

# Gastric Residual Gastric Emptying Disorder 33 Cases after the Operation, and Review the 14 Cases of Diagnosis and Treatment of Diarrhea

Haoming Lan, Zhiyuan Jian, Meng Zhou, Mingyin Lan\*, Yanzhi Zhu

Department of General Surgery, Taihe Hospital, Hubei Medical University, Shiyan  
Email: [\\*mingyinlan5312@sina.com](mailto:mingyinlan5312@sina.com)

Received: Oct. 21<sup>st</sup>, 2014; revised: Nov. 10<sup>th</sup>, 2014; accepted: Nov. 22<sup>nd</sup>, 2014

Copyright © 2015 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

---

## Abstract

**Objective:** To discuss the causes, diagnosis and treatment of diarrhea in most of gastric resection after the residual function of gastric emptying disorder. **Method:** Select 33 cases of patients of gastric residual stomach dysfunction after most of the resection and 14 cases of diarrhea during October 2001 to May 2014 in our hospital and the clinical diagnosis and treatment data are retrospectively analyzed. **Result:** Most of this group of 33 cases of gastric resection after the residual stomach dysfunction occurred within 15 days after the surgery. The targeted treatment of 22 cases in 20 days back to normal, 5 cases in 20 to 30 days back to normal, and six cases returned to normal within 30 days. For the 14 cases of diarrhea, 9 cases were proximal partial gastrectomy, while distal gastric resection in 5 cases. They had diarrhea after eating in 3 to 4 days, 5 days began to recover. **Conclusion:** The cut after gastric surgery patients should pay close attention to the recovery of gastric function, take positive ways to diagnose and have non-surgical treatment, and patients need to avoid surgery again.

## Keywords

Subtotal Gastrectomy, Gastric Emptying Function Disturbance, Diarrhea

---

\*通讯作者。

# 胃手术后残胃功能排空障碍33例 和腹泻的14例诊疗回顾

兰浩铭, 管志远, 周 猛, 兰明银\*, 朱艳志

湖北医药学院附属太和医院普外科, 十堰

Email: [mingyinlan5312@sina.com](mailto:mingyinlan5312@sina.com)

收稿日期: 2014年10月21日; 修回日期: 2014年11月10日; 录用日期: 2014年11月22日

## 摘 要

目的: 探讨在胃大部切除术后发生残胃功能排空障碍和腹泻的原因和诊断、治疗方法。方法: 选取2001年10月到2014年5月期间本院收治的胃大部切除术后残胃功能障碍的患者33例, 和腹泻的14例。对其临床诊断、治疗资料进行回顾性分析。结果: 本组33例胃大部切除术后出现残胃功能障碍均出现在手术后的15天内, 经有针对性治疗有22例在20天内恢复正常, 有5例在20天到30天恢复正常, 有6例在30天后恢复正常。腹泻的14例, 近端胃切9例, 远端胃切5例, 均在进食后3~4天开始腹泻5天内恢复。结论: 在胃大切术后要密切关注患者的胃功能恢复情况, 积极采取诊断和非手术治疗, 避免对患者再次进行手术治疗。

## 关键词

胃大部切除术, 胃功能排空障碍, 腹泻

## 1. 引言

胃大部切除术后残胃排空障碍。习惯称之为胃术后功能性排空障碍。又称胃术后残胃功能性排空延迟综合症。均指不伴吻合口或输出端空肠袢等机械性梗阻因素的残胃无力排空障碍。本文对我院近四年收治的胃手术病人, 术后发生残胃功能障碍 33 例, 进食后腹泻 14 例结合文献讨论报告如下。

### 1.1. 一般资料

选取 2001 年 10 月到 2014 年 5 月期间本院收治的胃大部切除术后残胃功能障碍的患者 33 例, 其中男性 26 例, 女性 7 例, 年龄最大的 72 岁, 最小的 32 岁, 平均年龄为 $(50.25 \pm 3.2)$ 岁; 其中胃癌 32 例, 胃溃疡合并出血 1 例, 手术 Billroth I 式 17 例, Billroth II 式 16 例。腹泻的 14 例, 其中男 11 例, 女 3 例。年龄最大的 69 岁, 最小的 56 岁, 平均年龄为 $(59.25 \pm 3.2)$ 岁; 其中胃近端癌 9 例, 做远端胃与食道吻合。远端胃切 5 例。手术 Billroth I 式 2 例, Billroth II 式 3 例。

### 1.2. 方法

对这 33 例残胃排空障碍和 14 例胃手术后腹泻患者的临床诊断、治疗资料进行回顾性分析。

#### 1.2.1. 诊断方法

患者手术前没有功能性排空障碍; 在手术后 7 天开始进食后出现顽固性的恶心、呕吐, 出现胃液潴

留或者必须进行胃肠减压超过 5 天的患者[1], 手术后经详细检查证实患者胃流出道没有机械性梗阻存在。用碘油或钡钡做钡餐检查见残胃胀满无张力, 蠕动减弱或消失。造影在吻合口处呈线状充盈间断通过进入肠道。已排除因为药物所导致的排空障碍; 患者没有腹腔内感染发生[2]。11 例在术后 20 天做胃镜检查, 见残胃黏膜均有不同程度的水肿, 吻合口通畅, 镜头能顺利通过吻合口, 放胃肠营养管。检查中注意少注气, 动作轻柔。胃手术进食后腹泻呈水样腹泻, 日数十次无粘液。服易蒙停两日无效者。

### 1.2.2. 治疗方法

1) 残胃排空障碍: 给予患者禁食, 进行胃引流; 补液治疗, 维持患者水和电解质的平衡, 给予肠外营养治疗支持。本组患者均治疗前服用过胃复安、西沙必利、吗丁啉、等药物, 但均没有明显效果; 调节患者紧张情绪。因为刚经历手术, 很多患者会因为出现胃功能排空障碍出现恐惧心理, 注意疏导患者情绪; 使用剂量为 150 毫克的雷尼替丁加入到 5% 的葡萄糖 250 毫升中进行静脉点滴治疗, 每天两次[3], 红霉素 0.25 g 每日两次静脉滴, 针灸足三里, 内关等。在治疗后观察患者的胃引流量是否出现显著减少; 每天晚上对患者进行温热、高渗盐水洗胃治疗, 根据患者实际情况给予肌注安定治疗; 术后 20 天无好转给予胃镜检查治疗, 放肠道营养管 11 例。临床上使用胃镜不但有帮助帮助医生诊断胃功能排空障碍, 在检查时还可以对患者胃壁的产生刺激作用, 从而有利于治疗, 往往患者在进行胃镜检查后会感觉上腹有舒适的感觉, 有利于康复。

2) 腹泻患者: 补液治疗维持水电解平衡, 口服易蒙停两日无效者, 静脉泵施他宁 4 mg 24 小时 2 天。

## 2. 结果

### 2.1. 发病时间及诱因

发生残胃功能排空障碍在术后拔胃管最短 2 天, 最长 10 天。进食鱼汤后发生 11 例, 进食油腻食物后发生 13 例, 喝牛奶后 5 例, 原因不明 4 例。腹泻患者均在进食后 2~3 天开始水样泻, 日数十次, 无明显不洁饮食史。

### 2.2. 康复时间

经有针对性治疗有 22 例在 20 天内恢复正常, 有 5 例在 20 天到 30 天恢复正常, 有 6 例在 35 天后恢复正常。有饥饿感恢复正常饮食。腹泻患者用施它宁后 4 天恢复正常。大便日 1~2 次。出院后一月来院复查正常。

## 3. 讨论

### 3.1. 临床表现特点临床治疗体会

本组患者在进行完胃大切手术后, 在数日内行胃肠减压, 在进流质饮食后或者由流质饮食改成半流质饮食之后就出现上腹部的饱胀感、出现恶心、呕吐[4], 但是疼痛并不明显, 在进食之后会呕吐出大量的胃内容物, 其中可含有或者不含有胆汁。所有患者在出现呕吐后, 其症状会暂时的得到缓解。经胃肠减压可以抽出大量的液体, 每日最多 2000 ml, 最少 800 ml。患者均经查体可以发现存在上腹部的饱满感, 存在轻度的压痛, 经听诊可闻及出现振水音, 其肠鸣音出现减弱或者保持正常。腹泻患者呈水样粪便, 无发热, 无其他不适。

通过对本组患者进行临床分析, 我们发现在胃大部切除患者手术结束后要积极预防残胃功能障碍的发生, 在手术结束患者胃肠功能恢复之后, 在第 1 天要首先试饮白开水, 到了第 2 天可以喝一些稀米汤, 然后逐渐改为稀粥和恢复其他正常饮食。如果患者出现厌食时, 一定不能勉强给予进食, 注意早期不要

喝鱼汤牛奶或者吃油腻的食物。本组患者有 29 例就是服用了鱼汤、牛奶和油腻的饮食才引起胃功能排空障碍的，所以认为在手术后马上给予正确的饮食指导，减少或避免残胃功能障碍的发生。主要是患者的个体差异。

### 3.2. 药物治疗效果

本组患者均治疗前服用过胃复安、西沙必利、吗丁啉，等药物，但均没有明显效果。虽然服用胃动力药物理论上对治疗残胃功能排空障碍应该具有一定临床疗效。但是甲氧氯普胺因为作用在患者的平滑肌上才可以促进胃的排空作用，所以有效率比较低，而多潘立酮和西沙比利均是片剂，所以经胃管给药不便，即便具有疗效，但是临床上也不提倡使用。所以本文治疗上，使用剂量为 150 毫克的雷尼替丁加入到 5% 的葡萄糖 250 毫升中进行静脉点滴治疗，每天两次红霉素 0.25 g 每日两次静脉滴，针灸足三里、内关等，效果比较好，在使用后患者的胃引流量均出现了显著性减少。红霉素具有与胃动素相似的作用，是胃动素的促进剂，能在胃肠道产生早熟的移动复合波，促进胃排空，明显的减少胃储溜作用[5]。

水样腹泻使用施它宁生长抑素减少消化道分泌物，水样腹泻 2~3 天恢复正常。

### 3.3. 发生原因分析

在术中广泛的淋巴结清扫切断了迷走神经，切除了运动最活跃的胃窦及幽门。残胃本身因手术和异物反应，炎症水肿，导致功能性残胃无力。所以患者胃的容受性会出现缩张功能的丧失，所以患者会在从流质食物改成半流质食物或者固体食物的时候出现胃功能排空障碍；部分患者因为对胃大切手术十分担心，顾虑重重，就会使精神处于一个高度紧张的状态，会导致神经衰弱出现植物的神经调节紊乱发生，所以就出因为胃肠道的反射性出现抑制或者延长而导致排空障碍；和饮食也有明显的关系，如果不遵照医嘱，过早的食用一些鱼类、蛋类以及不易消化的食物等，就会加重患者胃的负担或者加重其吻合口的水肿，也称为食源性的胃排空功能障碍[6]。腹泻患者笔者认为与迷走神经干的切断和胃肠道菌群失调有关，经用止泻和减少消化道分泌即恢复正常。

### 参考文献 (References)

- [1] 钱晶, 蒋春雷, 钱友庆 (2006) 42 例胃癌术后残胃功能排空障碍分析. *现代中西医结合杂志*, **15**, 3241-3242.
- [2] Malagladá, J.R., Rees, W.D., Mazzotta, J., *et al.* (1980) Gastric motor abnormalities in diabetic and postvagotomy gastroparesis: Effect of metoclopramide and bethaneshol. *Gastroenterology*, **78**, 286-293.
- [3] 王宏孝, 成陕林, 王华龙等 (2007) 胃大部切除术后残胃功能排空障碍 14 例诊治分析. *中国误诊学杂志*, **7**, 5915-5916.
- [4] 唐文龙, 白鹏 (2005) 胃大部切除术后残胃排空障碍的诊断和治疗. *陕西医学杂志*, **34**, 63-67.
- [5] 秦新裕 (1997) 胃大部切除术后残胃排空障碍的影响. *上海医药科技大学学报*, **24**, 97.
- [6] 靳斌, 姜希宏, 何庆泗 (2010) 胃大部切除术后功能性排空障碍的诊断及治疗. *青海医药杂志*, **31**, 11-13.