DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.01.053
第23卷第1期 第三军医大学学报 Vol. 23, No. 1
114 2001年1月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jan. 2001

论著

文章编号:1000-5404(2001)01-0114-02

胃大部切除术后残胃功能性排空障碍的诊断及处理

高德山,晁宏伟 (河南省濮阳市人民医院普通外科,濮阳 457000)

提 要:目的 探讨胃大部切除术后残胃功能性排空障碍(FDGE)的可能原因及其诊断和治疗方法。方法 分析375例胃大部切除术后发生的12例FDGE患者的临床特点及诊治经过。结果 术前低蛋白血症、贫血及幽门梗阻患者FDGE发生率高,上消化道造影及胃镜检查均能明确诊断,所有病人均经保守治疗而治愈。结论 上消化道造影是确诊FDGE、鉴别机械性梗阻的首选方法,FDGE一旦确诊应避免再手术。

关键词:胃大部切除术;胃排空障碍
中图法分类号:R573.04;R656.61 文献标识码:A

Diagnosis and treatment of functional delayed gastric emptying after subtotal gastrectomy

GAO De-shan, CHAO Hong-wei (Department of General Surgery, People's Hospital of Puyang City, Puyang, Henan Province, 457000, China)

Abstract: Objective To explore the possible cause of functional delayed gastric emptying (FDGE) and its diagnosis and treatment. Methods Clinical features and processes of treatment were analyzed for 12 cases with FDGE occurred in 375 patients after subtotal gastrectomy. Results FDGE was more frequent in those patients who had a hypoproteinemia, anemia or pyloric obstruction before operation. A definite diagnosis could be made by upper gastrointestinal radiography or gastroscopy. All patients with FDGE were recovered with conservative treatment. Conclusion Upper gastrointestinal radiography is the diagnostic method of first choice for FDGE and differential diagnosis with mechanical ileus. Reoperation should be avoided in case of FEGE.

Key words: subtotal gastrectomy; delayed gastric emptying

功能性胃排空障碍(Functional delayed gastric emptying, FDGE)是指胃大部切除术后继发的非机械性梗阻因素引起的胃排空延迟,又称胃部分切除术后功能性排空延迟综合症、术后胃无张力症、胃麻痹,是胃手术后常见的近期并发症。FDGE的临床重要性在于有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的可能。因此,正确地诊断和治疗FDGE,对避免盲目再手术,减轻病人痛苦有着重要意义。

1 临床资料

1.1 一般资料

我院自1993年10月至1999年10月共行胃大部切除术375例,其中男197例,女178例,年龄26~67岁,平均56.4岁,均为毕Ⅱ式吻合。术后发生FDGE 12例,发病率3.2%,其中良性疾病和恶性肿瘤FDGE的发病率分别为2.40%(2/82)和3.41%(10/293);男性及女性FDGE的发病率分别为2.54%(5/197)和3.93(7/178)。12例FDGE中术前合并有低蛋白血症者4例、明显贫血者5例、有幽门梗阻症状者4例。经χ^2检验,男女性别之间以及疾病性质之间FDGE的发病率差异不显著($P>0.05$);而术前有无低蛋白血症、贫血及幽门梗阻FDGE的发病率差异有非常显著性($P<0.01$),见表1。

表1 术前不同因素对FDGE发病的影响

Fig 1 The influence of pre-operative factors to the incidence of FDGE

	n	Numbers of FDGE	Incidence of FDGE(%)
Hypoproteinemia			
Without	356	8	2.25
With	19	4	21.05*
Anemia			
Without	337	7	2.08
With	38	5	13.16*
Pyloric obstruction			
Without	352	8	2.27
With	23	4	17.39*

Hypoproteinemia: albumin< 35 g/L; Anemia: Hb< 100 g/L; *: $P<0.01$ *vs* without corresponding pre-operative factor

1.2 临床特点及治疗结果

FDGE患者症状多发生在术后5~14 d,平均7.8 d。12例病人当中有9例是进食当天或次日出现,另3例是由流质改为半流质时发生。主要表现为术后已恢复肛门排气但仍有上腹饱胀,进食后呕吐大量胃内容物,含有胆汁,呕吐后症状暂时缓解,查体多有振水音,上腹轻压痛,肠鸣音正常或稍弱,无气过水声。12例FDGE患者7例行稀钡透视、3例行30%泛影葡胺胃肠道造影,可见显影后残胃呈扩张状态,缺少蠕动,明显无张力,少量造影剂以线状通过吻合口进入输出段;2例行胃镜检查见吻合口轻度水肿,胃镜通过顺利,输出段通畅。所有病例均经禁食、胃肠减压、洗胃和营养支持等非手术疗法治愈,最短持续治疗6 d,最长21 d。其中有4例使用西沙比利10 mg经胃管注入,每6 h 1次;3例患者使用红霉素250 mg经胃管注入,每6小时1次。仅有1例使用西沙比利患者用药后5 d恢复正常,

作者简介:高德山(1966-),男,河南省范县人,硕士,副主任医师,主要从事脾脏外科及胃肠外科方面的研究,发表论文5篇。电话:(0393)4435060

收稿日期:2000-03-14;修回日期:2000-07-18

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

余均未见明显效果。

2　讨论

2.1　FDGE 发病率

国内多数学者报道该病发病率在 2.08% ~ 4.7%[1,2], 国外报告为 5% ~ 10%左右[3], 本组发病率为3.2%。

2.2　发病机制

胃的正常运动功能包括容纳食物, 调节胃内压, 推进、搅拌、研磨食物等, 其动力是由胃壁肌肉的收缩和括约肌的协调性开闭完成的, 其功能主要受神经及体液调节。近年来研究表明, 迷走神经损伤影响术后胃张力的恢复, 降低胃的储存和机械消化食物的能力。胃大部切除术切除了胃蠕动的最强部分——胃窦及幽门, 造成了胃动力的改变, 胃肠道重建后影响了胃肠电机械活动的协调[4], 从而造成胃肠道逆蠕动。文献报道[5] 胃大部切除术后毕 Ⅱ式吻合 FDGE 的发病率高于毕Ⅰ式, 强调在消化道重建过程中应尽量符合生理状态, 使胃肠运动协调一致。另外, 外科手术可通过多种途径激活抑制性交感神经反射系统, 激活的交感神经纤维不仅可以通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经来抑制胃动力, 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[6], 目前这也被认为是术后产生 FDGE 的原因之一。有资料认为[7] 胃恶性肿瘤术后 FDGE 的发病率明显增高, 本组资料表明良、恶性疾病术后 FDGE 的发病率无显著差别, 而术前幽门梗阻、低蛋白血症和贫血患者 FDGE 的发病率均明显升高, 这可能与患者术前胃肠蠕动已发生紊乱, 加以营养不良、机体反应差、易于发生吻合口水肿等有关。

2.3　诊断及鉴别诊断

综合文献资料, 我们认为确诊 FDGE 主要依据以下几点: ①胃部分切除术后肠道功能已恢复, 进食后再次发生胃潴留而需行胃肠减压者, 或术后 7 d 仍需胃肠减压者; ②无吻合口机械性梗阻及术后肠梗阻征; ③无明确水电解质和酸碱失衡; ④无引起胃排空障碍的基础疾病, 如糖尿病等。其中最重要的是排除机械性梗阻, 因为一旦延误诊治则有加重病情的危险。1 组资料显示胃大部切除术, 39 例排空障碍患者中有 26 例证实为机械性因素, 并需手术治疗[8]。机械性排空障碍症状常呈持续性, 多逐渐加重不能自行缓解, X 线动态观察对判断功能性或机械性排空障碍具有重要意义。本组 12 例 FDGE 患者有 10 例行 X 线检查明确诊断, 稀钡或 30%泛影葡胺透视检查有其优越性, 改变体位依靠重力作用可见造影剂通过吻合口进入输出段, 除能明确吻合口通畅外, 还能观察胃的蠕动情况以及排除输出段空肠梗阻。另有 2 例保守治疗至第 15 天后仍未恢复, 行胃镜检查见吻合口轻度水肿, 输出段通畅, 即放置鼻饲管于输出段空肠, 进行肠内营养, 数日后胃功能恢复。有人提出胃镜检查时对残胃适度刺激有利于胃瘫的治疗[2], 我们认为胃镜检查不宜过早, 一般应在术后 2 周以上, 避免引起吻合口瘘, 同时有利于在输出段空肠置鼻饲管进行肠内营养。

2.4　治疗

FDGE 的发病机制尚不十分清楚, 因此缺乏针对病因的预防和治疗措施。术前改善患者全身情况以及使胃肠吻合符合生理有望减少 FDGE 的发生。大量资料表明功能性胃排空障碍可通过非手术方法治愈。

2.4.1　一般治疗　　严格禁食、持续胃肠减压、适当使用皮质激素和 3%高渗盐水洗胃不失为一种有效的方法, 可使残胃得到充分的休息, 有利于减轻吻合口水肿。

2.4.2　营养支持　　术后病人处于高代谢状态, 一定要加强营养支持并注意水电解质和酸碱平衡。尤其是低蛋白血症患者, 术前虽予以纠正, 术后 FDGE 的发病率仍明显高于无低蛋白血症者, 可能与术后患者处于高代谢状态、仍有明显营养不良有关。1996 年以来我们采用三升袋全静脉营养液对 FDGE 患者进行支持治疗, 补充足够的热量、蛋白质、维生素及微量元素, 纠正负氮平衡, 患者精神状态较好, 体重下降不明显, 肺部感染及切口延迟愈合等并发症明显减少。如患者超过 2 周仍未恢复, 可考虑经胃镜置鼻饲营养管于空肠输出段进行肠内营养, 一方面节约费用, 另一方面有利于改善肠道粘膜屏障作用, 减少肠源性感染的机会。

2.4.3　胃肠道动力药物　　西沙比利为 5-羟色胺 4 受体激动剂, 作用于肠肌间神经丛节前运动神经元的 5-H4 受体, 促进胆碱能神经纤维释放乙酰胆碱, 促进平滑肌强烈收缩, 加快胃排空和胃肠协调运动。本组 4 例 FDGE 患者应用西沙比利, 仅有 1 例用药后 5 d 恢复正常, 余均未见明显效果。红霉素为大环内酯类抗生素, 最近发现它具有与胃动素相似的作用, 能引起 MMC Ⅲ相强烈收缩, 促进胃排空, 无刺激胃分泌的作用, 本组 3 例患者使用红霉素, 应用 5 d 未见明显效果。由于缺乏对比研究, 目前很难说明胃肠道动力药物对 FDGE 的治疗作用。

参考文献:

[1] 韩喜春, 徐经纬, 黄大鹤. 胃切除术后功能性排空延迟综合症 14 例治疗体会[J]. 白求恩医科大学学报, 1997, 23(1): 90—91.

[2] 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.

[3] Summers G E, Hocking M P. Preoperative and postoperative motility disorders of the stomach[J]. Surg Clin North Am, 1992, 72(3): 467—486.

[4] Eagon J C, Miedema B W, Kelly K A. Postgastrectomy syndromes[J]. Surg Clin North Am, 1992, 72(3): 445—465.

[5] 李晓毅, 邱辉忠, 唐伟松. 胃大部切除术后功能性排空障碍的诊断及处理[J]. 北京医学, 1996, 18(5): 281—283.

[6] Livingston E H, Passaro E P J. Postoperative ileus[J]. Dig Dis Sci, 1990, 35(2): 121—132.

[7] Barnatan M, Larson G M, Stephens G, *et al*. Delayed gastric emptying after gastric surgery[J]. Am J Surg, 1996, 172(1): 24—28.

[8] 陈正煊, 陈创奇, 赖佳明. 胃术后功能性和机械性排空障碍的鉴别与处理[J]. 中国胃肠外科杂志, 1999, 2(1): 30—32.

(编辑　王　红)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net