

文章编号:1005-6947(2006)06-0406-03

· 胰腺外科专题研究 ·

胰十二指肠切除术后患者腹泻 71 例分析

吴河水¹, 张磊¹, 陈铭坤², 郭兴军¹, 黄鹏¹, 熊炯焯¹, 王春友¹

(1. 华中科技大学同济医学院附属协和医院 胰腺外科中心, 湖北 武汉 430022; 2. 山东省新泰市第二人民医院, 山东 新泰 271219)

摘要:目的 分析胰十二指肠切除术后患者腹泻发生的原因及机制,并探讨治疗对策。方法 以笔者近1年半内收治的159例胰十二指肠切除术患者为对象,分析术后腹泻发生的原因及不同的处理方法。结果 全组有71例发生不同程度的腹泻,发生率为44.7%。其中22例为肠道细菌感染,4例出现真菌感染,感染发生率占腹泻患者的36.6%。针对不同的病因给予治疗后,64例腹泻有不同程度的缓解,有效率为90.1%;7例出现慢性腹泻,经一般治疗效果不明显者,加用口服胰酶片治疗,2周后腹泻较用药前有明显缓解。结论 腹泻在胰十二指肠切除术后患者中较多见,根据不同的病因进行相应处理多能治愈。

关键词:胰十二指肠切除术/副作用;腹泻/病因学;手术后并发症

中图分类号:R657.5;R656.62

文献标识码:A

Analysis of post-pancreatoduodenectomy diarrhea: a report of 71 cases

WU He-shui¹, ZHANG Lei¹, CHEN Ming-kun², GUO Xing-jun¹, HUANG Peng¹, XIONG Jiong-xin¹, WANG Chun-you¹

(1. Affiliated Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China; 2. The Second People Hospital of Xintai, Xintai, Shandong 271219, China)

Abstract: **Objective** To explore the etiology, mechanism and treatment of diarrhea after pancreatoduodenectomy. **Methods** Based on the clinical data of 159 cases of pancreatoduodenectomy performed in the recent one and half years, the pathogenesis of post-pancreatoduodenectomy diarrhea was analyzed and the effect of different treatments was observed. **Results** Seventy-one cases had diarrhea, with an incidence of 44.7%. Twenty-two cases had bacterial infection of the intestinal tract and 4 cases had fungus infection. The incidence of infection was 36.6%. In 64 cases diarrhea was relieved with effective treatment, accounting for 90.1% of all cases. Seven cases with chronic diarrhea had additional treatment with oral pancreatic enzyme and symptoms were relieved 2 weeks after treatment. **Conclusions** Diarrhea is frequently observed in patients after pancreatoduodenectomy, and the majority of them can be cured with treatment selected according to the pathogenesis.

Key words: Pancreatoduodenectomy/adv eff; Diarrhea/pathol; Postoperative Complications

CLC number: R657.5; R656.62

Document code: A

胰十二指肠切除术后患者发生腹泻较为常见,其原因比较复杂。本中心自2004年1月—2005年6月共施行胰十二指肠切除术159例,其中71例手术后出现不同程度的腹泻,采用不同方法治疗后,取得较好的临床效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

159例中男97例,女62例;年龄47~84(平均59.4)岁。其中胰头癌102例,壶腹部恶性肿瘤20例,胰头炎性肿块5例,胰头囊腺癌8例,十二指肠乳头癌8例,胰头多发性囊肿16例。均行胰十二指肠切除术。其中71例患者术后发生不同程度的腹泻;腹泻发生率为44.7%。

收稿日期:2005-10-26; 修订日期:2006-03-28。

作者简介:吴河水,男,湖北咸宁人,华中科技大学同济医学院附属协和医院主任医师,主要从事胰腺疾病临床和实验方面的研究。

通讯作者:吴河水 电话:027-62710555; E-mail:whs1898@pub-lic.wh.hb.com。

1.2 临床表现

腹泻一般发生在手术后3~6d肠功能恢复、出现排便时。粪便多为墨绿色胆汁样稀便,亦为黄色稀水样,每次约60~100mL。大便次数一般为5~8次/d,最长达22次/d,平均6.7次/d。有的患者伴有里急后重感。本组71例中22例出现发热,血常规示白细胞明显增高,平均 $>1.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞大于0.80;4例大便混有较多白色泡沫或豆腐渣样物质。7例出现慢性腹泻,病程超过2个月,大便次数为7~10次/d,平均8.3次/d。

1.3 化验检查

对所有腹泻患者进行粪便常规检查和细菌培养及涂片找真菌。其中13例示大肠埃希菌感染,9例肠球菌感染,4例真菌感染;肠道感染发生率占腹泻患者的36.6%。

2 药物治疗及结果

对于无细菌感染,腹泻次数较少的患者,观察3~5d;若无效给予洛哌丁胺(易蒙停)和双歧杆菌片治疗。对有肠道细菌感染者,口服喹诺酮类抗生素。对有真菌感染者,改广谱抗生素为窄谱抗生素,并口服伊曲康唑(斯匹仁诺)。根据上述用药原则64例患者用药3~5d后腹泻逐渐缓解,大便次数减至1~3次/d,较用药前明显减少,有效率为90.1%;对7例慢性腹泻患者除上述治疗外,还口服胰酶片,2周后减少为2~4次/d,较用药前有明显缓解。

3 讨论

胰十二指肠切除术后常见并发症有腹腔内出血、应急性溃疡、胰痿、胆痿、腹腔感染和胃排空延迟等并发症^[1-3]。腹泻的发生比较常见,但并未引起足够的重视,相关报道极少。

本中心159例行胰十二指肠切除术的患者中,有71例出现不同程度的腹泻,发生率较高(44.7%)。22例出现肠道细菌感染,4例肠道真菌感染,7例慢性腹泻。针对不同病因给予不同的治疗,腹泻较用药前有明显缓解。胰十二指肠切除术后发生腹泻的原因可能有:(1)该手术为一耗时长、损伤大的手术,术后有较严重的肠麻痹。治疗后随着病情的好转,肠蠕动恢复,肠道内的积液排出,形成腹泻。此为功能性,轻者无需药物治疗,注

意补充水和电解质即可。(2)胆汁,特别是经过胆囊浓缩后的胆汁具有消化脂肪、激活胰脂肪酶、抑制细菌生长和激活胰蛋白酶原等功能,胰十二指肠切除术时胆囊一并被切除,胆汁的上述作用减弱,特别是对脂肪的消化和抑制细菌生长的能力减弱,使肠道内环境发生改变,从而出现肠道功能紊乱,肠道菌群失调而引起腹泻^[4-5]。另外因胆盐吸收受影响而过多地进入结肠,刺激结肠运动亦可产生腹泻^[6]。大量胆盐进入结肠后,在厌氧菌的作用下羟基化而成双羟胆酸,后者可抑制结肠对水的吸收,并促进肠蠕动,加剧腹泻^[7]。(3)胰液中含有脂肪酶、蛋白酶、淀粉酶和弹力蛋白酶等,胰十二指肠切除术后胰液分泌减少,有的手术后还使用生长抑素抑制胰液的分泌。当患者肠功能恢复开始进食时,因胰液分泌减少而使食物消化和吸收不良,食物成分(蛋白质、脂肪等)储留在肠道内,食物自身的渗透效应和食物阻碍电解质的吸收,造成渗透性腹泻^[8]。食物中脂肪因胰脂酶的分泌减少,消化、吸收不良,亦可出现脂肪泻;另外进入肠道的胰液减少,改变了肠道的酸碱度和正常生理过程,刺激肠蠕动,引起肠蠕动加快亦可能导致腹泻。(4)本组患者年龄较大(平均59.4岁),而胰十二指肠切除术的创伤性较大,致术后免疫功能降低;加之手术后大剂量使用广谱抗生素,易造成肠道菌群紊乱,从而引起机会菌感染或真菌感染而导致腹泻^[9]。

因此,应针对不同病因进行相应的处理。对于早期轻度腹泻患者,禁食及补充足够的水和电解质即可;若无效可给予洛哌丁胺止泻,同时口服双歧杆菌片。有研究表明,双歧杆菌活菌通过与其他厌氧菌一起定植于黏膜表面,形成一个具有保护作用的生物学屏障,阻止致病菌的定植与入侵;并且它们在代谢中产生的乳酸和乙酸可降低肠道pH值和电位(EH),进而恢复和维持肠道内微生物生态系统的稳定和调节肠道功能,重建肠道菌群平衡,从而达到治疗腹泻的目的^[10]。对有肠道细菌感染者,根据粪便细菌培养结果,针对性地使用敏感抗生素;如出现真菌感染,则口服伊曲康唑。对于上述治疗措施效果不佳出现慢性腹泻的患者,加用胰酶片口服治疗,腹泻亦能获得明显缓解。

参考文献:

[1] 鲁建国,高德明,马庆久,等.降低胰十二指肠切除术后

- 胰痿发生率及病死率的体会[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(11): 783-785.
- [2] 邵堂雷, 杨卫平, 彭承宏, 等. 139例胰十二指肠切除术后各种并发症的临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(11): 770-772.
- [3] 张波, 曾庆东, 李胜, 等. 胰十二指肠切除术后腹腔感染发生的影响因素. 中国普通外科杂志, 2004, 13(2): 127-129.
- [4] O, Donnell LJ. Post-cholecystectomy diarrhoea: a running commentary[J]. Gut, 1999, 45(6): 796-797.
- [5] 龙长平, 向才来. 补中益气汤治疗胆囊切除术后腹泻20例体会[J]. 实用中西医结合杂志, 1998, 11(13): 1168-1169.
- [6] 刘志苏. 胆囊切除术后有关问题[J]. 临床外科杂志, 2004, 12(12): 727-728.
- [7] 李菊兰, 朱戎. 胆囊切除术后腹泻患者肠道菌群变化[J]. 中国微生态学杂志, 2003, 15(6): 368.
- [8] Bansi DS, Price A, Russel Cl, et al. Fibrosing colonopathy in an adult owing to over use of pancreatic enzyme supplements[J]. Gut, 2000, 46(2): 283-285.
- [9] 吴河水, 田元, 郑启昌. 老年阑尾炎患者手术后腹泻原因及其处理[J]. 实用医学杂志, 2000, 16(1): 16-17.
- [10] 郝维善. 人类肠道中的重要生理性细菌-双歧杆菌[J]. 中国微生态学杂志, 1989, 1(1): 116-123.

文章编号:1005-6947(2006)06-0408-01

· 病例报告 ·

甲状腺次全切除术后支气管哮喘发作误行气管切开 1例教训

张会元, 梁艳君, 白宏刚, 赵红

(辽宁省新民市人民医院 普通外科, 辽宁 新民 100300)

关键词: 甲状腺切除术/副作用; 哮喘/病因学; 气管切开; 病例报告

中图分类号: R653; R562.25

文献标识码: D

患者 女, 50岁。因发现颈部结节性包块5年, 伴压迫感2个月入院, 无甲亢症状。临床诊断: 结节性甲状腺肿大。于2005年8月30日在局麻下行双侧甲状腺次全切除术。术中经过顺利常规置胶管引流。术毕于11点20分回病室, 于15点30分突然出现呼吸困难, 喘鸣, 紫绀。检查见切口无肿胀及渗血, 引流通畅, 考虑气管塌陷呼吸道阻塞。此时测 SPO₂ 为76%, 立即拆除缝合线, 敞开切口, 未见明显的气管塌陷, 急行气管切开术, 插入气管套管后, 呼吸困难未见好转, SPO₂ 未见升高, 此时才考虑诊断错误, 追问病史, 既往有支气管哮喘病史。体查: 双肺满布哮鸣音, 请呼吸内科会诊, 给25%葡萄糖20mL加氨茶

碱0.25g缓慢静脉推注, 0.9%氯化钠500mg加氢化可的松200mg静滴, 呼吸困难症状明显缓解, 双肺哮鸣音减少, SPO₂升为92%, 诊断支气管哮喘急性发作, 转呼吸内科治疗。术后1周拔除气管套管, 术后2周痊愈出院。

教训分析: 甲状腺术后呼吸困难和窒息, 多发生在术后48h内, 是术后最危急的并发症, 常见原因为: (1) 切口内出血压迫气管; (2) 喉头水肿, 主要是手术创伤所致, 也可因气管插管引起; (3) 气管塌陷。后两种情况的病人由于气道堵塞可出现喘鸣及急性呼吸道梗阻。临床表现为进行性呼吸困难、烦躁、发绀, 甚至发生窒息。本例教训深刻, 分析误诊原因主要是: (1) 病史询问不细致, 术前未问出支气管哮喘病史, 以致发生呼吸困难, 根本想不到是哮喘病发作; (2) 体查不细致, 症状发生后没有全面细致的进行体查, 未行肺部听诊。甲状腺次全切除术后呼吸困难是最严重最危急的并发

症, 一旦发生, 情况紧急, 常未作细致的体查而导致误诊; (3) 支气管哮喘呼吸困难与气管塌陷所引起的呼吸困难, 均为气道狭窄堵塞所引起的, 有呼吸困难、烦躁、紫绀、喘鸣, 临床症状不易区分; (4) 甲状腺次全切除术后诱发哮喘病发作临床非常少见, 故一旦出现呼吸困难常惯性的认为手术并发症引起的。因此, 甲状腺手术患者术前要仔细询问病史, 术后一旦发生呼吸困难, 在治疗的同时要详细体查, 并检测 SPO₂。如有满肺的支气管哮鸣音可给25%葡萄糖20mL加氨茶碱0.25g缓慢静脉推注, 0.9%氯化钠500mL加氢化可的松200mg静滴。如有颈部肿胀、切口渗出鲜血时多为切口内出血所引起的。应立即在床旁抢救, 及时剪开缝合线, 敞开切口, 迅速去除血肿, 此时病人呼吸困难者无改善, 则应立即实行气管切开, 情况好转后, 再送手术室做进一步止血检查, 手术和其他处理。特别是哮喘病史。

收稿日期: 2006-04-05。

作者简介: 张会元, 男, 辽宁新民人, 辽宁新民市人民医院副主任医师, 主要从事普通外科肿瘤方面的研究。

通讯作者: 张会元 电话: 024-87520194