

食管癌切除术后胃排空障碍的诊断与治疗

韩兴鹏(综述), 张 逊(审校)

(天津市胸科医院胸外科, 天津 300050)

【关键词】 食管癌; 胃排空障碍; 诊断; 治疗

中图分类号: R735.1 文献标识码: A DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.02.032

食管癌、贲门癌术后胃排空障碍是食管癌、贲门癌后的常见并发症, 临床上并不少见, 随着食管癌手术切除范围的扩大、高位食管胃吻合的增多, 胃排空障碍有增加的趋势^[1]。探讨其发生原因, 积极进行预防, 及早做出诊断和治疗, 对减少食管癌、贲门癌术后并发症, 提高患者术后生活质量有重要的临床意义。现就食管癌、贲门癌术后胃排空障碍的诊断与治疗现状和进展进行综述如下。

1 术后胃排空障碍的发生

根据近年的文献报道, 食管癌、贲门癌患者术后胃排空障碍的发生率大约在 0.14%~7.02% 不等。食管癌、贲门癌术后胃排空障碍分为功能性和机械性两类, 前者指发生于手术后, 无明显器质性病变基础, 以原发性胃动力不足导致的以排空障碍为特征的一系列胃肠道功能紊乱综合征, 称为功能性胃排空障碍综合征 (FAGES), 又称术后胃瘫综合征 (PGS); 后者是指由于器质性的原因造成完全性或不完全性胃排空障碍^[2]。临床上以功能性胃排空障碍为多见。根据 2004 年以后报告的文献, 功能性胃排空障碍的比例为 70% 左右, 机械性胃排空障碍的比例为 25% 左右。

胃排空障碍的原因是多方面的。功能性胃排空障碍与机械性胃排空障碍的发病原因有很大的区别^[3]。

功能性胃排空障碍发生的主要原因是手术时胃上提造成机械性牵拉。如果胃及十二指肠游离不充分, 吻合口位置越高, 机械性牵拉程度越大, 发生胃排空障碍的机会就越多^[4]。赵云平等^[5]报道 32 例胃排空障碍者中有 24 例 (占 75%) 发生在食管胃颈部吻合术后。其次手术中胃壁组织挫伤严重, 胃壁内毛细血管受损, 血栓形成, 胃壁缺血, 影响蠕动, 也

是造成功能性胃排空障碍的原因。王其彰等^[6]报道食管癌切除术后平均 28 d (16~50 d) 胃对固体、液体食物的排空均明显延迟。影响胃排空的因素除胃动力外, 还应考虑阻力, 而幽门是最重要的阻力部位。Tougas 等^[7]的研究显示, 当幽门基础压力 > 2 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 时, 幽门处于关闭状态, 胃窦内的钡剂不能通过幽门。而郑炜等^[8]的研究指出, 在切断迷走神经及改变解剖位置后, 大多数受检者的幽门基础压力升高 4.0~17.5 mm Hg。持续升高的幽门基础压力使幽门多数时间处于关闭状态, 影响了胃的排空, 这应当是术后发生胃排空障碍的病理学基础。此外, 还有文献认为术后早期胃减压不充分, 造成胃过度扩张, 减弱了胃的收缩力, 又增大了对幽门的牵拉作用, 从而增加了幽门的张力, 成为术后胃排空障碍的又一影响因素^[5,9]。吴仕光等^[10]发现, 26 例术后出现胃排空障碍患者术前和术后均存在较严重的胃黏膜病变, 认为食管癌患者术后胃排空障碍与胃黏膜病变密切相关。还有文献报道, 患者的年龄也是影响因素, 50 岁以上的患者发生术后胃排空障碍的几率明显高于 50 岁以下者^[11]。

机械性胃排空障碍的原因主要与手术操作有关。根据近年来的文献报道, 造成术后机械性胃排空障碍的原因有胃扭转、幽门受牵拉变扁成角、幽门受纤维粘连带压迫、胃窦部被大网膜缠绕、膈食管裂孔过紧等^[2,12]。

2 术后胃排空障碍的诊断

在食管胃吻合术后, 胃肠蠕动缓慢甚至消失, 通常在术后 3~5 d 内患者的胃肠蠕动逐渐恢复。一般认为, 术后超过 5 d 胃仍然扩张, 患者感觉胸闷、气短、呼吸困难, 呕出棕色胃液, 夜间睡眠时呛咳, 胃管减压后症状消失, 夹闭胃管后症状重新出现, 腹部肠鸣音减弱, 则应考虑

胃排空障碍的可能^[5,13]。有文献报道胃排空障碍还容易导致吸入性肺炎^[14]。

X 线钡餐造影和胃镜检查是诊断胃排空障碍的主要方法^[15]。但仅仅诊断有胃排空障碍是不够的, 必须鉴别是功能性还是机械性胃排空障碍, 这决定着下一步的治疗方法。根据文献报道, 鉴别功能性和机械性胃排空障碍的方法有以下几个方面^[5,16-17]: 功能性胃排空障碍发病较晚, 多在术后 10 d 以后, 临床症状较轻, 引流胃液量较少, 可有胆汁反流, 钡餐造影看不到胃蠕动波, 24 h 后有少量钡剂通过幽门, 胃镜检查显示幽门关闭但胃镜较易通过, 胃内压力较低、接近食管压力; 而机械性胃排空障碍发病较早, 多在术后 9 d 内, 临床症状较重, 引流胃液量较多, 少有胆汁反流, 钡餐造影可见到较强的胃蠕动波, 24 h 后无钡剂通过幽门, 胃镜检查找不到幽门或通过幽门阻力很大, 胃内压力较高、接近正常胃内压。

3 术后胃排空障碍的治疗

关于食管胃吻合术后胃排空障碍的治疗问题, 大多数观点是功能性胃排空障碍可保守治疗, 而机械性胃排空障碍应尽早手术治疗^[9,15,18]。也有文献认为, 胃排空障碍如无绞窄征象应先保守治疗, 若无缓解再考虑手术探查^[19]。

胃排空障碍的保守治疗首先要保持胃肠减压管的通畅, 纠正水、电解质紊乱, 尤其要注意防止呕吐物误吸引起吸入性肺炎甚至窒息^[7], 特别是夜间仰卧位时, 有的患者即因为呕吐物误吸窒息死亡^[5]。对功能性胃排空障碍胃动力长期不恢复患者, 有报道可采用胃镜引导下经胃镜活检孔置入引导钢丝达十二指肠降部, 取出胃镜, 在钢丝引导下将十二指肠营养管送达十二指肠降部, 营养管体外一端经鼻引出固定, 患者可带胃管和十二指肠营养管出院, 待胃蠕动恢复

作者简介: 韩兴鹏 (1965 -), 男 (汉族), 天津市人, 医学硕士, 副主任医师。

后再拔出胃管和十二指肠营养管^[5,18]。赵泽良等^[20]报道,用胃镜扩张幽门的办法治愈了 8 例功能性胃排空障碍患者。

机械性胃排空障碍的手术治疗一般采用经腹手术,而胃扭转者需要进行胃空肠吻合术。笔者即经历了 1 例食管胃主动脉弓上吻合术后胃扭转造成机械性胃排空障碍的病例,最终经胃空肠吻合术治愈出院。除了对产生机械性梗阻的原因进行针对性手术治疗外,幽门成形术也是治疗机械性胃排空障碍较常采用的手术方法^[11]。

4 胃排空障碍的预防

机械性胃排空障碍的发生与食管切除术中的操作密切相关,因此,术中精细操作可以有效避免术后出现机械性胃排空障碍。近年来文献也报道了一些新的预防术后胃排空障碍的方法。如樊汉利等^[21]报道,在食管胃吻合术中于胃窦前壁进行胃造瘘,置入胃食管减压管,减压管上行达吻合口上 1~2 cm;胃壁做荷包处理,经左肋下腹壁穿出固定。他们对 1 300 例食管胃吻合术中采用这种逆行减压管,术后无一例发生胃排空障碍。卢涛等^[22]报道食管癌术中用二尖瓣扩张器进行胃幽门扩张 56 例,与未行幽门扩张术的 48 例食管癌患者进行对照,结果显示,附加幽门器械扩张组患者术后胃肠减压引流量明显减少,肛门排气时间提前 1~2 d。作者认为食管癌术中附加幽门器械扩张有利于促进胃排空和胃肠功能的恢复,可预防术后胃排空障碍。昂春臣等^[23]报道食管癌切除术中附加幽门成形预防胃排空障碍,连续 1 610 例食管癌切除术后无胃排空障碍病例发生。作者认为,幽门成形术是消除因迷走神经切断使幽门痉挛、胃张力降低导致胃排空障碍的较好预防方法。Salameh 等^[24]报道,使用植入式电极刺激胸腔内胃可使食管癌术后发生胃排空障碍的患者呕吐等症状缓解。此外,还有文献报道可采用食管裂孔膈肌切除术^[25]和膈肌切开成形术^[26]预防胃排空障碍。

术后早期胃肠减压不充分可导致胃过度膨胀,胃蠕动恢复减缓,并可导致幽

门部牵拉紧张,从而容易形成胃排空障碍。因此,术后保持胃肠减压的通畅,也是预防胃排空障碍的有效措施^[9]。

参考文献

[1] Lee HS, Kim MS, Lee JM, et al. Intrathoracic gastric emptying of solid food after esophagectomy for esophageal cancer [J]. Ann Thorac Surg, 2005, 80(2):443-447.

[2] Donington JS. Functional conduit disorders after esophagectomy [J]. Thorac Surg Clin, 2006, 16(1):53-62.

[3] Lerut TE, van Lanschot JJ. Chronic symptoms after subtotal or partial oesophagectomy: diagnosis and treatment [J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2004, 18(5):901-915.

[4] Imada T, Ozawa Y, Minamide J, et al. Gastric emptying after gastric interposition for esophageal carcinoma: comparison between the anterior and posterior mediastinal approaches [J]. Hepatogastroenterology, 1998, 45(24):2224-2227.

[5] 赵云平,王如文,蒋耀光,等.食管胃吻合术后胃排空障碍探讨[J].消化外科, 2004, 3(1):43-45.

[6] 王其彰,张长保,李保庆,等.食管癌切除术后双相胃排空[J].中华胸心血管外科杂志, 1999, 15(6):335-336.

[7] Tougas G, Anvari M, Dent J, et al. Relation of pyloric motility to pyloric opening and closure in healthy subjects [J]. Gut, 1992, 33(4):466-471.

[8] 郑炜,周垠,林培柔,等.食管癌切除术后幽门十二指肠运动的变化[J].中华外科杂志, 2003, 40(7):511-514.

[9] 李小兵,郑世营,周福有.食管癌三切口术后胃排空障碍的预防探讨[J].中华实用中西医结合杂志, 2005, 18(23):1822-1823.

[10] 吴仕光,万桂玲,葛来增,等.食管癌患者胃黏膜病变与术后胃排空延迟[J].世界华人消化杂志, 2005, 13(1):141-142.

[11] 王彦威,姜如同,百宏灿,等.食管癌术后胃排空障碍的治疗与预防[J].中华临床外科杂志, 2004, 12(1):975-976.

[12] 张伟,张开广,缪丙荣,等.食管癌贲门癌术后早期胃梗阻[J].徐州医学院学报, 2004, 24(2):145-146.

[13] Lineaweaver WC. Physiological implica-

tions of gastric transplantation for reconstruction of the cervical esophagus [J]. Ann Plast Surg, 1994, 32(5):553-558.

[14] 张霖,杨绍福.食管癌、贲门癌术后胃排空障碍致吸入性肺炎的诊治[J].川北医学院学报, 2006, 21(4):346-347.

[15] 鲍山林,高平.食管癌、贲门癌术后胃排空障碍的诊断和治疗[J].宁夏医学杂志, 2006, 28(3):192-194.

[16] 岑小波,陈光明.食管癌术后胸胃排空障碍原因及防治[J].西部医学, 2006, 18(5):643-644.

[17] 吴蔚,熊刚,杨康.食管癌贲门癌术后胸胃排空障碍的临床分析[J].消化外科, 2005, 4(4):245-246.

[18] 高杰,吴昌荣,薛恒川,等.食管癌根治术后右侧胸腔胃排空障碍的诊治体会[J].中国当代医学, 2006, 5(16):53.

[19] 魏淮东,施鹏,高建国,等.食管癌术后胃排空障碍临床分析[J].承德医学院学报, 2006, 23(3):247-249.

[20] 赵泽良,贾维坤,杨绍福,等.食管癌切除术术后胃排空障碍 8 例原因分析[J].中国煤炭工业医学杂志, 2006, 9(6):597.

[21] 樊汉利,张凯,曹建军,等.逆行减压管在贲门癌食管癌根治术中的应用的研究(附 1 570 例临床资料)[J].中华医学实践杂志, 2005, 4(2):140-142.

[22] 卢涛,王永清,叶伟文,等.食管癌术中附加幽门器械扩张预防术后早期胃滞留[J].浙江医学, 2004, 26(1):12-13, 16.

[23] 昂春臣,赵恒贻,蒋毅,等.食管癌根治术中附加幽门成形预防移植胸胃排空障碍 1 610 例临床分析[J].中国肿瘤临床与康复, 2004, 11(5):426-427.

[24] Salameh JR, Aru GM, Bolton W, et al. Electrostimulation for intractable delayed emptying of intrathoracic stomach after esophagectomy [J]. Ann Thorac Surg, 2008, 85(4):1417-1419.

[25] 张发.食管癌根治术后右侧胸腔胃排空障碍[J].实用临床医药杂志, 2004, 8(1):57.

[26] 毛卫华,章雪林.膈肌切开成形预防食管癌术后胃排空障碍[J].肿瘤学杂志, 2005, 11(3):236.

(收稿日期:2008-12-26)
(本文编辑:李银平)

欢迎订阅《中国危重病急救医学》杂志

中华医学会主办,各地邮局订阅,邮发代号:6-58,电话:022-23042150

更正:本刊 2009 年第 1 期 49 页发表的第一作者为刘阳的文章《中药解毒生肌膏对大鼠糖尿病足溃疡肌肉中细胞因子影响的研究》应标注“黑龙江省自然科学基金(D200832)”,特此更正。