

文章编号:1005-6947(2007)05-0517-02

· 临床报道 ·

# 断流术后功能性胃排空障碍 32 例诊治体会

孝岳生, 朱余良, 张庄文

(湖南省岳阳市三人民医院 外科, 湖南 岳阳 414000)

**摘要:**为探讨断流术后功能性胃排空障碍的诊断与治疗方法,笔者对32例断流术后功能性排空障碍患者的临床资料进行回顾性分析。诊断依靠消化道造影及胃镜检查,治疗采用非手术方法。结果显示,经非手术治疗均恢复胃动力,平均恢复时间16.89d;3周内恢复13例(40.63%),4周内恢复19例(59.38%)。提示:消化道造影及胃镜检查是诊断胃排空障碍及鉴别机械性梗阻的首选方法;断流术后功能性胃排空障碍采用非手术治疗可收到满意的效果。

[中国普通外科杂志,2007,16(5):517-518]

**关键词:**胃排空障碍;高血压,门静脉/外科学;手术后并发症

**中图分类号:**R656.6

**文献标识码:**B

门静脉高压症断流手术后患者可发生功能性胃排空障碍(functional delayed gastric emptying, FDGE),临床医生对本病往往认识不足,常导致误诊和处理不当。为提高对此病的正确认识,笔者总结32例FDGE患者的诊断和治疗体会,报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

我院于1990年1月—2005年12月共收治门静脉高压症350例,其中行断流术260例,断流术后发生FDGE者32例,占12.31%。男22例,女10例;年龄22~72(平均51.5)岁。32例原发病包括血吸虫病门静脉高压症15例

(46.9%),肝炎性门静脉高压症6例(18.8%),血吸虫病合并肝炎性门静脉高压症11例(34.4%)。术式均为:脾切除加贲门周围血管离断术。症状发生时间在术后3~12d,其中术后3~4d停止胃肠减压后出现症状者8例(25.0%),术后5~7d进流质饮食后出现症状10例(31.2%),术后8~12d流质改半流饮食出现症状14例(43.8%),平均6.3d。

### 1.2 临床表现

(1)断流术后2~3d患者均有肛门排气,拔除胃管停止胃肠减压,但在进流质或半流饮食后发生中上腹部饱胀不适、呃逆、恶心、呕吐;或胃肠减压夹闭胃管后腹胀加重,出现顽固性呃逆,呕出大量胃内容物或胃管引流出有臭味胃内液800~1500mL,呕后症状暂时缓解。(2)体征表现为上腹部饱满,轻压痛,有胃振水音,肠鸣音减弱或消失。(3)可伴有水电解质紊乱及酸碱平衡失调。(4)消化道造影或胃镜检查证实无胃蠕动(表1)。

**收稿日期:**2006-12-18; **修订日期:**2007-04-06。

**作者简介:**孝岳生,男,湖南岳阳人,湖南省岳阳市三人民医院副主任医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

**通讯作者:**孝岳生 E-mail:xiaoyuesheng99@163.com

## 参考文献:

[1] 付由池,李海民,刘正才.胆石性肠梗阻4例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(2):154-155.  
[2] Rasim G, Resit I, Caglar B, et al. Bouveret's syndrome complicated by a distal gallstone ileus [J]. W J Gastro, 2003, 9(12):2873-2875.  
[3] Deitz UM, Standage BA, Pinson CW, et al. Improving the outcome in gallstone ileus [J]. Am J Surg, 1986; 151(5):572-576.  
[4] Sanjuan JC, Casabo F, Fernandez MJ, et al. Cholecystectomy and fistulaclosure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus [J]. Br J Surg, 1997, 84(5):634-637.

[5] Clavien PA, Richon J, Burgan S, et al. Gallstone Ileus [J]. Br J Surg, 1990, 77(7):37-42.  
[6] Mcyenherger CG, Michal C, Metzger F, et al. Gallstone ileus treated by extracorporeal shockwave lithotripsy [J]. Gastrointestinal Endoscopy, 1996, 43(5):508-510.  
[7] Bourke MJ, Scheider DM, Huber B. Electrolithotripsy of a gallstone causing gallstone ileus [J]. Gastro Endo, 1997, 45(6):521-523.  
[8] Jiann-Ming. Laparoscopic Diagnosis and Treatment of Acute Small Bowel Obstruction Resulting From a Congenital Band [J]. Endoscopy Percutaneous Techniques, 2005, 15(5):294-296.  
[9] Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: A Review of 1001 Reported Cases [J]. Am J Surg, 1994, 60(6):441-446.

表1 32例FDGE患者临床特点( $\bar{x} \pm s$ )

胃液引流量(mL/d)	胃液>800mL持续时间(d)	手术后恢复时间(d)
1133.75±90.65	12.56±2.09	16.89±3.00

### 1.3 影像学及胃镜检查

本组24例经口服或胃管注30%泛影葡胺,发现胃饱满、扩张、无张力、无蠕动、胃肠黏膜粗大、水肿;8例胃镜检查见胃内大量储留液,胃黏膜肿胀、水肿,幽门部无机械性梗阻。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗

本组32例均经禁食、禁水,持续胃肠减压,静脉输液,维持水电解质酸碱平衡。12例肌内注射胃复安20mg,每日3次。11例经胃管注吗丁啉10~20mg,每日3次;红霉素0.5g,静脉滴注,每日3次。9例西沙必利5~10mg,口服每日3次。32例中13例行胃肠外营养支持(PN),19例行肠内营养(EN)支持治疗。

### 2.2 结果

本组32例胃动力恢复时间12~24d,平均16.89d,其中3周内恢复者8例(25.0%),4周内恢复19例(59.4%)。32例均治愈,无1例再手术。胃动力恢复时间EN支持治疗者短于PN(表2)。

表2 不同营养支持方式对胃动力恢复的影响

营养方式	例数	胃动力恢复时间(d, $\bar{x} \pm s$ )	P值
PN	13	19.92±1.89	
EN	19	14.79±1.36	<0.05

## 3 讨论

门静脉高压症患者存在胃运动功能低下,排空时间明显低于正常人。其原因可能与肝硬化胃黏膜病变、低蛋白血症、胃壁瘀血、静脉高压等因素有关<sup>[1]</sup>。由于脾切除加贲门周围血管离断术操作范围大,损伤迷走神经的机会多;胃小弯侧可损伤胃窦支,胃后可损伤胃胰皱壁内的腹腔支。同时可造成对腹腔神经丛的刺激,导致传导胃抑制性冲动的交感神经兴奋。胃肠道激素分泌和调节功能紊乱也可能是FDGE的主要发生机制<sup>[2]</sup>。除此之外,有学者<sup>[3]</sup>认为,FDGE的发生在一定程度上与精神因素、胃肠道激素改变、严重创伤、术后腹腔感染、全身营养状况、低蛋白血症、水电解质紊乱、食物甚至麻醉药物等因素有关。

胃排空障碍发生后,患者常在拔胃管后进流质或改半流饮食后出现上腹部胀痛不适、嗝气、反酸、呃逆、呕吐或胃肠减压抽出有酸臭味的胃内容液。表现为腹饱胀伴上腹轻压痛,有胃振水音,肠鸣音减弱或消失。本组24例(72.5%)经泛影葡胺造影证实,典型征象为胃饱胀、扩张无动力,胃肠黏膜粗大水肿;8例(25.0%)胃镜检查有胃黏膜肿胀、水肿,但无机械性梗阻。

FDGE多可采用非手术方法治愈,包括:(1)一般治疗。

患者一旦出现FDGE即表现出精神高度紧张,故需与患者及家属耐心解释,消除恐惧心理,树立信心,配合治疗;坚持禁食禁水,胃肠减压,使胃肠道得以充分休息,同时维持水电解质及酸碱平衡。(2)营养支持。给予合理的营养支持尤为重要。PN或EN可提供能量及维持水电解质和酸碱平衡。本组13例PN治疗,平均胃动力恢复19.92d。PN能抑制消化液的分泌,恢复胃壁功能,对阻断恶性循环起着明显作用。葡萄糖、氨基酸、脂肪乳剂有抑制胃肠动力的作用<sup>[4]</sup>。而EN具有接近正常人生理营养、容易促使激素分泌、促使胃肠道功能恢复、保护肠黏膜屏障功能完整、防止肠道内细菌易位等作用。早期进行EN可缩短FDGE的病程,克服PN的缺点,还可减少治疗费用。本组19例EN治疗,平均胃动力恢复14.79d,胃动力恢复时间EN支持治疗者明显短于PN( $P < 0.05$ )。且无明显不良反应。特别是对于估计胃瘫恢复时间较长的患者,建议尽早给予EN。(3)药物治疗。近年文献<sup>[5-7]</sup>报道,采用促胃动力药物治疗FDGE,可取得满意效果。胃复安是多巴胺-2受体拮抗剂,作用于平滑肌,促进胃排空,扩张幽门与十二指肠,增强十二指肠空肠的蠕动,但单独使用效果欠佳。吗丁啉和红霉素是通过阻断多巴胺-2受体及激活胃肠道胃动素受体而发挥促胃动力作用<sup>[8]</sup>,西沙比利是5-羟色胺4受体激动剂,主要作用于胃肌间神经丛的节前运动神经元,促进乙酰胆碱的释放,促使平滑肌强烈收缩,加快胃排空和胃肠协调运动。但有短暂阵发性腹痛,肠鸣音增强<sup>[9]</sup>。以上药物可根据患者的症状及体征选择合理的药物及剂量。本组32例采用上述措施治疗后均获痊愈。

### 参考文献:

- [1] 周山秀昭. 肝硬变患者术における radioisotope 法による胃排出能の检讨[J]. 日本消化器病学会杂志, 1984, 10(1): 1-3.
- [2] 朱浩, 陈立兵, 黄河, 等. 非胃手术后功能性胃排空障碍的诊断和治疗[J]. 第二军医大学学报, 2005, 26(2): 225-226.
- [3] 尹耀兴, 李海, 林一飞, 等. 术后功能性胃排空障碍10例临床分析[J]. 医学理论与实践, 2005, 18(10): 1165-1166.
- [4] Macgregor IL, Wiley ZB, Lavigne me. Slowed rate of gastric emptying of solid food in man by big carolic parenteral nutrition[J]. AM J Surg, 1979, 138(3): 652-654.
- [5] 姚光霁. 消化道动力障碍和促动力药[J]. 中华消化杂志, 1998, 12(1): 63-65.
- [6] 傅宝玉. 胃肠动力剂的药理及临床应用[J]. 辽宁医学杂志, 1998, 12(1): 16.
- [7] 刘船, 周海英. 红霉素对胃瘫的治疗体会[J]. 实用临床医学, 2002, 3(4): 7-9.
- [8] 秦新裕, pilot MA. 红霉素对14例人胃肠动力的影响[J]. 上海医科大学报, 1982; 2(5): 231.
- [9] 宋爱琳, 王彤, 寇治民, 等. 贲门周围血管离断术后胃排空障碍的治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 2(1): 93-94.