

3.5 本组 10 例患者皆在 CT 引导下完成了经皮胃造瘘术,成功率为 100%,除 1 例术后感染外,无严重并发症发生。我们认为在医院没有类 CT 功能的平板 DSA 或类 CT 图像质量较差的情况下,CT 引导下经皮胃造瘘术,应该说是一种安全、有效的治疗方式,可以作为 X 线引导下经皮胃造瘘术的有效补充,进而拓宽经皮胃造瘘的适应证。

参考文献

1 沈洁云,王忠敏,陈克敏,等.经皮内镜引导下、经皮影像学引导下

施行胃造瘘术的比较研究[J].介入放射学杂志,2010,19(8):669-672.

2 陈勇,李彦豪,曾庆乐,等.经皮穿刺胃造瘘和胃空肠造瘘术[J].介入放射学杂志,2005,14(4):394-397.

3 姚全军,胡鸿涛,黎海亮,等.X线引导下经皮胃造瘘术和鼻胃营养管置入术的疗效比较[J].介入放射学杂志,2012,21(12):1007-1010.

4 易小宇,何伟,余雷.经皮胃造瘘术在治疗恶性肿瘤所致继发性吞咽困难中的应用[J].影像诊断与介入放射学,2013,22(2):129-132.

[收稿日期 2015-07-22][本文编辑 杨光和]



腹部手术后功能性胃排空障碍 27 例临床诊治体会

张豫庆

作者单位: 451450 河南,中牟县人民医院普外科

作者简介: 张豫庆(1974-),男,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:普外科疾病的诊治。E-mail: zhyq451450@126.com

[摘要] **目的** 探讨腹部手术后功能性胃排空障碍诊疗方法及临床疗效。**方法** 回顾性分析 2008-02~2015-01 该院收治的 27 例腹部术后功能性胃排空障碍患者临床资料。**结果** 27 例腹部术后功能性胃排空障碍发生于术后 5~9 d,结合临床表现及泛影葡胺上消化道造影检查确诊,均经积极非手术治疗治愈,时间 11~32(22.4±5.3)d,其中发病 11~14 d 治愈 7 例,发病 15~21 d 治愈 9 例,发病 22~27 d 治愈 6 例,发病 28~32 d 治愈 3 例。**结论** 腹部术后功能性胃排空障碍为功能性疾病,采用非手术治疗大多数患者可以治愈,应尽可能避免再次手术,临床应积极控制本病风险因素,减少术后功能性胃排空障碍的发生。

[关键词] 功能性胃排空障碍; 腹部手术; 诊断; 保守治疗

[中图分类号] R 656 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)05-0422-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.05.18

Clinical diagnosis and treatment of 27 patients with functional delayed gastric emptying after abdominal operation ZHANG Yu-qing. Department of General Surgery, the People's Hospital of Zhongmou, Henan 451450, China

[Abstract] **Objective** To explore the diagnostic and therapeutic method and clinical efficacy of functional delayed gastric emptying after abdominal operation. **Methods** Twenty-seven cases with functional delayed gastric emptying after the abdominal surgery were treated in our hospital from February 2008 to January 2015, and their data were retrospectively analyzed. **Results** Functional delayed gastric emptying occurred in 27 cases 5 to 9 days after the surgery. The disease was made a definite diagnosis through the clinical manifestation and urografin upper gastrointestinal contrast examination, and all the patients were cured by positive non-surgical treatment between 11 and 32 days after the abdominal surgery with an average of (22.4±5.3)d, among of whom, 7 cases were cured who became ill for 11~14 days, 9 were cured who became ill for 15~21 days, 6 were cured who became ill for 22~27 days and 3 were cured who became ill for 28~32 days. **Conclusion** Functional delayed gastric emptying after the abdominal surgery is a functional disease. Non-surgical treatments are suitable for most of the patients and reoperation should be avoided as far as possible. The risk factors of this disease should be controlled positively to reduce the occurrence of functional delayed gastric emptying after the abdominal surgery.

[Key words] Functional delayed gastric emptying; Abdominal surgery; Diagnosis; Expectant treatment

功能性胃排空障碍(functional delayed gastric emptying, FDGE)又称胃瘫,是腹部手术尤其胃癌根治、胰十二指肠切除、门静脉高压断流等术后常见并发症,多发生于术后早期,主要因吻合口炎症、水肿,胃肠运动功能减弱所致,不伴吻合口或输出空肠襻等机械性梗阻,保守治疗一段时间多可治愈^[1]。2008-02~2015-01 我院共治疗腹部术后功能性胃排空障碍患者 27 例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 27 例术后 FDGE 患者中男 17 例,女 10 例,年龄 37~69(53.2±7.6)岁;发生于胃癌根治术后 9 例,肝内外胆管结石肝叶部分切除、胆肠 Roux-en Y 吻合术后 4 例,门静脉高压脾切除、贲门周围血管离断术后 5 例,胃十二指肠胃毕 II 式切除术后 3 例,结肠癌根治术后 2 例,远端胃切除术后 3 例,空肠破裂行小肠部分切除术后 1 例。患者术后肛门排气恢复,部分患者已进流食,术后 5~9 d 出现胃潴留,胃肠减压引流量超过 900 ml/d,查体胃振水音阳性,肠鸣音明显减弱消失,腹部立位平片排除肠管扩张及气液平等梗阻表现,经胃管泛影葡胺造影未见吻合口、消化道梗阻,造影剂呈线状或漏斗状通过吻合口。

1.2 术后 FDGE 诊断标准^[2] (1)术后 1 周仍胃肠减压,或进流食、流食改半流食后再次出现胃潴留,需再次胃肠减压者;(2)泛影葡胺上消化道造影或胃镜检查证实胃无蠕动,排除流出道机械梗阻;(3)胃引流量 > 800 ml/24 h,持续时间 > 10 d;(4)无明显水、电解质、酸碱平衡失调;(5)无引起 FDGE 基础疾病如糖尿病、结缔组织病等;(6)未应用影响平滑肌收缩药物等。

1.3 治疗方法 27 例患者均给予非手术治疗,禁食、持续胃肠减压、3% 温盐水洗胃、全肠外营养,使用质子泵抑制剂、生长抑素等药物,出现低蛋白血症者适量补充血浆或人体白蛋白,针对患者具体情况心理干预,必要时给予镇静药物,同时应用胃肠动力药物吗丁啉(多潘立酮)、西沙必利、胃复安(甲氧氯普胺)等,胃复安 30 mg 静滴,或红霉素 5 mg/kg 加入 5% 葡萄糖液 100 ml 快速静滴,2 次/d,经胃管注入吗丁啉或西沙必利 20 mg,3 次/d,注入 α-糜蛋白酶 10~20 mg 消除水肿,1 次/d。辅以中医药治疗,给予足三里、内关穴位针灸,适时给予大黄承气汤胃管注入。

1.4 疗效判定标准^[3] 患者腹部症状、体征消失,胃管引流量 < 200 ml/d,泛影葡胺上消化道造影显

示胃蠕动良好,拔除胃管后患者可正常进食,无功能性胃排空障碍复发。

2 结果

27 例患者均经积极非手术治疗治愈,时间 11~32(22.4±5.3) d,其中 7 例于发病后 11~14 d 治愈,9 例于发病后 15~21 d 治愈,6 例于发病后 22~27 d 治愈,3 例于发病后 28~32 d 治愈。

3 讨论

3.1 腹部术后 FDGE 发病机制不明,与手术创伤、精神神经因素、胃迷走神经损伤、胃解剖结构及神经内分泌异常、胃肠动力紊乱引发排空失衡等因素密切相关,是多条件聚集作用的结果^[4]。患者对疾病及手术恐惧、紧张致交感神经兴奋;去甲肾上腺素对胃窦收缩平台期的作用使收缩幅度降低;胃大弯胃体中部起搏点损伤影响胃肠运动协调性;迷走神经干离断抑制内脏副交感神经系统作用,胃肠神经丛兴奋神经元受抑,残胃低张力;胆汁、胰液反流及异物反应致吻合口水肿;术后进食过早、过量致胃壁水肿;加上营养不良、低钾血症等因素,诱发术后功能性胃排空障碍。

3.2 年龄 60 岁以上、术前胃肠道梗阻、毕 II 式吻合、围手术期血糖 > 8 mmol/L、术后白蛋白水平 < 30 g/L、术后镇痛泵应用、腹腔并发症发生以及不良心理反应等因素对患者术后功能性胃排空障碍有显著影响^[5]。高龄、一般情况较差者围手术期应注重改善营养状况,维护胃肠黏膜屏障功能,术后应积极控制老年患者血糖水平十分重要^[6]。术前积极控制并存疾病,增强机体免疫力及抵抗力,提高麻醉及手术耐受性,提高医生手术技能,手术相关人员密切配合缩短手术时间^[7],对较大上腹部手术患者给予预防性空肠造瘘,术毕生理盐水冲洗腹腔,置管有效引流腹腔渗出液,术后早期肠内营养,应用质子泵抑制剂、生长抑素,可减少术后功能性胃排空障碍的发生。

3.3 腹部术后 1 周左右,患者肛门已排气,出现胃潴留症状,胃管引流量超过 800 ml/d,或胃管已拔除,患者进流食后出现腹胀,溢出性呕吐大量胃内容物,体检胃振水音阳性,肠鸣音减弱消失,应考虑术后功能性胃排空障碍可能,结合胃镜或泛影葡胺上消化道造影检查确诊,注意与术后早期炎性肠梗阻、吻合口等部位机械性梗阻相鉴别。机械性梗阻多在进食后即出现胃潴留症状,呕吐呈喷射状,泛影葡胺上消化道造影胃张力正常,纤维胃镜检查吻合口无明显水肿,胃蠕动明显,胃镜不易通过输入端或输出端。

3.4 术后 FDGE 确诊后应积极行非手术治疗,给予

禁食、胃肠减压、温盐水洗胃,尽早全胃肠外营养支持,维持水、电解质及酸碱平衡,逐渐恢复胃壁功能;注重疾病宣教,耐心解释功能性胃排空障碍原因、治疗效果及预后,给予针对性心理干预缓解患者负面情绪,使其树立信心,积极配合治疗,有利于促进胃功能恢复和预防胃排空障碍发生^[8]。胃肠动力药物红霉素为胃动素受体激动剂,吗丁啉为多巴胺受体拮抗剂,对食管、胃平滑肌促动力作用明显;西沙必利激活5-羟色胺受体,促进乙酰胆碱释放,促进消化道平滑肌动力,对患者功能性胃排空障碍的恢复有促进作用;早期置鼻空肠管肠内营养支持,促使激素分泌、胃肠道功能恢复,保护肠黏膜屏障功能,防止肠道内细菌易位,可缩短功能性胃排空障碍病程^[3],输注过程中患者出现上腹部饱胀等症状,应立即停止输注,并给予胃肠动力药物^[9];鼓励适度活动,辅以足三里、内关等穴位封闭、大黄承气汤应用,患者多于术后3~5周恢复,尽量避免手术治疗。本组27例患者均经非手术治疗治愈,治疗时间11~32 d。

综上所述,腹部术后功能性胃排空障碍为功能性疾病,非手术治疗大多数患者可治愈,应尽可能避

免再次手术,临床应积极控制本病风险因素,减少术后功能性胃排空障碍的发生。

参考文献

- 1 戴冬秋.胃切除上消化道重建术后早期常见并发症防治[J].中国实用外科杂志,2012,32(8):621-624.
- 2 秦新裕,刘凤林.术后胃瘫的诊断与治疗[J].中华消化杂志,2005,25(7):441-442.
- 3 廖伟敏,张陵武.腹部手术后功能性胃排空障碍21例临床分析[J].医学临床研究,2011,28(10):1982-1983.
- 4 陕飞,季加孚.腹部手术后胃瘫综合征的诊治进展[J].中国实用外科杂志,2013,33(4):340-343.
- 5 王永超,李强.胃切除术后胃排空障碍危险因素的Meta分析[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(7):687-693.
- 6 王向阳,张克难,冯安明,等.根治性远端胃大部切除术后胃瘫危险因素的分析[J].中国普通外科杂志,2010,19(10):1156-1158.
- 7 刘滢.腹部手术后功能性胃排空障碍相关因素及预防措施[J].岭南现代临床外科,2012,12(1):35-36.
- 8 胡骏.残胃功能性排空障碍18例[J].中国现代普通外科,2011,14(3):200-201.
- 9 梁志民.早期肠内营养在胃癌术后的临床应用及护理体会[J].中国临床新医学,2014,7(5):465-467.

[收稿日期 2015-08-10][本文编辑 吕文娟]

学术交流

超声心动图对冠心病合并房颤患者左房功能的评估价值分析

于德福

作者单位:514031 广东,梅州市人民医院超声科

作者简介:于德福(1981-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:心血管超声诊断。E-mail:guohaiyan332@126.com

[摘要] **目的** 探讨超声心动图在评估冠心病合并房颤患者左房功能中的应用价值。**方法** 选取2012-09~2013-09该院收治的冠心病合并房颤患者25例和冠心病合并窦性心率患者22例分别作为房颤组和窦性心律组,取同期入院体检正常者20名作为对照组,均行彩色多普勒超声检查。分别采用常规超声心动图测量左房大小及左房容积,多普勒技术测量二尖瓣血流频谱、肺静脉血流频谱情况。**结果** 房颤组左房大小(LAD)、左房最大容积(LAV_{max})、左房最小容积(LAV_{min})分别为(43.26±2.81)mm、(41.61±2.63)ml、(20.12±1.53)ml,明显高于窦性心律组和对照组,其中对照组最低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。房颤组和窦性心律组E、E-VTI、A、A-VTI、E/A均与对照组存在显著差异($P < 0.05$),其中房颤组E、E-VTI升高,窦性心律组降低;房颤组A、A-VTI降低,窦性心律组升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与对照组比较,窦性心律组Ar降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),但其他肺静脉血流频谱相关指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。与对照组比较,房颤组S、S-VTI、Ar降低,D峰、D-VTI升高,S/D < 1,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 超声心动图能够准确反映冠心病合并房颤患者左房功能。

[关键词] 冠心病; 房颤; 超声心动图; 左房功能