

考研复习指导之考研西医外科学辅导039考研 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/547/2021_2022__E8_80_83_E7_A0_94_E5_A4_8D_E4_c73_547770.htm 最新热点资讯：百考试题第一时间公布09考研调剂信息 2009各地考研成绩查询信息汇总专题

胃十二指肠疾病 一、概述 1. 胃组织细胞组成 胃底为主细胞、壁细胞、粘液细胞、嗜银细胞。胃体为主细胞、壁细胞、粘液细胞。胃窦为G细胞、粘液细胞。各细胞的功能主要为：主细胞分泌胃蛋白酶原、凝乳酶原。壁细胞分泌胃酸和抗贫血因子(内因子)。粘液细胞分泌碱性因子。G细胞分泌胃泌素。嗜银细胞功能不清 2. 胃酸分泌的调节 胃酸分泌分为三个时相，即脑相、胃相和肠相，如下图所示。 3. 手术治疗消化性溃疡的机理 (1)胃大部切除术的机理 切除了胃体大部，因壁细胞和主细胞数量减少，使得胃酸和胃蛋白酶原分泌大为减少；切除了胃窦部，消除了胃泌素引起的胃酸分泌，使体液性胃酸分泌减少；切除了溃疡的好发部位；切除了溃疡本身 (2)迷走神经切断术的机理 消除了神经性胃酸分泌；消除了迷走神经兴奋引起的胃泌素释放所致的体液性胃酸分泌；降低了分泌胃酸的腺体对胃泌素的敏感性；降低了胃的张力和蠕动。 二、胃大部切除术 1. 治疗消化性溃疡的适应证 消化性溃疡外科治疗指征 十二指肠溃疡外科治疗指征 胃溃疡外科治疗指征 内科治疗无效者 内科治疗12周无效者 内科治疗8~12周无效者合并：梗阻、出血、穿孔、癌变 合并：梗阻、出血、穿孔 合并：梗阻、出血、穿孔、癌变 特殊溃疡 病程漫长的严重溃疡 特殊溃疡 特殊溃疡应激性、胰源性、胍胝性、复合性溃疡、球后

溃疡 2. 切除范围 胃远端的 $2/3 \sim 3/4$ ，包括胃体大部、胃窦、幽门、球部的部分。 3. 手术方式 根据胃切除后胃肠道重建方式，其基本手术方式为胃十二指肠吻合(Billroth 式)或胃空肠吻合(BiUroth 式或胃空肠Roux-en-Y吻合)。其中，Billroth 式又分为Hoffmeister、Polya、Moynihan和Eiselsberg法。 Billroth 式胃大部切除胃十二指肠吻合术。即远端胃大部切除后，将残端与十二指肠吻合 Hoffmeister法十二指肠残端封闭，结肠后将部分胃断端与空肠吻合，输入段对小弯侧 Polya法十二指肠残端封闭，结肠后将全部胃断端与空肠吻合，输入段对小弯侧 Moynihan法十二指肠残端封闭，结肠前将全部胃断端与空肠吻合，输入段对大弯侧 Eiselsberg法十二指肠残端封闭，结肠前将部分胃断端与空肠吻合，输入段对小弯侧 胃空肠 Roux-en-Y吻合远端胃大部切除后，十二指肠残端封闭，在距十二指肠悬韧带10~15cm处切断空肠，残胃和远端空肠吻合，距此吻合口以下45~60cm空肠与空肠近侧断端吻合 4. Billroth 式和 式的区别 Billroth I(1881)Billroth H(1885)方式 胃切除后，残胃与十二指肠直接吻合 胃切除后，十二指肠残端封闭，残胃与空肠上段作吻合 优点 残端与胃吻合 手术简单，接近生理 胃肠功能紊乱少 残端与空肠上段吻合 切除足够胃体而不至于吻合口张力过大 复发率低 缺点 球部疤痕粘连时不能采用 为避免张力过大切胃较少导致复发 对胃酸高的十二指肠溃疡不实用 操作复杂 改变了生理关系 并发症多 适宜胃溃疡 胃溃疡 十二指肠溃疡(尤其是十二指肠溃疡) 5. 术后并发症 (1)碱性反流性胃炎 三联征剑突下持续烧灼痛，进食加重，制酸剂无效；胆汁性呕吐，呕吐后腹痛仍旧；体重下

降。 发病时间 多发于术后数月至数年，尤以Billroth 式手术后常见。 贫血 出血时大便潜血可阳性。 低胃酸或缺酸因此常规使用制酸剂无效。 (2)术后梗阻 梗阻部位 呕吐物性质 治疗方案 吻合口梗阻 呕吐物含食物，不含胆汁 保守治疗无效时手术治疗 输出襻梗阻 含食物及胆汁 保守治疗无效时手术治疗 急性完全性输入襻梗阻 不含胆汁 立即手术治疗 慢性不全性输入襻梗阻 大量胆汁，几乎不含食物 保守治疗无效时手术治疗 三、迷走神经切断术 1．迷走神经的走行及分布

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com