营养(TPN)予以支持。我们曾采用经鼻插入一细硅胶管(尖端放 3 个钢珠)在胃镜协助下送过幽门,透视观察当硅胶管达到空肠时,开始灌注要素饮食和混合奶。还可把部分胃液回输,减少电解质的丢失。这对病人的生理状况影响较小,更有利于病人的康复。此外,对所有病例我们都应用过如吗丁啉、胃复安,新斯的明或垂体后叶素足三里封闭、针灸,部分病例静脉点滴红霉素等多种促进胃肠动力的药物以及中药,均未见明显效果。总之,此症的治疗目前主要还是在维持营养和水电平衡的前提下,采用上述综合疗法,耐心等待,都能在不同的时期恢复。切记不要盲目手术探查。

皮质激素治疗:多数作者认为有一定的疗效。部分病人似有肾上腺皮质功能低下的表现。有人认为胃肠粘膜水肿是一种胃肠道变态反应,是激素治疗的适应证。因此短期、大量应用皮质激素对促进胃肠道功能恢复,调节人体的应激能力有一定的作用,可能有利于本病的恢复。

附表:腹腔非胃手术后胃排空障碍病例临床资料

序号	性别	年龄	原发病	术式	麻醉
1	男	60	十二指肠乳头旁憩室	胆管十二指肠吻合	连硬外
2	男	56	重症胰腺炎	坏死组织清除	全麻
3	男	71	重症胰腺炎	坏死组织清除	全麻
4	男	45	肠绞窄	小肠部分切除	连硬外
5	男	68	胰头癌	胆总管空肠十二指肠 Roux-Y 吻合	连硬外
6	男	65	缩窄性乳头炎	Oddi's 括约肌切开	连硬外
7	男	50	乳头旁憩室	Oddi's 括约肌切开	全麻
8	女	53	降结肠癌	左半结肠切除	连硬外
9	男	55	肠梗阻	肠排列	连硬外
10	男	55	乙状结肠癌	左半结肠切除	全麻
11	女	50	升结肠癌	右半结肠切除	连硬外
12	男	37	十二指肠破裂	十二指肠修补	连硬外
13	女	63	升结肠癌	右半结肠切除	连硬外
14	女	65	后腹膜肿物	肿物切除	连硬外
15	男	54	升结肠癌	右半结肠切除	连硬外
16	女	71	升结肠癌	右半结肠切除	连硬外
17	男	57	胆管炎、胆管结石	胆囊切除、胆总管切开取石、T 管引流	连硬外
18	女	60	乙状结肠癌	左半结肠切除	全麻

注:第 8 例、15 例为同一病人

第 9 例、14 例为同一病人,两次手术均发生胃排空障碍

### 参 考 文 献

1 Pellegrini. CA Broderick. WC, Donald Van Dyke, et al. Diagnosis and treat-

ment of gastric emptying disorders. Am J surg 1983;143:145-150.

2 俞开福. 胃切除术后功能性胃排空障碍八例观察. 实用外科杂志. 1987;7:133-134.