·经验交流·

胃十二指肠溃疡胃大部切除术后胃瘫综合征的临床分析

Clinical analysis of gastroparesis syndrome after subtotal gastrectomy for gastroduodenal ulcer

曹明炎,孟 镔,牛鹏辉,周 维 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 胃大部切除术;胃瘫综合征;胃十二指肠溃疡
[中图分类号] R656.62 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0027-01

胃十二指肠溃疡胃大部切除术后引起的胃功能性排空障碍,亦称胃瘫综合征(PGS),在术后时有发生,它是一种由胃动力减弱引起的非机械性梗阻,以胃排空障碍为主要表现的胃动力紊乱综合征[1]。为了更好的提高术后胃瘫综合征治疗疗效,本文回顾性分析了2003年1月至2008年10月我院收治的39例胃大部切除术后发生PGS的患者临床资料,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者39例,其中男27例,女12例;年龄32~71岁,平均46岁。其原发病为十二指肠溃疡11例,胃溃疡19例,胃十二指肠穿孔合并出血9例。手术术式为毕Ⅰ式吻合14例,毕Ⅱ式吻合25例。发生PGS的平均时间为术后3~14 d。17例术后3~5 d拔出胃管后发生腹胀、反复呕吐、嗳气,呕吐物中多含有胆汁且有酸臭味。22例术后4~6 d上腹饱胀不适,无肛门排气排便,下胃管可引流出大量胃液,夹闭胃管出现呕吐。体检发现39例患者均有胃振水音。11例行钡餐上消化道X线动态造影,15例行泛影葡胺X线动态造影,见造影剂呈线状缓慢通过吻合口,胃蠕动弱或无蠕动,造影剂残留明显,胃排空延缓,无吻合口狭窄。13例行胃镜检查,可见胃内大量胃液潴留,吻合口处有不同程度水肿或轻度溃疡,胃蠕动减弱,胃吻合口无机械性梗阻,胃镜能通过吻合口。

1.2 诊断标准

本组39例胃大部切除术后患者符合国内PGS的诊断标准[2]:①经1项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻;②术后出现胃潴留症状;③无明显水电解质代谢紊乱、酸碱失衡;④无引起胃瘫的基础疾病;⑤无应用影响平滑肌收缩的药物史。

2 治疗方法

术后一旦确诊发生PGS,应立即采用非手术治疗。禁食、持续胃肠减压、2%~3%温盐水洗胃以减轻胃粘膜水肿,待胃粘膜水肿程度减轻,呕吐症状改善,再应用促胃动力药如胃复安剂量10~20 mg,每6 h肌注1次。本组病例在使用胃复安症状缓解后,继续用药3~5 d,并减少药量直至停药,无复发病例。通过胃镜将鼻饲管置入空肠行胃肠内营养,注入氨基酸、膳食纤维(不溶性和可溶性膳食纤维各50%)的混合型肠内营养液,补充因胃大量引流丧失的钾离子、氯离子,纠正胃肠麻痹;红霉素具有胃动素样作用,能引起胃窦、小肠消化间期MMC,促进胃排空,无刺激胃分泌作用,可明显减轻胃潴留。

3 结果

18例患者在治疗后3~5 d胃动力恢复,腹胀、呕吐等临床症状改善;14例患者在治疗7~11 d胃蠕动趋于正常,临床症状明显改善;7例患者恢复较慢,治疗后20~32 d痊愈,临床症状消失。

4 讨论

胃十二指肠溃疡胃大部切除术后引起的PGS机制尚不完全清楚,可能是:①胃大部切除术术中迷走神经被切断,胃自主蠕动功能丧失,引起胃内固体食物滞留时间延长,特别是毕Ⅱ式术后胃与十二指肠的协调运动也不复存在,故病人易发生上腹饱胀;②胃大部切除术后,胃大弯侧起搏点部分或全部丧失,,也使胃研磨食物的蠕动运动丧失,此时食用不易消化的固体食物可诱发PGS;③胃窦部切除可使胃泌素、胃动素等兴奋性肽类激素水平降低,导致与抑制性肽类激素如胆囊收缩素、胰泌素等比例失衡,影响残胃的排空功能;④手术时间过长,术中脏器暴露,缝合线反应,吻合技术欠佳,残胃胃组织术中有损伤,可影响术后残胃功能的恢复;⑤患者精神处于高度紧张和焦虑状态,可加重自主神经功能紊乱,使胃肠道反射性抑制而出现排空障碍;⑥与饮食有明显关系,部分患者未遵从医嘱,如过早地食用鱼虾、蛋类及不宜消化的食物,加重胃负担或加重吻合水肿程度;⑦毕Ⅱ式胆汁和胰液易通过吻合口进入残胃内,加重了吻合口炎症、水肿,易发生PGS[3]。

[参考文献]

[1] 冯地忠,孟 镔,孟迪生,等.206例胃大部切除术的临床解剖学分析[J].局解手术学杂志,2005,14(5):316.
[2] 张宏中,李凤苍,韦平余,等. 胃切除术后胃瘫综合征12例临床分析[J].潍坊医学院学报,2004,26(1):49-50.
[3] 董传江,孟 镔,李大巍,等. 胃大部切除术治疗胃十二指肠溃疡的35例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2006,15(5):317.

[收稿日期] 2008-11-17 [修回日期] 2008-12-25
(编辑:周小林)