

远端胃大部切除术后残胃排空功能障碍 4 例诊治分析

翁延宏

黄山市首康医院普外科, 安徽 黄山 245000

摘要: **目的** 探讨远端胃大部切除术后残胃排空功能障碍(FDGE)的病因、诊断及治疗。**方法** 回顾性分析 2009 年 11 月至 2013 年 11 月诊断为远端胃大部切除术后 FDGE 4 例患者的临床资料。**结果** 4 例患者胃大部切除术后 9~11 d 出现胃排空障碍症状,经临床结合胃肠造影和胃镜检查,确诊术后 FDGE。3 例立即经内镜放置鼻肠管于吻合口下方 15 cm 处,1 例术中留置的鼻肠管还未拔除;4 例均给予胃肠减压,经鼻肠管输注肠内营养,2~3 d 逐步过渡到完全肠内营养支持,同时鼻肠管内注入多潘立酮,并将胃肠减压引流液经鼻肠管回输。4 例患者于术后 30~51 d 全部治愈,恢复残胃排空功能;随访 6 个月饮食正常,无呕吐、腹胀等症状。**结论** 远端胃大部切除术后 FDGE 与胃肠吻合的方式有关;胃肠造影和胃镜检查是重要的诊断和鉴别诊断方法;FDGE 是功能性疾病,通过肠内营养支持治疗可治愈,应慎重选择再次手术。

关键词: 远端胃大部切除术; 排空功能障碍, 残胃; 营养支持, 肠内

中图分类号: R 656.6⁺1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0204-02

远端胃大部切除术后残胃排空功能障碍(functional delayed gastric emptying, FDGE)是指远端胃大部切除术后继发的,非机械性梗阻引起的,以残胃排空障碍为主要表现的胃动力紊乱综合征,是胃切除手术后常见的并发症之一,其发生率 0.4%~5%^[1-2]。本文对远端胃大部切除术后 FDGE 患者采用肠内营养支持治疗后全部痊愈出院,现结合有关文献复习,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 11 月至 2013 年 11 月我院共行胃切除术 61 例,发生 FDGE 4 例(6.6%)。男 3 例,女 1 例;年龄 48~63 岁,中位年龄 56.3 岁;其中十二指肠球部溃疡瘢痕狭窄行远端胃大部切除术 1 例,胃癌行远端胃癌根治术 3 例;胃肠吻合均为胃空肠 Roux-en-Y 吻合。见表 1。

1.2 临床表现 FDGE 发生于术后 7 d 进食后,于术后 9~11 d 出现上腹胀、恶心、反复呕吐,放置胃管后可引流出大量食物残渣及胃液(800~1 200 ml),

可伴排气、排便。查体:上腹饱满,未见胃肠型,均无压痛、反跳痛,可闻及振水声,肠鸣音正常。

1.3 诊断标准 采用国内通行的诊断标准^[3-4]: (1)术后肠功能恢复终止胃肠减压,进(半)流质后再次出现胃潴留症状,需胃肠减压;(2)经一项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻,但有胃潴留;(3)胃引流量>800 ml/d,持续 10 d 以上;(4)无明显水、电解质紊乱和酸碱失衡;(5)无可能引起胃排空功能障碍症状的基础疾病,如糖尿病、硬皮病、甲状腺功能减退(甲减)等;(6)无影响平滑肌收缩药物应用史,如吗啡、阿托品等。本组 4 例患者均符合上述诊断标准,行胃肠造影提示胃蠕动功能减弱,胃镜检查提示吻合口通畅,仅黏膜轻度水肿。

1.4 治疗方法 确诊 FDGE 后,3 例患者立即经内镜放置鼻肠管于吻合口下方 15 cm 处,1 例患者术中留置的鼻肠管还未拔除;4 例患者均给予胃肠减压,经鼻肠管输注肠内营养,2~3 d 逐步过渡到完全肠内营养支持,同时鼻肠管内注入多潘立酮,并将胃肠减压引流液经鼻肠管回输。

表 1 4 例术后 FDGE 患者临床资料

序号	性别	年龄 (岁)	原发病	术式	术后出现 FDGE 时间 (d)	持续时间 (d)	结果
1	女	56	十二指肠球部溃疡瘢痕狭窄	远端胃大部切除 + 胃空肠 R-Y 吻合	11	30	痊愈
2	男	63	胃窦癌	远端胃癌根治 + 胃空肠 R-Y 吻合	9	51	痊愈
3	男	49	胃窦癌	远端胃癌根治 + 胃空肠 R-Y 吻合	9	46	痊愈
4	男	58	胃窦癌	远端胃癌根治 + 胃空肠 R-Y 吻合	11	34	痊愈

2 结果

4 例患者经肠内营养支持治疗均治愈,最早于术后 30 d、最迟于术后 51 d 恢复残胃排空功能,平均 40.3 d,随访 6 个月饮食正常,无呕吐、腹胀等症状。

3 讨论

术后 FDGE 是以腹部手术后胃排空障碍、胃流出道无机械梗阻为主要征象的一种胃动力紊乱综合征,简称胃瘫。国内外报道发生率为 0.4% ~ 5%,本组发生率为 6.6%,略高于文献报道^[5-7]。胃癌胃切除术后 FDGE 是最棘手的并发症之一^[8]。远端胃大部切除术后 FDGE 的发病机制目前仍不清楚,可能与手术创伤、迷走神经切除、胃大部切除导致胃电起搏点破坏、胃肠运动功能失调、精神焦虑等多种因素^[9-12]有关,笔者认为与胃肠吻合的方式也有一定关系,本组 4 例患者胃肠吻合的方式均为胃空肠 Roux-en-Y 吻合。

诊断主要依据患者胃大部切除术后 7 ~ 9 d 后进食(半)流质后出现上腹饱胀、呕吐大量胃内容物,呕吐后症状缓解,无腹痛。行胃肠造影(复方泛影葡胺)见造影剂呈点状或线状缓慢通过吻合口分散在输出肠段内,动态观察见残胃无蠕动。胃镜可顺利通过吻合口进入空肠,排除远端机械性梗阻。同时排除引起 FDGE 的基础疾病如糖尿病、甲减等,以及排除使用可能引起 FDGE 的药物如阿托品、吗啡等。对于胃镜检查是否安全目前还存在争议,主要是引发吻合口瘘的风险,笔者认为安全的,一方面可排除胃肠吻合流出道的机械性梗阻,另外还可经胃镜放置鼻空肠管以供肠内营养支持治疗;本组 4 例患者均经胃镜检查,其中 3 例经胃镜放置了鼻空肠管。

治疗方面除了基础治疗如禁食、持续胃肠减压、高渗盐水冲洗外,目前促进胃肠动力药物、中药、针灸、胃电起搏、心理干预等治疗都不尽如人意,我们认为 FDGE 属功能性疾病,其演变和转归具有自限性,所以远端胃大部切除术后 FDGE 营养支持治疗尤为重要。营养支持治疗包括肠外营养及肠内营养,遵循营养支持的中心法则:“当肠道功能正常且能安全使用时首选肠内营养支持^[13]”,FDGE 患者的肠道功能是正常的,所以首选肠内营养支持。肠内营养支持不仅可以满足机体对营养的需求,更重要的是可维持肠黏膜组织结构的完整性,有助于保护肠黏膜屏障;可提高胃肠激素的分泌来促进胃排空功能恢复^[14];还可将患者胃肠减压引流的胃液经鼻肠管回输,减少患者的电解质的丢失;同时其具有符合生理、安全、费用

低等优点^[15]。本组 4 例患者均在诊断明确后 2 ~ 3 d 过渡至完全肠内营养支持,无严重并发症,经 30 ~ 51 d 的肠内营养支持治疗全部治愈,随访 6 个月饮食正常,无呕吐、腹胀等症状。

总之,FDGE 是远端胃大部切除术后常见的并发症之一,胃空肠 Roux-en-Y 吻合的患者发生率更高。对远端胃切除术后出现上腹胀痛、呕吐的患者及时行胃肠造影和胃镜检查即可确诊。因该病属胃动力功能性疾病,有自限性,所以治疗主要保证有效的胃肠减压和维持内环境的平衡,及早行肠内营养支持和胃肠减压引流液的回输,以及耐心解除患者的思想顾虑,等待胃肠道功能的恢复。可酌情使用促进胃动力药物、针灸、中药治疗,切勿再次盲目手术治疗。

参考文献

- [1] 刘全达,蔡志民,余佩武,等. 腹部术后胃瘫的诊断和治疗[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(6):524-527.
- [2] 秦新裕,刘凤林. 术后胃瘫综合征的发病机制和治疗[J]. 诊断学理论与实践,2006,5(1):13-15.
- [3] 吕振晔,钱振渊,叶再元,等. 远端胃癌术后胃瘫多因素分析[J]. 中国中西医结合外科杂志,2013,19(1):9-11.
- [4] 王月,龙锦. 肠内及肠外营养在根治性远端胃大部切除术后胃瘫治疗中的作用[J]. 世界华人消化杂志,2013,21(15):1417-1420.
- [5] 黎介寿. 重视胃肠道功能障碍患者的营养问题[J]. 中华胃肠外科杂志,2012,15(5):423-425.
- [6] 黎介寿. 首选肠内营养的合理性[J]. 肠外与肠内营养,2013,20(6):321-323.
- [7] 翁延宏,朱永龙,叶小利,等. 早期肠内营养支持在全胃切除术后患者中的应用[J]. 安徽医学,2008,29(1):42-44.
- [8] Paik HJ, Choi CI, Kim DH, et al. Risk factors for delayed gastric emptying caused by anastomosis edema after subtotalgastrectomy for gastric cancer [J]. Hepatogastroenterology, 2014, 61(134):1794-1800.
- [9] 范丽杉. 胃切除术后残胃功能性排空障碍 15 例临床分析[J]. 当代医学,2010,16(7):61.
- [10] 余莉莉,方傲华,周金蔓. 监测危重症病人胃残留量的研究现状[J]. 肠外与肠内营养,2013,20(3):184-185,187.
- [11] 倪元红,王慧,彭南海. 输液恒温器在肠内营养连续输注中加温效果的观察[J]. 肠外与肠内营养,2012,19(2):127-128.
- [12] Hsu CW, Sun SF, Lee DL, et al. Impact of disease severity on gastric residual volume in critical patients[J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(15):2007-2012.
- [13] 曹玉,郑永红,李飞,等. 肠内营养的临床应用进展[J]. 江苏药学与临床研究,2006,14(1):46-48.
- [14] 毛春英. ICU 患者肠内营养腹泻的原因及防治体会[J]. 中国医师杂志,2006,8(5):676-677.
- [15] 张海英,关静琳,李玉珍. 肠内营养的临床应用及其并发症[J]. 药物不良反应杂志,2008,10(2):116-121.