

文章编号:1005-6947(2005)10-0794-02

· 临床报道 ·

结直肠癌根治术后胃瘫综合征的治疗

肖隆斌¹, 吴文辉¹, 许峰峰¹, 王文卫¹, 马弛¹, 詹文华²

(中山大学附属第一医院 1. 黄埔院区 普通外科 2. 胃肠胰外科, 广东 广州 510700)

摘要:笔者回顾性总结4年间行结直肠癌根治术后出现胃瘫综合征(PGS)10例患者的临床资料。10例胃瘫综合征,均发生于术后6~8d,肛门已排气,并已进流质饮食之后。主要表现为上腹胀,恶心、呕吐频繁,体查上腹有时可见胃形,胃有振水音,肠鸣音减弱。胃镜、X线胃肠道造影检查发现无胃肠道梗阻。给予禁食、胃肠减压、洗胃,同时进行肠外营养(TPN),并予胃动力药物治疗后,患者均于术后4~6周内得到恢复。笔者经验是根据病史、临床表现以及X线胃肠道造影或胃镜检查可确诊PGS;采用非手术治疗可痊愈,而无需再次手术。

关键词:结直肠肿瘤/外科学;手术后并发症;胃瘫综合征;胃排空

中图分类号:R735.35;R333.2

文献标识码:B

术后胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome, PGS)是腹部手术后出现的一种以胃排空迟缓为主要表现的胃动力紊乱综合征,是腹部手术后常见的并发症。PGS大多见于上腹部手术,尤其是胃和胰腺的手术后,而在中下腹部手术中较少见。胃术后有10%~25%患者发生胃排空延迟,其中5%~10%有临床症状^[1]。我院黄埔院区自2000年1月~2004年4月共收治结直肠癌232例,其中行根治性切除术226例。226例中发生PGS的患者有10例,发生率为4.4%。现将该10例的临床资料回顾性分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男4例,女6例;年龄56~73(平均62)岁。PGS发生于盲肠癌和升结肠癌行右半结肠切除术后4例,横结肠癌行横结肠切除术后2例,降结肠癌行左半结肠切除术后2例,乙状结肠癌行乙状结肠切除术后1例,直肠上段癌行Dixon术后1例。

1.2 PGS的诊断标准^[2]

(1)术后患者已排气,拔除胃管并进流质饮食或半流质饮食后发生恶心呕吐,中上腹胀感明显,体查时胃有振水音。(2)经一项或多项检查提示胃流出道无机械性梗阻。排除小肠炎性肠梗阻。(3)此时重插胃管,胃引流量每日超过600~800mL,并持续6~10d或更久。(4)无严重水、

电解质、酸碱平衡失调。(5)没有引起胃瘫的基础疾病如糖尿病、甲状腺功能减退、结缔组织疾病等。(6)未使用影响平滑肌收缩的药物如吗啡、阿托品等。

1.3 临床表现及辅助检查

本组患者PGS均发生于手术后6~10d,肛门已排气,已进流质饮食或改进半流质饮食后,表现为上腹胀饱压迫感,恶心、呕吐,呕吐物为大量含胆汁的胃液和宿食,腹部无明显压痛,胃内可闻及振水音,而肠鸣音明显减弱或消失。2例因原有胃病史而行胃镜检查,发现胃腔内有较多液体潴留,胃和十二指肠无器质性病变。其余8例经口服38%的泛影葡胺行胃肠道造影,动态观察胃肠内造影剂的情况,见胃蠕动明显减弱或无蠕动,胃内大量液体潴留,胃排空明显延迟。10例患者均测定空腹血糖、血浆白蛋白等(清蛋白),无明显异常。

2 治疗方法及结果

患者确诊后,若精神高度紧张,迷走神经处于抑制状态,则症状不易恢复。因此首先要消除患者心理紧张因素。同时给予(1)禁食,重插胃管行持续胃肠减压,200mL温生理盐水反复洗胃,每日2~3次;(2)静脉输液,维持水电解质酸碱平衡,补充足够的蛋白质、维生素及微量元素等;(3)静脉滴注思他宁(stilamin),每小时250μg,持续5~6d;(4)给予胃动力药物,如胃复安10mg肌肉注射,每日2~3次,或20mg静脉滴注,每日1次。同时给予红霉素6mg/kg,溶于100mL的5%葡萄糖溶液中,以5mL/min的速度静脉滴注,每日2次,连续5~7d。如以上药物效果不明显,可改用西沙必利20mg,研碎后自胃管内注入或直接口服,每日2次;或同时联合用吗丁林10mg/次,每日2~3次。经上述治疗后,8例患者于术后15~18d恢复,2例于

收稿日期:2004-12-14; 修订日期:2005-07-26。

作者简介:肖隆斌(1962-),男,江西吉安人,中山大学附属第一医院黄埔院区副主任医师,主要从事大肠癌的治疗及胃肠外科方面的研究。

通讯作者:吴文辉 电话:020-82387492(0), 020-82379635, 13926049856(手机); E-mail:xfoslrch@tom.com。

术后1个月恢复。无再次手术者。

3 讨论

正确诊断和治疗 PGS,对避免盲目手术,减少患者痛苦,缩短病程有着重要意义。PGS 的诊断并不困难。依据患者术后1周左右肛门已排气,并进流质饮食后出现上腹饱胀、恶心呕吐,胃镜或口服胃肠造影检查发现胃潴留,而无明显的胃肠道机械性梗阻,重插胃管后每日胃液量在600~800mL或更多即可确诊。

笔者对 PGS 的治疗体会是:(1)消除患者的紧张心理。由于术后发生胃瘫,患者不能进食,且需要重新插胃管,住院时间延长,患者不易接受,需要耐心解释。(2)持续胃肠减压,并予温盐水洗胃,抽吸胃内潴留的液体,消除胃水肿。本组中有1例重插胃管后第1天即引出混浊胃液约1800mL,原先饱胀感随即消失。(3)给予营养支持。尽早进行肠外营养(TPN)补充患者必需的营养,纠正低蛋白血症。TPN能抑制消化液的分泌,从而使胃肠道得到恰当的休息,使胃壁功能恢复,这对阻断恶性循环有明显的作。本组10例一经确诊即予TPN。但需注意的是TPN有引起高血糖的可能,从而加重胃瘫,因此需适当给以胰岛素(如无糖尿病,胰岛素与糖的比例为1:4~5),同时予监测电解质和血糖。(4)思他宁的药理作用是:抑制胃泌素、胃酸和胃蛋白酶的分泌以及抑制胰腺及小肠的分泌等。本组中有2例使用,均有效地减少了胃肠液。(5)应用胃肠道动力药物:①胃复安是多巴胺D₂受体拮抗剂,作用于平滑肌,可促进胃排空,还能扩张幽门与十二指肠,增进十二指肠的蠕动。吗丁林与胃复安具有相同的作用。本组10例均应用,有1例使用胃复安1周,无明显效果,改用吗丁林。②大环内酯类抗生素:主要为红霉素及其衍生物。近年的研究表明红霉素及其衍生物是胃动素受体的拮抗剂,能引起移行性综合肌电(MMC III)强烈收缩,促进胃排空,而无刺激胃分泌的

作用^[3]。红霉素用于 PGS 的治疗有一定的效果。本组均联合胃复安配伍使用,效果良好。③其他胃动力药物:如西沙必利是5-羟色胺4(5-HT₄)受体激动剂,作用于肠肌间神经丛节前运动神经元的5-HT₄受体,促进胆碱能神经纤维释放乙酰胆碱,进而促进胃肠平滑肌收缩,加快胃肠运动和胃排空^[4]。本组有1例在联合应用胃复安和红霉素后无明显效果,改用吗丁林和西沙必利后,症状得以改善并恢复。(5)术后镇痛泵的使用可能抑制胃肠道的运动,因此认为要尽量缩短术后镇痛泵尤其是静脉镇痛泵的使用时间。术后疼痛最为剧烈的时段大多在24~48h,因此镇痛泵的使用最好在48h以内。超过这段时间切口疼痛减轻,如有疼痛,可给少量短效止痛药。(6)避免手术治疗。在术后患者已进食情况下,出现恶心呕吐,上腹饱胀。首先需行胃肠造影或胃镜检查排除有无机械性梗阻。如无明显的机械性梗阻而过早手术探查,反而使患者受到不必要的损伤,加重胃的排空障碍。因此,在明确诊断 PGS 的情况下,应坚持非手术治疗,多数患者在4~6周内恢复。本组无1例再次手术。

参考文献:

- [1] 王吉甫. 胃十二指肠溃疡胃切除术术后并发症[A]. 见:王吉甫. 胃肠外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000. 327-344.
- [2] 秦新裕. 胃十二指肠溃疡外科治疗不同术式与胃肠动力的关系[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(1): 59-60.
- [3] 杨维良, 赵刚, 张新晨, 等. 胃切除术后残胃胃瘫综合征的临床总结[J]. 中华胃肠外科杂志, 2002, 12(4): 249-251.
- [4] Kendall BJ, Kendall ET, Soykan I, et al. Cisapride in the long-term treatment of chronic gastroparesis: a 2-year open-label study [J]. J Int Med Res, 1997, 25(4): 182-189.

欢迎订阅 2006 年《中国现代普通外科进展》

《中国现代普通外科进展》是教育部主管、山东大学主办的学术性刊物,国内外公开发行,以从事普通外科的临床工作者、科研人员和研究生为主要读者对象,报道普通外科领域内的最新的学术动态和进展、临床实践经验和原创科研成果,以及与临床紧密结合的基础理论研究。

本刊贯彻我刊顾问、中科院院士裘法祖教授提出的“在‘现代’中获得启迪,读‘进展’后有所创新”的办刊方向,坚持以“现代”、“进展”为导向,启迪读者,以提高广大普通外科工作者的业务水平与科研技能。

本刊已被国际六大检索刊物中的美国《CA》、俄罗斯《AJ》收录,被国内中国科技论文统计与分析数据库等17个数据库和检索刊物收入,并被确立为中国科技类(统计源期刊)、外科学类、肿瘤学类、医药卫生类核心期刊,在国内期刊评奖中多次获奖。

双月刊,每年6期。定价:8元/册,48元/年。

订阅方法:(1)通过各地邮局订阅(邮发代号:24-190);(2)向编辑部订阅 地址:山东省济南市文化西路107号(250012) 电话(传真):0531-82169203 联系人:王秀娟