

文章编号:1005-6947(2008)10-1007-03

· 临床研究 ·

腹部非胃手术后功能性胃排空障碍的诊断与治疗:附28例报告

刘栋才, 周建平, 袁联文, 舒国顺, 周家鹏, 任峰

(中南大学湘雅二医院 老年外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:目的 探讨腹部非胃手术后功能性胃排空障碍(functional delayed gastric emptying, FDGE)的病因、诊断与治疗方法。方法 回顾性分析12年间收治的28例腹部非胃手术后FDGE患者的临床资料。结果 FDGE发生于腹部非胃手术后4~16 d。均表现为上腹饱胀伴呕吐,检查胃振水音明显,鼻胃管引流出胃液1 000~2 500 mL/d。经胃镜诊断21例(75.0%),上消化道造影诊断7例(25.0%)。100%经非手术治疗痊愈,且均于术后6~38(平均7.6)d恢复胃动力。结论 腹部非胃手术后FDGE的发生与多种因素有关。胃镜检查既可明确诊断,也是一种重要的治疗手段。采取非手术治疗一般可治愈。

[中国普通外科杂志,2008,17(10):1007-1009]

关键词: 胃瘫,功能性/诊断;胃瘫,功能性/治疗;手术后并发症

中图分类号:R 656.6

文献标识码:A

The diagnosis and treatment of functional delayed gastric emptying after nongastrectomy abdominal operation: a report of 28 patients

LIU Dongcai, ZHOU Jianping, YUAN Lianwen, SHU Guoshun, ZHOU Jiapeng, REN Feng
(Department of Geriatric Surgery, the Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China)

Abstract: **Objective** To explore the etiology, diagnosis and treatment of functional delayed gastric emptying (FDGE) after nongastrectomy abdominal operation. **Methods** The clinical data of twenty-eight patients with FDGE in our hospital from Dec. 1995 to Jan. 2007 were analyzed retrospectively. **Results** FDGE usually occurred at 4~16 days postoperatively. It was characterized by upper abdominal distension, vomiting, loud gastric splashing sound, and large amount of gastric drainage ranging from 1 000 to 2 500 mL per day. Twenty-one cases (75.0%) were diagnosed by gastroscopy and 7 (25.0%) by barium meal. All the patients recovered with conservative treatment, and gastric motility was restored at 6-38 d (average 7.6 d) after operation in all the cases. **Conclusions** The etiology of FDGE after nongastrectomy abdominal operation is related to multiple factors. Gastroscopy is valuable in the diagnosis and treatment of FDGE. FDGE can be cured by nonsurgical treatment.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(10):1007-1009]

Key words: Gastroparesis, Functional/diag; Gastroparesis, Functional/ther; Postoperative Complications

CLC number: R 656.6

Document code: A

功能性胃排空障碍(FDGE)又称胃瘫综合

征,是胃手术后较常见的并发症,发生于腹部非胃手术后则少见^[1-4]。FDGE临床处理较棘手,常误诊误治。我院于1995年12月—2007年1月收治腹部非胃手术后FDGE 28例,现将诊治经验报告如下。

收稿日期:2007-05-28; 修订日期:2007-11-19。

作者简介:刘栋才,男,中南大学湘雅二医院副主任医师,主要从事胃肠肿瘤的临床与实验方面的研究。

通讯作者:刘栋才 E-mail:dongcailiu@yahoo.com.cn

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男17例,女11例;年龄45~86(平均60.8)岁。原发疾病及其手术包括:胰腺体尾部癌7例,均行胰体部切除,4例附加脾切除;十二指肠乳头良性肿瘤1例,行肿瘤局部切除加十二指肠乳头成形;外伤性十二指肠破裂2例,均行破裂处修补;结肠肝曲癌2例,均行根治性右半结肠切除;结肠脾曲癌3例,均行根治性左半结肠切除;横结肠癌1例,行横结肠切除;胆总管结石4例,均行胆道探查及胆囊切除;重症急性胰腺炎5例,均行腹腔灌洗引流、胆总管造瘘、空肠造瘘;急性粘连性肠梗阻2例,1例行肠粘连松解,1例肠粘连松解后行小肠排列术;腹膜后巨大化学感受器瘤1例,行化学感受器瘤切除。28例中,5例合并严重营养不良;3例合并糖尿病。

1.2 临床表现及诊断

患者手术后4~16d,在停止胃肠减压,进流质饮食或由流质饮食改为半流质饮食后出现上腹饱胀、恶心呕吐及顽固性呃逆,呕出大量胃内容物,含有或不含有胆汁。吐后症状暂时缓解,胃肠减压抽出液体1000~2500 mL/d。体检:上腹部饱满,无明显压痛及反跳痛,可闻及振水音,肠鸣音减弱或正常。本组21例经纤维胃镜确诊,胃镜下见胃无蠕动,胃黏膜水肿、充血,并可见胆汁反流。7例经上消化道稀钡造影检查确诊,且造影下发现胃无蠕动,呈松弛、静止状态。

2 治疗方法及结果

禁食、持续胃肠减压;3%温盐水洗胃,地塞米松(5~10) mg/d 静脉滴注,以减轻胃水肿,促进胃张力恢复。维持水电解质酸碱平衡,补充足够的热量和蛋白质、微量元素及维生素,纠正负氮平衡。症状出现后及时使用促胃动力药,如胃复安、吗丁啉、少剂量红霉素、西沙比利等。营养支持治疗:均行胃肠外营养(PN)支持,6例通过术中放置的空肠营养管同时行肠内营养支持(EN)治疗。患者恢复胃动时间为手术后6~38 d。11例于胃镜检查后2~3d恢复胃蠕动。

3 讨论

目前认为,腹部非胃手术后FDGE的发生与多因素或多系统参与胃肠动力的调节和反馈有关^[2,5-7],主要有以下因素:(1)患者的身体素质和

精神过度紧张及过敏体质或对手术的过度恐惧等。(2)非胃手术创伤可致胃肠交感神经活动增强,胃壁释放去甲肾上腺素直接与胃肠平滑肌细胞膜上的 α 及 β 受体结合,胃肠平滑肌中的副交感神经兴奋性相对减弱,从而抑制胃的肌电活动,延缓胃排空。(3)疾病种类、手术方式及手术创伤的大小等。本组绝大多数为传统的大型开腹手术,手术时间长,损伤大。特别是胆胰肠手术时腹腔污染引起的化学炎症反应,加上腹腔温度及湿度的改变等,均易产生FDGE。(4)严重营养不良时,胃蠕动减慢而致FDGE。(5)血糖异常。过高的血糖对胃动力有抑制作用。糖尿病可致内脏自主神经病变,从而使胃张力减弱,蠕动减慢。(6)饮食改变,突然进食流质或由流质饮食改为半流质饮食过程中,胃肠道可产生变态反应,致肠壁内产生大量组胺,血管内皮和胃肠平滑肌渗出、水肿等影响胃动力。

腹部非胃手术后FDGE的诊断并不难,可通过如下临床表现和检查确诊:(1)腹部非胃手术后4~6d,开始进食流质或由流质改为半流饮食过程中出现上腹部饱胀,随之呕吐大量胃内容物,呕吐后症状减轻。(2)体查发现胃振水音,但需排除胃流出道机械性梗阻因素。(3)纤维胃镜检查可见胃无蠕动波,胃黏膜水肿、充血,并可见胆汁反流入胃。(4)上消化道稀钡检查可见胃无蠕动,呈松弛、静止状态。观察5~6h钡剂仍滞留胃内。(5)有报道应用放射性同位素扫描、对乙酰氨基酚吸收试验及胃动力电流图等检查^[2],此等方法因有较大的局限性在临床上未能广泛开展。本组28例中21例通过胃镜诊断,7例通过上消化道稀钡造影确认。

腹部非胃手术后FDGE是一种功能性改变,经非手术治疗一般可治愈^[1-4]。措施:(1)禁食、胃肠减压、维持水电解质酸碱平衡。保持胃管引流通畅,经胃管灌注高渗盐水和地塞米松可以减轻胃壁水肿,有利于早期胃功能的恢复。(2)尽早提供营养支持治疗,对恢复胃壁功能、阻断恶性循环有明显的作。近年来,EN为更多学者所推崇。应用EN可以缩短腹部非胃手术后FDGE病程,明显减少治疗费用。本组6例经术中留置空肠营养管行EN后,效果明显。(3)促胃动力药物如吗丁啉和红霉素,分别通过阻断多巴胺-2受体及激活胃动素受体发挥促胃动力作用,被认为是最有希望的促胃动力药物。西沙比利为5-羟色胺受体激动剂,可加快胃排空和胃肠协调运动,

疗效确切。但吗丁啉和西沙比利均受到药物剂型的限制,经胃管给药较为不便。笔者认为,在腹部非胃手术后 FDGE 初期应使胃充分休息,并观察此阶段应用促胃动力药物效果,在试用 2~3 d 上述药物后,若症状无改善则应停药,避免此阶段无张力胃过于“疲惫”,而可于 6~8 d 后再用上述药物,以帮助“休息”后的胃恢复动力。这更符合其病理生理变化过程。(4)胃镜刺激是一种有效的治疗措施。本组 21 例行胃镜检查,其中 11 例检查后 2~3 d 症状完全缓解或好转。这可能与胃镜刺激胃壁,使胃肌电活动恢复正常有关。(5)有报道应用泛影钠-泛影葡胺合剂 40 mL/h 胃管注入可有效促进胃动力的恢复^[6-7]。还有报道^[5]应用胃起搏器治疗胃排空障碍,但其效果尚需进一步研究。

积极的术前准备,纠正营养不良与低蛋白血症,控制血糖与胆道感染,选择合理的手术方式等均可有效地降低腹部非胃手术后 FDGE 的发生率。手术过程中操作仔细,尽量减少不必要的损伤,减少出血;尽量使用吻合器、闭合器等,以缩短手术时间。术后充分的营养支持,防止水电解质酸碱平衡紊乱,积极预防、控制感染,对于可能发生的并发症及早处理。发生 FDGE 后应尽早

诊断、治疗。

参考文献:

- [1] Riediger H, Makowiec F, Schareck WD, *et al.* Delayed gastric emptying after pylorus-preserving pancreatoduodenectomy is strongly related to other postoperative complications [J]. *J Gastrointest Surg*, 2003, 7(6): 758-765.
- [2] Hornbuckle K, Barnett JL. The diagnosis and work-up of the patient with gastroparesis [J]. *J Clin Gastroenterol*, 2000, 30(2): 117-124.
- [3] 肖隆斌,吴文辉,许峰峰,等. 结直肠癌根治术后胃瘫综合征的治疗 [J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14(10): 794-795.
- [4] 王东,谭广,巩鹏,等. 胃大部分切除术后胃瘫综合征的治疗 [J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15(2): 157-159.
- [5] Jameson F, Ivan D, Zhiyue L, *et al.* Absence of the intestinal cells of cajal in patients with gastroparesis and correlation with clinical findings [J]. *J Gastroenterol Surg*, 2005, 9(1): 102-108.
- [6] Dong Keyu, Xiao Jiong, Li Bowen, *et al.* Advances in mechanisms of postsurgical gastroparesis syndrome and its diagnosis and treatment [J]. *Chin J Digest Dis*, 2006, 7(2): 76-82.
- [7] Tack J, Coulie B, Von Cutsem E, *et al.* Effect of high frequency gastric stimulation on gastric slow waves, gastric emptying and symptoms in with gastroparesis [J]. *Gastroenterology*, 2000, 118: A393-399.

胆道系统恶性肿瘤外科治疗及其进展学习班(第二期)通知

为了促进我国胆道系统恶性疾病的基础研究和临床诊疗水平的提高,总结和交流近年来胆道肿瘤外科工作的新进展以及学术研究成果,以便进一步推动本学科的发展,由第二军医大学东方肝胆外科医院主办的“胆道系统恶性肿瘤外科治疗及其进展”学习班(第二期)即将召开。现将有关事宜通知如下:1. 授课时间:2008-12-08至2008-12-12; 2. 授课地点:上海东方肝胆外科医院示教室; 3. 报到时间:2008-12-07 全天报到; 4. 招生对象:全国普通外科或肝胆外科主治以上医务人员(含主治医师); 5. 学分授予:完成学业,授予国家 I 类学分 12 分; 6. 收费标准:培训费 1200 元,食宿统一安排,费用自理; 7. 报名办法:可来信或来电报名,通讯地址:上海长海路 225 号东方肝胆外科医院胆道一科,邮编:200438。联系人:罗祥基/谭蔚锋,联系电话:02165564166-70768/75388,13636319828/13817566840, E-mail: twf1231@263.net, 报名者可以打电话索取报名表,也可以发 E-mail 索取电子版报名表。