

· 临床研究 ·

食管癌术后胃瘫综合征 23 例诊治的探讨

李向东, 周灵飞, 马双慰, 鲜渝斌
(重庆市第九人民医院胸心外科 400700)

摘要:目的 探讨食管癌术后胃瘫综合征的诊断与治疗经验。方法 回顾性分析本院 2002~2010 年诊治 23 例食管癌术后胃瘫综合征患者的临床资料。结果 23 例患者均行纤维胃镜检查排除机械性梗阻, 并常规行胃镜下幽门扩张和十二指肠营养管置入, 经胃肠减压、营养支持和促胃动力药物及中医中药等非手术治疗, 平均 18.7 d 后胃肠功能恢复; 合并肺部感染 2 例, 颈部吻合口瘘 1 例, 无死亡病例。结论 食管癌术后常规上消化道造影有利于早期发现胃瘫综合征, 其诊断须胃镜检查除外机械性梗阻; 治疗关键在于胃镜下幽门扩张和肠内营养支持, 非手术治疗效果满意。

关键词:食管肿瘤; 诊断; 治疗; 胃瘫综合征

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.33.023

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)33-3380-02

Diagnosis and treatment of gastroparesis syndrome after esophagogastrectomy of esophageal cancer

Li Xiangdong, Zhou Linfei, Ma Shuangwei, Xian Yubing

(Department of Cardiothoracic Surgery, the Ninth People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400700, China)

Abstract: **Objective** To explore the diagnosis and treatment experience of gastroparesis syndrome after esophagogastrectomy of esophageal cancer (GSEEC). **Methods** The clinical data of 23 patients with GSEEC from 2002 to 2010 were analyzed retrospectively. **Results** All patients underwent fibrogastroscope to rule out mechanical obstruction, and treated conservatively by routine fibrogastroscope-assisted pyloric dilatation and duodenal feeding tube placement, gastrointestinal decompression, nutritional support, prokinetic drugs and Chinese medicine. Recovery of gastrointestinal function was achieved on an average period of 18.7 days. 2 patients were accompanied with pulmonary infection, 1 patient was accompanied with cervical anastomotic fistula, and no case of death was observed. **Conclusion** Routine radiography of upper gastrointestinal tract contribute to early diagnosis of GSEEC, mechanical obstruction must be excluded firstly by gastroscopy; The key treatments of GSEEC are fibrogastroscope-assisted pyloric dilatation and enteral nutrition support. Clinical result of conservative treatment is satisfactory.

Key words: esophageal neoplasms; diagnosis; therapy; gastroparesis syndrome

食管癌术后胃瘫综合征 (gastroparesis syndrome after esophagogastrectomy of esophageal cancer, GSEEC) 是指食管癌切除胃代食管术后发生的以胃排空障碍为特征的一系列胃肠道功能紊乱综合征, 临床上主要表现为非机械性梗阻性胃潴留。2002~2010 年间, 本院 715 例食管癌患者行手术切除后, 发生 GSEEC 23 例, 全部经胃镜检查除外机械性梗阻, 经非手术治疗效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 23 例, 男 18 例, 女 5 例; 年龄 31~76 岁, 平均 (53.23±7.42) 岁; 胸上段食管癌 3 例, 胸中段食管癌 11 例, 胸下段食管癌 9 例。手术方式为: 经颈、右胸、腹 3 切口行食管癌切除, 胃食管颈部吻合 3 例; 经左胸行食管癌切除, 胃食管主动脉弓上吻合 9 例、弓下吻合 11 例。术中均未行幽门成形或幽门肌切开术, 术中常规放置鼻胃管于胃窦处供术后胃肠减压, 十二指肠营养管置入十二指肠远端或空肠近端供术后早期肠内营养支持。术后病理诊断均为食管鳞状细胞癌。

3 例于术后 3~5 d 胃肠功能逐步恢复后胃肠减压引流量反而逐渐增多, 达 800 mL/d 以上, 胸片提示胸胃扩张, 可见气液平; 15 例在术后 7~14 d 行上消化道造影时发现胃排空迟缓或造影剂完全不能通过幽门部; 5 例造影未见明显异常, 患者于术后两周出院后感胸闷, 进食后呕吐, 再入院检查发现胸胃扩张, 再次造影提示造影剂通过幽门困难。

1.2 方法 所有患者一旦考虑 GSEEC 后立即停止经口进食并持续行胃肠减压和温生理盐水洗胃, 经十二指肠营养管进行肠内营养, 肌内注射甲氧氯普胺或经营养管注入多潘立酮或胃管注入红霉素, 必要时辅以肠外营养支持和抗感染治疗。有 7

例患者经十二指肠营养管注入四磨汤促进胃肠功能恢复, 12 例患者进行了针灸治疗。23 例患者均在术后两周行胃镜检查, 胃镜镜身均能通过幽门, 2 例通过困难者经活检孔置入引导钢丝行球囊扩张后能顺利通过, 将胃镜反复通过幽门部 3~5 次予以扩张, 然后在胃镜引导下重新置入十二指肠营养管至幽门下, 置入胃管至胃内。

2 结果

23 例经非手术治疗, 均治愈。从诊断 GSEEC 之日起, 营养管留置时间 11~37 d, 平均 18.7 d。本组发生肺部感染 2 例, 经抗感染治疗 5~12 d 治愈; 发生颈部吻合口瘘 1 例, 经更换敷料 13 d 治愈; 无死亡病例。

3 讨论

GSEEC 的发生率国内外报道约 0.3%~22.0%^[1-2], 发病机制不清楚。目前认为 GSEEC 是多因素综合作用的结果, 包括迷走神经干切断后胃失神经支配, 手术导致交感神经激活, 抑制胃肠活动^[3]; 手术时损伤胃底的 Cajal 间质细胞 (ICC) 被认为是导致 GSEEC 的电生理基础^[4]; 胃代食管术后幽门的水肿、牵拉成角和束带压迫也是导致 GSEEC 的原因之一^[5]。

GSEEC 的临床症状不易早期出现, 常在恢复经口进食后才逐渐出现胸闷、呕吐等症状。X 线胸片及胃肠道造影是一种简便易行、对患者刺激小的检查方法, 可作为常规筛查。本组患者出院前常规进行上消化道造影检查, 发现 15 例无明显临床症状的胃瘫, 占全组病例 60% 以上, 经进一步胃镜检查确诊和治疗后得以顺利恢复。胃镜对 GSEEC 有确诊价值, 能够排除需及时手术治疗的机械性梗阻, 但考虑到胃镜有可能损伤吻合口, 所以应由经验丰富的内镜医师在术后两周进行为宜。在

上消化道造影提示胃排空延迟或造影剂完全不能通过幽门时应考虑 GSEEC,先采用胃肠减压、药物和针灸促胃肠动力,进行肠内营养对症支持治疗,待术后两周进一步行胃镜检查,如胃镜不能通过或无法找到幽门多提示机械性梗阻,需手术治疗;若胃镜通过不畅,则可进一步行幽门扩张,胃镜能够顺利通过幽门部是诊断 GSEEC 的重要依据^[6]。

GSEEC 的发生是原发性胃动力不足和幽门部梗阻相互作用的结果。人们为预防 GSEEC 进行了较多的手术改良,如保留迷走神经的食管切除术^[7],管形胃代食管^[8],术后充分、有效的胃肠减压和早期应用促胃动力药物,避免应用抑制胃肠功能恢复药物等均有一定促进胃排空的效果。较多文献报道采用术中幽门处肌内注射卡尼汀、幽门扩张、幽门肌切断、幽门肌切开或幽门成形术来减少幽门梗阻取得了一定效果^[9-12],但有研究表明这些方法并不能预防或减少 GSEEC,反而增加了术后胆汁反流的风险^[13],因此关于是否需术中对幽门部进行干预仍未达成共识。本组所有患者均未行幽门成形术,术后 GSEEC 发病率并未明显升高。GSEEC 的治疗仍是针对促进胃动力和减轻幽门梗阻进行,促进胃排空的药物(包括甲氧氯普胺、多潘立酮、红霉素)及物理刺激(包括针灸、胃内电刺激)均有一定促进胃动力恢复的治疗作用^[14],但效果仍欠佳,仅作为辅助治疗手段。针对幽门梗阻于幽门处肌内注射卡尼汀、幽门扩张的对症治疗效果明显^[15-16],仍是目前治疗 GSEEC 的主要手段。本组患者常规行胃镜下幽门扩张效果明显。

GSEEC 是食管癌术后的常见并发症之一,目前尚无标准的诊治方法。结合本组病例的治疗经验,作者认为采取综合措施有助于防治 GSEEC:(1)术中操作轻柔,避免过度牵拉或挤压胃壁;不必常规对幽门部进行干预,减少术后幽门水肿。(2)术中常规放置胃管与鼻肠营养管,术后早期既可进行充分的胃肠减压,又可通过营养管早期开始肠内营养,有利于促进胃肠功能的早期恢复。(3)术后 1~2 周常规进行上消化道造影有助于早期发现无明显临床症状的 GSEEC,便于早期治疗、减少并发症。(4)拟诊 GSEEC 患者需进一步行胃镜检查除外机械性梗阻。

参考文献:

[1] 蔡华荣,张在空,羽平,等. 18 例食管、贲门癌术后胸胃排空障碍的诊治体会[J]. 重庆医学,2009,38(5):576-579.
[2] Lanuti M,DeDelva P,Morse CR,et al. Management of delayed gastric emptying after esophagectomy with endoscopic balloon dilatation of the pylorus[J]. Ann Thorac Surg,2011,91(4):1019-1024.
[3] Livingston EH,Passaro EP Jr. Postoperative ileus[J]. Dig Dis Sci,1990,35(1):121-132.
[4] Ördög T. Interstitial cells of Cajal in diabetic gastroenteropathy[J]. Neurogastroenterol Motil,2008,20(1):8-18.
[5] 林建生,林杰成,肖军,等. 食管癌三野手术后胸胃排空障

碍 42 例临床分析[J]. 现代肿瘤医学,2006,14(10):1271-1272.
[6] 韩兴鹏,张逊. 食管癌切除术后胃排空障碍的诊断与治疗[J]. 中国中西医结合急救杂志,2009,16(2):127-128.
[7] Peyre CG,DeMeester SR,Rizzetto C,et al. Vagal-sparing esophagectomy: the ideal operation for intramucosal adenocarcinoma and barrett with high-grade dysplasia[J]. Ann Surg,2007,246(4):671-674.
[8] Bemelman WA,Taat CW,Slors JF,et al. Delayed postoperative emptying after esophageal resection is dependent on the size of the gastric substitute[J]. J Am Coll Surg,1995,180(4):461-464.
[9] Martin JT,Federico JA,McKelvey AA,et al. Prevention of delayed gastric emptying after esophagectomy: a single center's experience with botulinum toxin[J]. Ann Thorac Surg,2009,87(6):1713-1714.
[10] Lanuti M,de Delva PE,Wright CD,et al. Post-esophagectomy gastric outlet obstruction: role of pyloromyotomy and management with endoscopic pyloric dilatation[J]. Eur J Cardiothorac Surg,2007,31(2):149-153.
[11] Deng B,Tan QY,Jiang YG,et al. Prevention of early delayed gastric emptying after high-level esophagogastrotomy by pyloric digital fracture[J]. World J Surg,2010,34(12):2837-2843.
[12] Palmes D,Weilinghoff M,Colombo-Benkmann M,et al. Effect of pyloric drainage procedures on gastric passage and bile reflux after esophagectomy with gastric conduit reconstruction[J]. Langenbecks Arch Surg,2007,392(2):135-141.
[13] Nguyen NT,Dholakia C,Nguyen XM,et al. Outcomes of minimally invasive esophagectomy without pyloroplasty: analysis of 109 cases[J]. Am Surg,2010,76(10):1135-1138.
[14] 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.
[15] Kim JH,Lee HS,Kim MS,et al. Balloon dilatation of the pylorus for delayed gastric emptying after esophagectomy[J]. Eur J Cardiothorac Surg,2008,33(6):1105-1111.
[16] Lanuti M,DeDelva P,Morse CR,et al. Management of delayed gastric emptying after esophagectomy with endoscopic balloon dilatation of the pylorus[J]. Ann Thorac Surg,2011,91(4):1019-1024.

(收稿日期:2011-08-24 修回日期:2011-09-22)

(上接第 3379 页)

arrest as a “sepsis-like” syndrome[J]. Circulation,2002,106(5):526-528.
[13] McGettigan MC,Adolph VR,Ginsber HG,et al. New ways to ventilate newborns in acute respiratory failure[J]. Pediatr Clin North Am,1998,45(3):475-509.
[14] 季勇,黄亮. 高频振荡通气治疗急性呼吸窘迫综合征的机

制及其应用进展[J]. 中国全科医学杂志,2008,11(9):1709-1710.
[15] 季勇,黄亮. 高频通气研究应用进展[J]. 岭南急诊医学杂志,2008,13(5):400-401.

(收稿日期:2011-03-09 修回日期:2011-07-13)