

文章编号:1005-6947(2004)04-0316-02

· 临床报道 ·

复方泛影葡胺胃管灌注治疗残胃功能性排空延迟综合征:附10例报告

易正和

(湖南湘潭力源医院, 湖南湘潭411101)

摘要: 将近17年来应用复方泛影葡胺治疗胃大部切除术后胃肠排空延迟征10例的临床资料进行回顾性分析。结果显示首次注入2~4h后,8例(80.0%)残胃功能恢复;二次注入后2例恢复(20.0%),总治愈率100%。提示复方泛影葡胺对治疗残胃功能性排空延迟征疗效显著、确切,且无副作用。

关键词: 胃无力症/药物疗法;泛影葡胺/治疗应用

中图分类号: R333.2; R573

文献标识码: B

胃术后残胃功能性排空延迟综合征(functional delayed gastric emptying, FDGE),又称残胃无力症(gastric atony)、胃轻瘫(gastroparesis)、胃排空障碍(delayed gastric emptying, DGE),是指胃大部切除术后继发的非机械性的梗阻因素引起的胃排空延迟,是胃手术后常见的早期并发症。本院1985~2002年采用胃管灌注泛影葡胺治疗残胃排空障碍10例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男9例,女1例。年龄40~73(中位年龄53.4)岁。其中胃溃疡2例,十二指肠溃疡6例,胃癌2例。术前2例合并幽门梗阻,1例合并出血,1例合并幽门梗阻及反复上消化道出血。手术方式:Billroth II式胃大部切除术6例,Billroth I式2例,根治性胃大部切除2例(Billroth II式2例)。术后临床表现:腹胀不适,恶心呕吐(溢出性)约500~1000ml,含有胆汁,胃肠减压后症状缓解。症状出现时间:术后4d 1例,5d 2例,6d 3例,7~11d 4例。进流质后发病3例,全流改半流饮食发病7例。

1.2 诱因

本组10例中7例有精神高度紧张,性格内向,惧怕手术。其中4例有“神经官能症”。2例术前水电解质、酸碱平衡紊乱、低蛋白血症未纠正。2例手术时间超过8h。所有病例均排除了糖尿病、神经肌肉疾病及药物中毒等。

1.3 特殊检查及诊断

本组病例均经上消化道稀钡或复方泛影葡胺造影(术后7~10d)及胃镜检查(术后10~14d)、B超检查(术后4~11d)明确诊断。7例稀钡造影均可见钡剂滞留残胃内,残胃胀满,胃蠕动减弱或极少量钡剂呈线状缓慢进入肠袢,其中2例1h后见残胃静止,12h后透视观察,钡剂仍滞留

于残胃内,输入、输出空肠无钡剂,另有1例钡剂受阻于输出空肠袢起始端5~10cm;3例复方泛影葡胺造影,1h后观察全部滞留于残胃腔内,偶可见胃蠕动波,2~4h后残胃腔内排空,8~12h肛门排出。胃镜见吻合口呈炎症、水肿、糜烂,胃镜可顺利进入输入空肠5cm以上,B超显示残胃扩张,偶见胃蠕动波。本组病例均符合陈涛等^[1]“胃大部切除术后肠胃功能性排空障碍(FDGE)”的4条诊断标准。

2 治疗及结果

2.1 一般治疗

(1)消除病人心理紧张因素、恐惧感,与病人讲明FDGE是能够治愈的。(2)3%温盐水或生理盐水或加入普鲁卡因液洗胃2次/日^[1]。(3)纠正贫血、低蛋白血症。(4)药物:胃复安10~20mg,肌肉注射或胃管内注入,6~8h1次,地塞米松10mg,静脉滴注1次/d,吗丁啉10mg,3次/d。

2.2 复方泛影葡胺胃管内注入法

(1)方法:76%复方泛影葡胺80ml,胃管内一次注入(拔除胃管者可口服),夹管2~4h或拔管,患者下床活动。(2)临床观察:胃管抽空注入后患者有饱胀不适感,有的并恶心想吐。2~4h后肠音开始恢复,由弱到强,由少到多。腹胀好转、缓解,胃型及振水音消失,胃管内抽不出胃液。(3)X线电视屏观察:2h后见造影剂有规律性地通过吻合口,约4h后残胃腔排空。患者饥饿感,次日改进流质或半流饮食,3d后进半固体食物。8例(80.0%)未再出现排空障碍。2例(20.0%)分别于首次注入后3~5h呕出,次日按上原法再次注入,分别于4~6h后胃排空。总治愈率100%。造影剂从肛门排出时间为8~10h。

3 讨论

根据文献报告^[2~4],FDGE发生有关因素为:(1)精神因素,情绪紧张,对手术及愈后有顾虑,尤以患神经官能症者。(2)手术因素为损伤了胃组织和迷走神经,影响了神

收稿日期:2003-11-06; 修订日期:2004-01-14。

作者简介:易正和(1954-),男,湖南湘阴人,湖南湘潭力源医院主治医师,主要从事胃肠外科方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)04-0317-02

· 技术改进 ·

介绍一种新型结肠贮粪袋手术——结肠成形术

刘全芳

(广州军区广州总医院 普外科, 广东 广州 510010)

摘要:为探讨减轻低位结直肠或结肠肛管吻合术后排便功能异常的新方法,对13例中低位直肠癌根治患者采用一种新的结肠贮粪袋手术用以替代原先的J型结肠贮粪袋,并观察其疗效。与同期结直肠或结肠肛管直接吻合组比较,术后患者近期排便功能有不同程度的改善;与J型结肠贮粪袋比较,该型贮粪袋具有方法简单实用、省时经济、术后并发症少、适应范围更广等优点。

关键词:结肠成形术;结直肠肛管吻合术

中图分类号:R656.9

文献标识码:B

通常在中低位直肠癌根治术后,直接行低位结直肠吻合或结肠肛管吻合,术后患者会出现不同程度的排便功能异常,如便次增多、控便力差等^[1~3],有的症状可持续2年之久^[1]。为了解决上述问题,先后设计了各种贮粪袋,其中J型结肠贮粪袋近年较为

流行,但也存在着诸如大便淤积、排便困难、贮粪袋破裂等术后并发症^[1];此外,少数肥胖男性患者,因骨盆狭窄且结肠系膜富含脂肪,制成的J型结肠贮粪袋相对过于肥大,使其与残存的远端直肠或肛管吻合非常困难。针对上述情况,笔者采用Fazio^[1]设计的新型结肠贮粪袋以替代J型结肠贮粪袋,先后应用于13例中低位直肠癌根治术患者,并与同期结直肠和结肠肛管直接吻合组比较,现报告如下。

1 手术方法

新型结肠贮粪袋组患者均按常规行TME,残留远端直肠长度 ≤ 3 cm。距近端结肠断端20cm处用肠钳暂时阻断,阻断远侧的结肠腔内用洗必泰液反复灌洗干净。距断端4~6cm上方纵形切开结肠前壁长约6~10cm(图1)。结肠前壁切开的长度可根据所需贮粪袋大小决定,但其具体容量大小并不容易测量,理论上结肠前壁切开后

收稿日期:2002-10-21;

修订日期:2003-10-29。

作者简介:刘全芳(1964-),男,山东乳山人,广州军区广州总医院副主任医师,主要从事胃肠外科方面的研究。

经体液调节功能。(3)吻合口严重水肿^[5]。(4)手术时间过长。(5)饮食改变而引起过敏反应。(6)营养不良,水电、酸碱失衡等。(7)长期应用抑制胃肠道运动药物。只要其中某种因素干扰了胃和远端空肠的正常运动,即可发生。

FDGE是胃大部切除术后继发性的非机械性的梗阻因素引起的胃排空延迟,是多因素所致,最主要的仍是胃肠神经肌肉兴奋性降低,导致胃肠蠕动功能失调,在排除器质性梗阻之后,作细致思想工作,消除顾虑,耐心等待,特别是出现症状的头2~3d,在病情无恶化及好转的情况下,切忌急躁,妄行手术治疗^[6]。可采用胃复安^[3](具有兴奋胃肠平滑肌,增强胃肠蠕动的作用)、地塞米松(能提高神经肌肉纤维兴奋性,促进炎症水肿吸收,改善症状,缩短病程)、吗丁啉(有促进胃肠蠕动,防止胆汁胰液反流的功能)等。以上药物可单独用,也可联合用,为防止复发,可逐日减量或单独停药。

复方泛葡胺为高黏度油状物,对吻合口局部可能有脱水作用,消除吻合口水肿。最主要是能直接刺激胃肠道平滑肌,促进胃肠蠕动,恢复其排空功能。其作用温和,安全性

大,有治疗和造影双重功能。注入后无肠坏死及穿孔之嫌,亦可用于肠梗阻,给机械性肠梗阻指明手术部位。其治疗方便,效果确切,价格低廉,病人无痛苦,且不受医疗技术条件的限制,有推广应用价值。

参考文献:

- [1] 陈涛,周庆贤,田大洲.胃大部切除术后残胃功能排空障碍的诊断和治疗[J].中国实用外科杂志,1999,19(6):341-343.
- [2] 杨维良,张野,王夫景,等.胃切除术后残胃排空延迟综合症的诊断和治疗[J].中国普通外科杂志,1996,5(4):208-209.
- [3] 刘希金.残胃排空延迟症[J].腹部外科,2001,14(4):封3.
- [4] 何洪伦,邓绍庆.腹部外科与单纯动力性胃排空障碍临床分析[J].中国实用外科杂志,1996,16(5):227-228.
- [5] 王正茂,吉肖林,杨军,等.胃大部切除术后合并吻合口水肿原因与治疗的探讨[J].腹部外科,1997,10(5):224-225.
- [6] 陈展硕.腹部术后胃肠障碍24例分析[J].湖南医学,1991,(4):222-224.