

文章编号:1005-6947(2006)09-0713-02

· 临床报道 ·

全胃切除后间置横结肠代胃消化道重建对患者早期营养的影响

张奇东, 刘城, 张汉波, 张国辉, 林健彪, 涂汉尧, 邓祎炜

(广东省高州市新垌卫生院 外科, 广东 高州 525245)

摘要: 将行择期全胃切除术的47例胃恶性肿瘤患者分为两组, 即间置横结肠代胃组21例, Roux-en-Y消化道重建组(RYP)26例。随访两组术后1年无肿瘤复发者的营养状况, 包括消化道症状、体重变化及其他营养指标, 对随访资料进行对比分析。结果显示, 两组患者术后营养状况均明显优于术前($P < 0.01$)。横结肠代胃组较RYP组改善更为明显, 且无倾倒综合征, 反流性食管炎发生率低($P < 0.01$)。提示全胃切除术后行间置横结肠代胃重建, 术后肠道功能紊乱发生率低, 可明显改善术后早期营养状况, 是全胃切除术后理想的消化道重建术式。

关键词: 胃切除术/副作用; 胃肿瘤/外科学; 消化道重建

中图分类号: R656.61; R735.2 **文献标识码:** B

胃恶性肿瘤患者全胃切除术后其手术并发症和术后生存质量与消化道的重建方式有密切关系。而以何种重建术式为佳, 目前尚无定论。为探索一种操作简便, 能切实提高患者生活质量的消化道重建术式, 笔者将间置横结肠代胃消化道重建术用于全胃切除术后消化道的重建, 并与Roux-en-Y法(RYP)进行对照, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将47例在我院择期全胃切除术患者, 按双盲法随机分为两组: (1) 间置横结肠代胃组: 21例。男14例, 女7例; 年龄45~71(平均57)岁。肿瘤位于(MAC/MCA)2例, (MC/CM)3例, (MA/AM)7例, (M)9例。组织学类型及分级属高、中、低分化腺癌分别为3例、7例及11例。TNM分期(UICC1988年标准)属II期3例, III a期8例, III b期7例, IV期3例。(2) RYP组, 即对照组: 26例。男15例, 女11例; 年龄46~70(平均59)岁。肿瘤位于(MAC/MCA)3例, (MC/CM)5例, (MA/AM)8例, (M)10例。组织学类型及分级属高、中、低分化腺癌分别为3例、9例及14例。TNM分期属II期4例, III a期8例, III b期10例, IV期4例。经统计学处理, 两组在性别, 年龄及TNM分期间差异无统计学意义($P > 0.05$), 具可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 全胃切除 腹部切口37例, 胸腹部联合切口10

例。按胃癌根治(D_2, D_3)的要求, 切除全胃并清扫相应的淋巴结。保留幽门者必须具备以下条件: 胃肿瘤至少位于幽门近侧10cm处, 第一站以外和幽门周围无淋巴结触及; 保留幽门和远侧2cm的胃窦部; 作近侧近全胃切除, 切除网膜和远侧的腹段食管; 作第二站淋巴结廓清; 标本行冷冻切片检查证实手术切缘无肿瘤。

1.2.2 间置横结肠代胃消化道重建术 先用20~30cm长的一段带血管蒂的横结肠, 其近端与食管残端行端端套入式吻合, 设置防反流, 远端横结肠与幽门或十二指肠行端端吻合。

1.2.3 Roux-en-Y消化道重建术 选用距屈氏韧带下远端15~20cm空肠切断, 将远端空肠经结肠前与食管行端端吻合, 近端空肠与远端空肠距空肠食管吻合远端20~25cm处行端侧吻合, 关闭十二指肠残端。

1.3 随访及观察指标

消化道重建术主要影响患者的营养状况, 而肿瘤是否根治无明显关系。所有患者术后1年均形成较为固定的饮食习惯, 故对术后1年无肿瘤转移及复发患者的随访资料进行回顾性分析。结果: 间置横结肠代胃组15例, RYP组19例符合随访条件。所有资料均来自住院病历记录及门诊随访记录。观察指标: 手术前及术后1年非化疗期的体重、血红蛋白。总蛋白及清蛋白量; 上消化道X线钡餐检查测量代胃肠道(间置横结肠及Roux-en-Y的肠袢)的最大径及钡剂在代胃肠管滞留时间; 胃镜检查有无反流性食管炎; 有无倾倒症状。

1.4 统计学处理

数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示。两组间各项指标比较采用SPSS统计学软件作检验。检验水准 $\alpha = 0.05$

2 结果

术前两组患者各项营养指标差异无统计学意义($P >$

收稿日期:2006-04-05; 修订日期:2006-06-26。

作者简介:张奇东,男,广东高州人,广东省高州市新垌卫生院副主任医师,主要从事消化道肿瘤方面的研究。

通讯作者:E-mail:zhqd3633001@163.com。

0.05)。两组术后较术前均有明显改善($P < 0.01$)。间置横结肠代胃组较RYP组改善更为明显($P < 0.01$)。间置横结肠代胃组代胃肠管扩张容积明显,钡剂滞留时间相对延

长,胃镜示胆汁反流少,食管炎发生率低($P < 0.01$),无倾倒综合征出现(表1,2)。

表1 两组手术前、后各项营养指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体重(kg)		总蛋白(g/L)		血红蛋白(g/L)		白(清)蛋白(g/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
间置横结肠代胃	15	53 ± 13	68 ± 11 ^{1),2)}	75 ± 1.3	122 ± 1.5 ^{1),2)}	47 ± 5.5	70 ± 10.5 ^{1),2)}	26 ± 6.2	44 ± 9.5 ^{1),2)}
RYP	19	51 ± 10	60 ± 10 ¹⁾	73 ± 1.6	100 ± 2.0 ¹⁾	44 ± 2.0	62 ± 11.1 ¹⁾	27 ± 9.0	39 ± 8.9 ¹⁾

注:1)与术前比较, $P < 0.01$;2)与RYP比较, $P < 0.01$

表2 两组代胃肠管的储物功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	代胃肠管最大径(cm)	钡剂在代胃肠管内滞留时间(min)	倾倒症状(例)	反流性食管炎(例)
间置横结肠代胃	15	7.5 ± 1.2	59 ± 20.1	0	2
RYP	19	3.2 ± 0.8	13.5 ± 19.2	3	3
P值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

目前,预防全胃切除术后营养代谢异常的研究主要集中在选择合理的消化道重建术式。现有的重建术为肠管插入间置法和非插入法两大类。理论上,肠管插入间置法比非插入法更佳。前者因食物经过十二指肠,促使近生理状态的同步胆汁和胰腺分泌,更有利于营养物质的消化和吸收^[1]。

全胃切除术后消化道重建方法甚多。RYP法因操作简单是目前最常用的重建法,但其单一的空肠袢无代胃作用,储物功能及抗胆汁反流作用不明显;食物经过后迅速排空,术后易出现倾倒综合征^[2]。Jivonen等^[3]比较了间置空肠十二指肠吻合和食管空肠吻合的术后情况,前者进食后饱胀不适发生率低,进食功能强,倾倒综合征发生率低,术后不适症状少,体重恢复好,血清中25-OH维生素D浓度高,碱性磷酸酶活性低,食物从口腔至盲肠的输送时间较长。故认为全胃切除后应首选食管间置空肠十二指肠吻合术。但笔者认为空肠代胃不管取何种重建方式都由于其有限的容量而不能容纳正常食量,只有大段结肠能满足正常容量。我科将间置横结肠代胃消化道重建术应用于全胃切除,并与Roux-en-Y消化道重建法进行对比,结果也显示前者明显优于RYP法。结肠代胃具有以下优点^[4]:(1)由于结肠中动脉发育稳定血管丰富,采用带血管蒂横结肠代胃有足够的长度移至任何高度与食管吻合;结肠抗酸能力强,不易发生消化道结肠炎;(2)结肠本身相对较粗,取20~30cm

横结肠行间置代胃,具有贮存、混合食物的作用;(3)随着时间的推移,代胃结肠肌层增生,蠕动增强,不会出现食物滞留。

全胃切除后,十二指肠G细胞“胃窦化”,胃泌素合成明显增加,重建食物经过十二指肠通道,保持食物对十二指肠黏膜及神经的刺激,使胃泌素的各种分泌途径得以发挥作用。胃泌素分泌量增加,肠道内的碱性环境得以维持在生理水平,抑制肠细菌的过度繁殖,并促进肠道黏膜的生长。而间置横结肠代胃重建消化道后恢复了胃肠道的原始连续性,食物经过十二指肠促使近生理状态的同步胆汁和胰腺分泌,并与食糜充分混合,更有利于营养物质如蛋白质、脂肪、铁、钙的良好消化和吸收。本研究结果显示,反映营养状况的指标(体重、血红蛋白、总蛋白及清蛋白量)在间置横结肠代胃组与RYP组术前差异无显著性($P < 0.05$);术后由于消除了恶性肿瘤对机体的影响,两组的体重、血红蛋白、总蛋白及白蛋白量均高于术前,而且间置横结肠代胃组增加更为明显($P < 0.01$)、据此证实了结肠插入间置法的优越性。故笔者认为全胃切除后间置横结肠代胃术是一种安全可靠、简便易行、效果满意较理想的手术方式。

参考文献:

- [1] 罗云生,王立明.全胃切除重建消化道28例[J].中华普通外科杂志,2001,16(2):122.
- [2] 张奇东,伍世绩,梁跃,等.间置空肠消化道重建术对患者营养状况的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2005,11(2):108.
- [3] Jivonen MK, Koskinen MO, Ikonen T, et al. Emptying of the jejunal pouch and roux-en-Y limb after total gastrectomy randomized, prospective study [J]. EURJ Surg, 1999, 165(8):742-747.
- [4] 王刚,王中宁,蔡晓棠,等.保留幽门结肠代胃在胃癌全胃切除术中的临床应用与评价[J].中国实用外科杂志,1997,17(12):724-725.