

文章编号:1005-6947(2008)04-0364-03

· 临床研究 ·

# 急性胃扩张的诊治:附19例报告

周建平,董明,孔凡民,李昱骥,田雨霖

(中国医科大学附属第一医院 普通外科,辽宁 沈阳 110001)

**摘要:**目的 探讨急性胃扩张的诊断和治疗方法 回顾性分析35年间因急性胃扩张住院治疗的19例患者的临床资料,总结该病典型临床表现及治疗对策。结果 19例中11例(57.9%)误诊。手术治疗15例,包括胃切开减压、胃造口术(6例),胃切开减压后再缝合创口(3例),胃切开减压、胃造口、空肠造口术(1例),胃底部分切除术(2例),十二指肠空肠吻合术(1例),空肠造口术(1例),开腹探查术未切开胃壁(1例),死亡4例(26.7%)。非手术治疗4例,主要措施为持续胃肠减压和液体复苏,死亡1例(25.0%)。结论 急性胃扩张少见,临床表现不典型,误诊率高。如果行胃肠减压不见好转或有明确的腹膜炎体征应积极手术治疗。 [中国普通外科杂志,2008,17(4):364-366]

**关键词:** 胃扩张/外科学;胃扩张/诊断;胃麻痹

**中图分类号:** R 656.6 **文献标识码:** A

## Diagnosis and treatment of acute gastric dilatation: a report of 19 cases

ZHOU Jianping, DONG Ming, KONG Fanmin, LI Yuji, TIAN Yulin

(Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital, China Medical University, Shenyang 110001, China)

**Abstract: Objective** To study the diagnosis and treatment of acute gastric dilatation. **Methods** The clinical data of 19 cases of acute gastric dilatation treated in the past 35 years in our hospital were retrospectively analyzed. **Results** Of 19 patients, 11 were misdiagnosed. Fifteen patients underwent operation, including gastrostomy (6 cases), gastrotomy (4 cases), partial gastric fundus resection (2 cases), others operations (2 case), and laparotomy exploration (1 case); among them four patient died. Four patients received conservative treatment and one of them died. The conservative therapy for acute gastric dilatation consisted of nasogastric decompression and fluid resuscitation. **Conclusions** Acute gastric dilatation is rare, rapidly progressive and fatal acute abdominal condition with atypical clinical manifestations and high misdiagnosis rate. If conservative therapy fails or typical signs of peritonitis are present, aggressive surgical intervention would be the best choice.

[ Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(4): 364-366 ]

**Key words:** Gastric Dilatation/surg; Gastric Dilatation/diag; Stomach Paralysis

**CLC number:** R 656.6 **Document code:** A

急性胃扩张临床少见,病情发展迅速,后果严重,病死率高达20%。我院于1971年10月—2006年4月共收治急性胃扩张患者19例,现结合文献报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男12例,女7例;年龄18~71(平均39.8)岁。13例发病前有大量进食食物或大量饮酒史,4例无明显诱因,2例为手术后(其中1例为腹部手术,1例为膝关节手术)。19例中5例既往有胃或十二指肠球部溃疡病史,2例有糖尿病病史。

### 1.2 临床表现

本组病例发病至就诊时间18h至1个月。主

收稿日期:2006-09-18; 修订日期:2007-10-08。

作者简介:周建平,男,中国医科大学附属第一医院副主任医师,主要从事胰腺外科和胃肠外科方面的研究。

通讯作者:周建平 E-mail:zjphama@yahoo.com

要临床表现为持续性腹痛,阵发性加重19例;上腹部饱满、腹胀伴有嗝逆17例;频繁呕吐,但非喷射性,由于胃内容物过多而自然溢出者17例;出现胃型4例;腹膜炎体征5例。有脱水征15例,休克5例。16例白细胞总数和中性粒细胞升高,3例正常。本组均行腹部X线检查,8例可见胃阴影下达盆腔,6例可见巨大胃泡,5例未见异常。

### 1.3 诊断

4例非手术治疗患者诊断均正确。15例手术患者中只有4例术前确诊为急性胃扩张,6例术前误诊为急性肠梗阻,5例术前误诊为急性弥漫性腹膜炎。

## 2 治疗和结果

### 2.1 治疗方法

2.1.1 手术治疗及术中发现(手术组) 15例手术治疗,术中见全部病例胃腔高度膨胀,术中减液量2 500~4 000 mL,平均3 500 mL。其中6例行胃切开减压后缝合创口、胃造口术,胃留置胃管。3例仅行胃切开减压后再缝合创口,未行胃造口术,但留置胃管。1例行胃切开减压、胃造口、空肠造口术。2例行胃底部分切除吻合术,未行营养造口,但留置胃管。1例误诊为空肠起始部梗阻行十二指肠空肠吻合术。1例术中抽吸胃管减压效果满意,未切开胃壁,仅行空肠营养造口术。1例术中仅行开腹探查术,未及切开胃壁即死亡。手术组中2例发生胃壁坏死,均行胃壁切开减压,胃部分切除术。

2.1.2 非手术治疗组 4例患者行非手术治疗。主要治疗措施包括胃肠减压、纠正酸碱失衡和离子紊乱、营养支持、大量补液和应用抗生素。

### 2.2 治疗结果

手术组中死亡4例,均为入院时即有休克,手术后48h内死亡。其中1例胃壁坏死行胃部分切除吻合术,死于休克;1例术中未及切开胃壁减压即休克加重死亡;2例死于术后多器官功能衰竭。手术组11例治愈患者中,术后留置胃管8~60 d,平均留置胃管25 d,住院时间10~65 d,平均住院天数29.5 d。非手术治疗组3例痊愈,1例死亡,死于休克。非手术组留置胃管7~30(平均18.5)d,住院时间10~30(平均20.0)d。

## 3 讨论

急性胃扩张是指无幽门或十二指肠梗阻而突然发生的胃过度扩张。国内迄今已有200多例报道<sup>[1]</sup>。本病可导致胃壁缺血、坏死、穿孔、破裂、休克甚至死亡。

1833年Duplay<sup>[2]</sup>描述了本病。最初文献报道主要发生在手术后。由于术后胃肠减压的常规应用,手术后急性胃扩张已很少发生。本组19例患者中只有2例为手术后。最常见的发病原因是饮食过量或饮食不当,尤其是衰弱、慢性饥饿和神经性厌食<sup>[3-4]</sup>或因肥胖症而节食者突然大量进食后可以诱发<sup>[5]</sup>。其他可引起急性胃扩张的疾病包括多食症、外伤、肠扭转、药物性、电解质紊乱、慢性消耗性疾病、糖尿病、急性感染、膈疝、精神性疾病、情绪紧张和脊柱畸形等。Adson<sup>[6]</sup>和Lim<sup>[7]</sup>还分别报道了肠系膜上动脉压迫综合征引发急性胃扩张。本组有13例发病前有大量进食和大量饮酒的病史。

本病早期诊断十分关键,但其临床表现常不典型。临床上90%的急性胃扩张患者伴有呕吐及进行性腹痛,呕吐多为典型的溢出样。早期可能只是轻度表现,短期内出现低血容量性休克,呼吸困难、代谢性碱中毒以及少尿。可发现明显的腹部隆起,有时可叩出腹部震水音。腹部X线平片可发现胃显著扩张、积气及气液平面。如果发生穿孔和胃壁坏死可出现腹膜炎体征和膈下游离气体。一般来讲本病的诊断并不复杂,一般基层医院即可做到,但从文献资料和我院病例来看本病的误诊率很高。本组15例手术组中11例(73.3%)误诊,全组误诊率57.9%(11/19)。分析原因主要是对本病的认识不足。因此对于高危人群一旦出现腹痛、腹胀、呕吐等消化道症状,应疑及到本病的可能。

本病的治疗效果关键在于是否及时治疗。早期治疗方法主要是持续胃肠减压和液体复苏。如果怀疑出现胃穿孔或破裂应立即急诊手术探查。早期诊断对挽救生命十分关键,因为误诊误治导致的病死率可高达80%<sup>[2]</sup>。如不治疗,病死率可达100%。田万管等<sup>[8]</sup>报道手术治疗的指征包括:(1)全身情况恶化,休克难以纠正;(2)有腹膜炎体征或腹腔穿刺有血性渗液;(3)腹部X线检查出现气腹者。本组4例手术后死亡患者术前均出现休克,有1例甚至未及切开减压。故笔者认为,急性胃扩张如果行胃肠减压不见好转或有明确的腹膜炎体征应果断地行手术治疗。但手术前应积极纠正水电解质紊乱,迅速补充血容量和抗休克。手术中应注意几个问题:(1)手术方式的选择。手术应力求简单,清除胃内积存的食物残渣,清洗胃腔和腹腔。如果胃壁无血运障碍,可行胃壁切开减压后缝合。如果胃壁发生血运障碍,根据坏死的范围可选择胃部分切除加胃空肠吻合术或全胃切除加食管空肠吻合术。(2)胃造

口。所有手术患者均应行胃造口术。由于患者胃壁已基本完全丧失运动能力,尤其是胃壁肌层大部分或完全断裂,手术后长时间不能恢复,胃造口不但可以减压,而且可以避免长期带鼻胃管给患者带来的痛苦。(3)空肠造口。本组患者术后平均留置胃管25 d,其中1例长达60 d,营养、水电解质及酸碱平衡的维持十分困难。笔者认为,术中应常规行空肠营养造口,有利于维持患者的营养状态,并可避免肠外营养所致的许多并发症。

#### 参考文献:

- [1] 常建星,姜骏,李莉,等. 急性胃扩张的诊治体会及认识的重要性(附2例报告)[J]. 岭南急诊医学杂志, 2004,9(4):273-274.
- [2] Todd SR, Marshall GT, Tyroch AH. Acute gastric dilatation revisited [J]. Am Surg, 2000,66(8):709-710.
- [3] Barada KA, Azar CR, Al-Kutoubi AO, et al. Massive gas-

tric dilatation after a single binge in an anorectic woman [J]. Int J Eat Disord, 2006, 39(2):166-169.

- [4] Sinicina I, Pankratz H, Buttner A, et al. Death due to neurogenic shock following gastric rupture in an anorexia nervosa patient [J]. Forensic Sci Int, 2005,155(1):7-12.
- [5] Holtkamp K, Mogharrebi R, Hanisch C, et al. Gastric dilatation in a girl with former obesity and atypical anorexia nervosa [J]. Int J Eat Disord, 2002,32(3):372-376.
- [6] Adson DE, Mitchell JE, Trenkner SW. The superior mesenteric artery syndrome and acute gastric dilatation in eating disorders: a report of two cases and a review of the literature [J]. Int J Eat Disord, 1997,21(2):103-114.
- [7] Lim JE, Duke GL, Eachempati SR. Superior mesenteric artery syndrome presenting with acute massive gastric dilatation, gastric wall pneumatosis, and portal venous gas [J]. Surgery, 2003,134(5):840-843.
- [8] 田万管,周宝林,孟庆义,等. 急性胃扩张临床治疗20例[J]. 中华医学杂志,1998,78(11):820.

文章编号:1005-6947(2008)04-0366-01

## · 病案报告 ·

# 胃非霍奇金淋巴瘤合并间质瘤1例

王毅,刘岩,陈渊,郑向奎,段文都

(河北省保定市第三医院 外三科,河北 保定 071000)

**关键词:** 胃肿瘤;淋巴瘤,非霍奇金;病例报告

**中图分类号:**R 735.2 **文献标识码:**D

**患者** 患者男,72岁。因间断腹痛10个月加重伴恶心呕吐1个月入院。上消化道造影:胃窦部溃疡性病变,占位性病变待除外。CT:胃幽门及十二指肠管壁增厚,胃小弯侧多发小结节。胃镜报告:胃角可见巨大溃疡,3.6 cm × 5.6 cm大小,被厚白苔,质地硬。病理检查示:黏膜组织呈慢性炎,伴炎性渗出及坏死组织。手术探查,术中见胃角前壁有一3 cm × 3 cm大小肿块,质硬,未侵透胃壁,周围组织无充血水肿。第3,4,5,6组淋巴结均肿大;胃大弯近胃底侧有一突出胃壁的1 cm × 1 cm大小小物,表面光滑,质软。考虑患者

年老、溃疡巨大及周围淋巴结肿大。决定行根治性胃远端大部分切除及毕I式吻合、同时行胃大弯肿瘤局部切除术。手术顺利。术后病理:(1)胃小弯侧:非霍奇金淋巴瘤(B细胞型)。肿瘤位于黏膜及黏膜下层,局部侵及浅肌层,上下切端及网膜(-),区域淋巴结累及8/18(胃小弯6/6,胃大弯2/11,6组0/1)。免疫组化:LCA(+),CD20(+),CD79a(-),CD3(-),CD45Ro(局部+),CK(上皮+)。(2)胃大弯肿瘤:间质瘤,肿瘤大小1 cm × 0.5 cm × 0.5 cm,未见核分裂。免疫组化:CD117(+),CD34(+),SMA(局灶+),Desmin(局灶+)。术后15 d行CHOP方案化疗,同时胃间质瘤未见核分裂,未予特殊处理,随诊观察。

**讨论** 非霍奇金氏病以高热或各系统症状发病<sup>[1]</sup>,有远处扩散和结外侵犯倾向。以颈部、纵隔淋巴结受累较多,胃肠道部位以小肠为多,其次为胃,结肠较少累及。临床表现有

腹痛、腹泻,症状可类似消化性溃疡<sup>[2]</sup>,治疗多以手术为主,术后辅以化疗及放疗。消化道间质瘤是一种非定向分化的间质瘤,是消化道独立一类间叶肿瘤<sup>[3]</sup>,2/3发生于胃,主要为胃体、胃窦。依次为:贲门、空肠、回肠、十二指肠、直肠、结肠。上消化道出血、便血,为最常见临床表现。诊治以手术彻底切除为主,术后辅以口服格列卫。原发于胃非霍奇金氏病和消化道间质瘤均非少见疾病,但两种疾病同时发生于同一患者且同一器官,实属罕见。查阅文献未曾查到相关报道。

#### 参考文献

- [1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,1999. 1032.
- [2] 尹治然,顾翎龙,林言箴. 胃恶性淋巴瘤的诊治进展[J]. 中国实用外科杂志,1995,15(8):487-489.
- [3] 王全红. 胃肠间质瘤[J]. 肿瘤研究与临床杂志,1998,10(1):61-62.

**收稿日期:**2008-01-22。

**作者简介:**王毅,男,河北省保定市第三医院主治医师,主要从事腹部肿瘤外科方面的研究。

**通讯作者:**王毅 E-mail:wwwchenyuan@163.com