维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第6期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.6

·综 述·

胃瘫病因学与治疗进展

Advances in etiology and treatment of gastroparesis

张维一,周 辉,王 强
(第二军医大学附属长征医院普通外科,上海 200003)

[关键词] 胃瘫;病因;治疗
[中图分类号] R656.6;R573 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2004)06-0416-02

胃瘫(gastroparesis)是指腹部手术后继发的非机械性梗阻因素引起的以胃排空障碍为主要征象的胃动力紊乱综合征,俗称功能性排空障碍,是腹部手术,尤其是胃大部切除术和胰十二指肠切除术后常见并发症之一。其发病率为0.47%~24%[1-2]。胃瘫常持续数周甚至更长时间,易被误诊为吻合口或输出袢的机械性梗阻而采取再手术治疗。

1 胃瘫的发病机制

1.1 手术因素

由于胃大部手术切除了远端胃、幽门,胃的完整性受到破坏,整个消化道内环境改变、紊乱。术后残胃和远端空肠的正常运动功能受到影响,导致胃蠕动节律失常、胃动过速,产生逆行蠕动波,减弱了残胃的收缩,丧失了对食糜的研磨功能。空肠麻痹或痉挛使食糜传递阻力增加,干扰了残胃及小肠对内容物的清扫运动,致使胃排空失调。

1.2 神经内分泌因素

手术可通过多种途径激活抑制性交感神经反射系统,使胃肠交感神经活动增强。激活的交感神经纤维不仅可通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经元抑制胃动力,还可以通过交感神经末梢释放的儿茶酚胺直接与胃平滑肌细胞膜上的α和β受体结合抑制平滑肌细胞收缩。近年研究表明迷走神经的损伤导致残胃运动减弱,影响术后胃张力的恢复,降低胃的储存和机械性消化食物的能力。胃远端切除和胃空肠吻合术后胆汁返流还可造成胃酸、胃肠道激素、消化酶分泌与粘膜损伤等变化干扰胃的正常功能,加重了吻合口和残胃粘膜炎症和水肿。Coimbra[3]研究发现IL-1β在术后胃排空障碍的发生中起着重要作用。

1.3 基础疾病

术前营养不良病人胃瘫发生率比较高,营养较差,如贫血、低蛋白血症,术后胃壁及吻合口水肿较多见。另有资料显示术前有胃流出道梗阻者较之无梗阻者胃瘫发生率高。此外,糖尿病是引起胃瘫的基础疾病之一,这主要是糖尿病可致供应内脏的植物神经病变及自主神经病变,使胃张力减退、运动减弱。

1.4 重建方式

胃大部切除术后B-Ⅱ式吻合较B-Ⅰ式吻合胃瘫发生率高,这可能是B-Ⅰ式吻合更符合生理状态,胃肠运动更协调;另外端端吻合较端侧吻合更快地使胃肠动力恢复正常。有研究表明在行胃肠吻合数年后,B-Ⅱ式吻合病人的胃蠕动呈痉挛而不协调,而B-Ⅰ式吻合的病人胃蠕动则协调有效[4]。

1.5 其他

术后腹腔感染、残胃炎等加重了胃瘫的临床表现并延缓了排空时间。患者对手术恐惧及焦虑状态亦对胃瘫的发生有一定的影响。

2 胃瘫的临床表现

胃瘫病人常有持续性上腹饱胀、嗳气、反酸及呕吐症状,或于术后数日拔除胃管进食流质或由流质改为半流质后逐渐出现上腹部胀痛不适,随之发生呕吐大量胃内容物,可伴有顽固性呃逆,胃肠减压抽出大量胃液。体格检查可见病人上腹部胀满、压痛,有胃振水音,中下腹平软无压痛,无肠鸣亢进及气过水声。以上这些临床症状和体征的出现则应考虑存在胃瘫的可能。此外,还需进行一些必要的辅助检查。口服或胃管内注入30%泛影葡胺行上消化道造影是一种临床上广泛应用的方法。X线动态观察胃蠕动及排空情况,病人表现为残胃扩张、胃蠕动减弱或无蠕动,造影剂呈线状或漏斗状通过吻合口,但胃内造影剂残留多,有明显排空减缓征象,动态观察24 h可见远端空肠显影。另外,可于手术10 d后行胃镜检查,可见残胃内大量潴留,残胃粘膜及吻合口水肿,残胃蠕动差,但胃镜可顺利通过吻合口进入输出袢。

3 胃瘫的诊断

目前尚无通用的诊断标准,根据文献综合如下:①术后7 d仍需行胃肠减压,或者终止胃肠减压进食流质饮食或由流质饮食改为半流质饮食后再次出现胃潴留症状而需行胃肠减压者;②胃引流量>800 ml/d,持续时间超过5 d;③经一项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻征象;④无明确水、电解质、酸碱失衡;⑤无引起胃排空障碍的基础疾病,如胰腺炎、结缔组织疾病等;⑥未应用影响平滑肌收缩的药物,如654-2、阿托品等[5-7]。

4 胃瘫的预防和治疗

Hunter等[8]主张采用胃造口并附加空肠造瘘术来预防胃瘫的发生。国内有人主张术前将硅胶鼻饲管和鼻胃管系在一

[收稿日期]2004-03-09 [修回日期]2004-05-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

起置入胃腔，术中将硅胶鼻饲管经吻合口置入十二指肠水平部（食管胃吻合）或距吻合口 30～40 cm 的空肠上段（胃空肠吻合），术后 6～12 h 开始从硅胶管滴入中药煎剂，有一定的预防效果[9]。此外，胃肠吻合口大小对残胃排空亦有一定影响，吻合口较大，则残胃排空固体食物增快，故避免吻合口过小，一定程度上可防止胃瘫发生。Brodsky 等[10]提出单层连续缝合法行胃肠吻合，术后胃瘫发病率明显降低。本病属功能性病变而非机械性梗阻，一经确诊主要应采用非手术治疗。

4.1 一般治疗

一旦胃瘫诊断明确，胃管不要轻易拔除，最好于症状缓解确定无疑后再拔除，否则可能延长恢复时间。应予严格禁食、禁水，持续胃肠减压，补液，维持水、电解质及酸碱平衡。给予 PN 或 TPN，补充足够的热量、蛋白质、维生素及微量元素，酌情输全血、血浆或白蛋白以纠正负氮平衡。肠内营养支持不失为一种治疗胃瘫有效手段，术前与胃管一起将鼻饲管插入胃中，术中将此管插入吻合口远端约 20 cm 处，或术后胃镜检查时在胃镜帮助下将鼻饲管插入流出道 15～20 cm，用于输注营养液，可促进残胃功能恢复，改善机体营养状态。高渗温盐水或普鲁卡因洗胃，静滴氢化考的松或地塞米松，可减轻吻合口水肿。Kawagishi 等[11]认为血糖 ≥ 10 mmol/L 时，可导致胃电节律失常及胃内压降低，使胃排空延迟，因此，伴有糖尿病病人应同时给予治疗纠正。

4.2 胃肠动力药物的应用

胃肠动力药物能促进平滑肌收缩，增强胃蠕动，协调胃肠运动，达到加快胃排空、减少食物运动时间的目的。常用药物有：甲氧氯普胺、多潘立酮、西沙必利、新斯的明等，对治疗胃瘫有较好效果。此外，红霉素作为大环内酯类抗生素，已于临床应用数十年，Petrakis[12]报道将其作为促进胃肠动力的药物，发现其具有胃动素相似的作用，但无刺激胃分泌的作用，能引起 MMCⅢ相强烈收缩，促进胃排空，可明显减轻胃潴留。Vaezi[13]报道称启动因子 Cisapride 可保持残胃张力，改善固体食物排空，减轻餐后腹部胀满感，尚有待于临床进一步验证。

4.3 胃镜治疗

胃镜不仅对胃瘫诊断有帮助，同时对胃壁也是一种适度刺激，有些病人经胃镜检查后病情很快好转，可能为胃瘫发生机制中主要因为吻合口附近局限性肠麻痹或空肠输出袢痉挛所致，通过胃镜向输出袢注气刺激了空肠蠕动功能的恢复而使病情好转。此外，还可通过胃镜将营养管置入远端空肠行肠道营养支持。因此，胃镜不仅是检查方法，同时也是一种有效的治疗措施。

4.4 心理安慰

患者由于恶心、呕吐明显，时有顽固性呃逆，长期不能进食，需大量补液，多有焦虑、害怕、消极悲观情绪，应耐心向患者解释，消除其紧张心情和恐惧心理，鼓励患者配合治疗。另外，施术者本身对手术应充满信心，能耐心坚持等待一段时间，这为保守治疗提供前提条件。

4.5 手术治疗

多数病人经积极的非手术治疗后可于 3～5 周内恢复。患者胃动力的恢复常常突然发生，于 1～2 d 内胃引流量明显减少，腹胀、恶心等症状很快缓解，即可拔除胃管，逐渐恢复饮食。只有上述内科治疗均无明显效果，在诊断上不能完全除外机械性梗阻因素者，才考虑再次手术探查。过早手术探查往往不能发现梗阻因素，反而使病人受到不必要的损伤，增加术后并发症和病死率，加重无张力残胃的排空障碍，延长病程时间，因此，应谨慎决定是否需再次手术。如决定手术治疗，通常采取全胃切除术。

胃瘫病因研究目前尚无明确进展，多数学者认为属多因素致病。治疗方面，探寻可靠的增加残胃张力、促进残胃功能恢复的药物应成为近期研究重点。

[参考文献]

[1] 吴功侃，孙忠义，赵荣宇，等. 胃大部切除术后功能性排空延迟综合征的诊断与治疗[J]. 普外临床，1993，8(5)：306－308.

[2] Bar-Natan M, Larson GM, Stephens G, et al. Delayed gastric emptying after gastric surgery[J]. Am J Surg, 1996, 172(1): 24－28.

[3] Coimbra CR, Plourde V. Abdominal surgery-induced inhibition of gastric emptying is mediated in part by interleukin-1 beta[J]. Am J Physiol, 1996, 270(3 Pt 2): R556－560.

[4] Di-Vita G, Costa R, Siragusa G, et al. Gastric emptying after duodenogastric resection[J]. Ann Ital Chir, 1991, 62(2): 159－163.

[5] 蔡一亭，秦新裕. 根治性胃大部切除术后胃瘫15例临床分析[J]. 中国实用外科杂志，1999，19(6)：338－340.

[6] 陈仕荣，林 锋. 胃术后胃瘫综合征16例诊断与治疗体会[J]. 实用医学杂志，2001，17(2)：137－138.

[7] Yeo CJ, Barry MK, Sauter PK, et al. Erythromycin accelerates gastric emptying after pancreaticoduodenectomy. A prospective, randomized, placebo-controlled trial[J]. Ann Surg, 1993, 218(3): 229－237.

[8] Hunter JG, White TW. Gastrostomy and jejunostomy using a transgastric tube for early enteral nutrition after pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy[J]. Surg Gynecol Obstet, 1991, 173(4): 316－318.

[9] 于庆生，张福忠，唐雄荣，等. 中药小肠内滴注对胃切除后残胃排空延迟的影响[J]. 中国中西医结合杂志，1995，15(1)：31－32.

[10] Brodsky JT, Dadian N. Single-layer continuous suture for gastrojejunostomy[J]. Am Surg, 1997, 63(5): 395－398.

[11] Kawagishi T, Nishizawa Y, Okuno Y, et al. Antroduodenal motility and transpyloric fluid movement in patients with diabetes studied using duplex sonography[J]. Gastroenterology, 1994, 107(2): 403－409.

[12] Petrakis J, Vassilakis JS, Karkavitsas N, et al. Enhancement of gastric emptying of solids by erythromycin in patients with Roux-en-Y gastrojejunostomy[J]. Arch Surg, 1998, 133(7): 709－714.

[13] Vaezi MF, Richter JE. Importance of duodeno-gastro-esophageal reflux in the medical outpatient practice[J]. Hepatogastroenterology, 1999, 46(25): 40－47.

（编辑：张集建）