

食管癌患者胃黏膜病变与术后胃排空延迟

吴仕光, 万桂玲, 葛来增, 袁恒兰, 李同飞

吴仕光, 葛来增, 袁恒兰, 李同飞, 泰山医学院附属医院肿瘤中心 山东省泰安市 271000
万桂玲, 临沂市肿瘤医院 山东省临沂市 276000
项目负责人: 吴仕光, 271000, 山东省泰安市泰山大街706号, 泰山医学院附属医院肿瘤中心.
电话: 0538-6236830
收稿日期: 2004-10-11 接受日期: 2004-11-04

摘要

目的: 观察食管癌患者胃黏膜病变与术后胃排空障碍的相关性.

方法: 通过对1996-2003年1856例手术治疗的食管癌患者中术后出现严重胃排空障碍的26例患者的术前、术中、术后观察、治疗, 分析食管癌患者胃黏膜病变与术后出现的胃排空障碍之间的相关性.

结果: 术后出现胃排空障碍的患者术前和术后均存在较严重的胃黏膜病变.

结论: 食管癌患者术后胃排空障碍与胃黏膜病变密切相关, 针对胃黏膜病变的治疗对患者术后出现的胃排空障碍有积极的预防和治疗作用.

吴仕光, 万桂玲, 葛来增, 袁恒兰, 李同飞. 食管癌患者胃黏膜病变与术后胃排空延迟. 世界华人消化杂志 2005;13(1):141-142
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/141.asp>

0 引言

食管癌患者可能都存在术后的胃食管反流和胃排空延迟, 只不过是表现的症状有所偏重而已. 这是影响食管癌患者术后生存质量的两个重要因素. 患者术后出现胃食管反流和胃排空延迟的根本原因, 除去手术所致的解剖关系变化、迷走神经切断等方面的因素外, 就是胃基本病变导致的功能改变. 我们通过对1996-2003年1856例经手术治疗的食管癌患者中术后出现严重的进食后胸闷、呕吐等症状的26例患者的术前、术中、术后的回顾性观察, 发现患者术前即已存在的和术后出现的胃黏膜病变与术后的严重胃食管反流和胃排空障碍有重要相关性, 针对胃黏膜疾病的治疗对术后胃动力不足的恢复大有裨益.

1 材料和方法

1.1 材料 1996-2003年完成各期食管癌根治术的患者1856例, 发生严重胃食管反流和胃排空障碍者26例, 其中男18例, 女8例, 年龄在45-76岁, 平均年龄 63 ± 3.5 岁. 26例患者中有18例术前即有较典型的慢性胃炎病史(占69.23%), 曾长期服药, 而且术前经上消化道钡餐透视或纤维胃镜检查均证实有不同程度的胃黏膜病变.

1.2 方法 26例患者经左胸入路术式3例, 右胸入路术式

23例, 颈部吻合术6例, 其余经弓上吻合. 术中观察发现18例患者胃体扩张, 胃壁薄, 张力低下, 胃壁与周围脏器较多的粘连, 其余患者胃体、胃壁较正常, 粘连相对较少. 术后胃肠减压管保留7 d, 每日胃肠减压引流量平均在500-800 mL, 术后第7 d, 经上消化道钡餐透视检查, 吻合口愈合良好后, 拔除胃肠减压管, 进流质饮食, 该26例患者进食后都出现了较重的进食后胸闷、反流、呕吐、夜间睡眠时呛咳等症状, 而且患者虽已有肛门排气、排便, 但腹部肠鸣音较弱, 患者血生化各项指标无异常. 进食2-3 d后经再次上消化道钡餐透视, 发现, 患者胸胃均严重扩张, 占据胸腔内容积大部分, 胃内有大量的液体潴留, 透视下胃壁上基本看不到蠕动波或仅在幽门部看到有较弱的频度较低的蠕动波, 胃内的造影剂沉积在胃窦部, 幽门口不开放, 有4例患者在7 h后再次透视时, 发现有少量的钡剂通过幽门进入十二指肠. 对15例在术后的10-13 d行胃镜检查, 发现其胸胃内有大量的胃液潴留, 并混有反流的胆汁, 胃窦部黏膜水肿, 颜色红白相间, 幽门关闭, 有11例胃镜可以缓慢的进入幽门, 其余4例患者胃镜进入幽门较难. 针对出现胃排空延迟的患者在明确其无其他特定原因后即给以再次置入胃肠减压管, 充分减压, 嘱患者取半卧位, 禁食, 自胃管内注入或口服全胃肠动力药(西沙必利)和红霉素, 3次/d. 静脉输液给以足够的液体、能量及电解质, 注意纠正酸、碱平衡. 同时静脉给予质子泵抑制剂(洛塞克)治疗. 3 d后让患者开始少量进食, 以半流质、少盐、低脂肪饮食为主, 少进流质饮食.

2 结果

治疗1 wk后, 大部分患者进食后胸闷、呕吐、反流等症状有不同程度的改善, 再给以上消化道钡餐透视, 透视下见患者胸胃较前容量减小, 胃壁蠕动波明显加大, 频度加强, 幽门开放, 钡剂较顺利地通过幽门. 患者腹不胀, 肠鸣音活跃, 大便1-3次/d, 分别在术后15-30 d内逐渐恢复, 3例患者恢复较慢, 再辅以中医药治疗, 分别在术后40、45、60 d康复出院, 1例始终未能很好的恢复, 在术后211 d因并发严重的肺部感染治疗无效死亡. 出院后经常年随访, 患者的胃食管反流症状终生伴随, 半卧位睡眠时可缓解, 如饮食不当或受凉后会出现反流加重, 胸闷或烧心等感觉, 服用抗胃炎药或消化道动力药后好转.

3 讨论

食管癌切除胃代食管消化道重建是常用的手术方法. 由于手术改变了解剖结构关系, 迷走神经高平面的切断, 导致患者术后上消化道功能的紊乱, 出现胃食管反流、胃

排空延迟等术后并发症。早期针对食管癌术后出现的胃食管反流和胃排空延迟的治疗,主要是通过对食管胃吻合口的吻合方式的改进而力图控制胃食管反流。多年来的实践证明,单纯通过改进食管胃吻合方法很难取得理想的抗反流效果,甚至有人认为现行的吻合方式无任何抗反流作用^[1]。近年来更多的研究结果表明^[2],食管癌术后出现的胃食管反流和胃排空延迟是由于食管癌术后胸胃的动力低下、胃排空障碍,而胃动力低下、胃排空障碍又与迷走神经损伤和胃黏膜的基本病变密切相关。迷走神经的损伤在食管癌根治手术中无法避免,因此,胃黏膜基本病变与食管癌术后的胃动力不足的相关性及治疗干预就显得非常重要。

3.1 食管癌患者术前的胃黏膜病变 食管癌患者术前即存在着不同程度的胃食管反流、胃黏膜病变及胃动力不足。史念珂 *et al*^[3]通过食管癌围手术期胃食管反流 pH 值监测分析发现,食管癌患者手术前后均存在病理性食管反流,其反流液不单纯为酸性胃液,还有十二指肠碱性反流成分。十二指肠反流液内的胆汁和胰液等会削弱胃黏膜的屏障功能,使其易受胃液-胃蛋白酶的损害作用,是胃黏膜病变的一个直接病因。文献^[4]资料报道,食管癌患者术前就存在对半固体食物和液体食物的排空延迟,而胃液和食物的潴留又是引起胃黏膜病变的一个诱因。陈国忠^[5]曾报道过用放射性同位素监测的方法证实慢性胃炎的大部分患者存在着液体与半固体食物的排空延迟。我们通过对对照观察术后出现较为严重的胃排空障碍的患者术中胃体的情况,发现大部分患者(18/26)的胃壁薄,缺乏张力,胃体扩大,且胃体和胃窦部与周围组织有较多的粘连,均提示患者胃体存在着慢性炎症病变,或既往曾患有较严重的炎症病变。

3.2 食管癌术后的胃黏膜病变 手术过程中由于胃体长时间的暴露,灯光照射,加上温度的变化,游离时对胃壁的牵拉、揉搓、挤压,会对胃壁造成不同程度的损伤,而且游离后胃体的血供减少也会对胃黏膜产生一定的影响,这些都是影响到胃壁张力的潜在因素。手术后创伤引起的胃黏膜水肿以及胃管刺激会在一定程度上延长或加重胃黏膜的炎性反应。术后由于胃肠功能紊乱造成的胆汁反流也会加重胃黏膜的炎性损伤。本组 26 例患者中 15 例术后行胃镜检查均提示有胃黏膜炎性病变,胃内有大量混有胆汁的胃液潴留,幽门开放差。胆汁反流性胃炎患者的胃窦部受损更加严重,并且其他部分胃的功能也存在障碍^[6]。迷走神经切断后患者消化间期胃窦、幽门、十二指肠移行复合运动波(MMC)持续时间缩短,胃窦的 MMC III 相活动缺失的次数增多,收缩波平均振幅降低,使消化间期胃内未消化的固体食物不易通过幽门进入十二指肠,并且胃窦 MMC III 相活动发生在幽门、十二指肠之后,这种不协调运动不利于胃内未消化食物的排空^[7]。患者进食以后,由于胃内食物和胃液不能及时排空,造成大量的胃液和食物潴留,又会加重胃黏膜的炎性反应,如此互为因果,进入恶性循环。另外,患者术后的胃黏膜病变还可能是术前已有病变的延

续,或是在原有基础上的加重。有的学者通过术中保留迷走神经以求更好的保留术后胃的功能,但临床观察数据表明,即使能在术中保留迷走神经,术后出现胃食管反流也无明显改善,而且并不能减少术后胃黏膜病变的发生^[2]。而此时胃黏膜病变就可能与胃食管反流有一定的相关性。

3.3 预防和治疗 首先,术前准备过程中应注意胃黏膜病变的治疗,如果患者有严重的胃病病史或是术前检查提示有较严重的胃黏膜病变,应在治疗中注意加用胃酸抑制剂、胃黏膜保护剂和加强胃动力剂,减轻患者胃黏膜病变和胆汁反流的程度,改善患者术前胃动力不足。

其次,手术过程当中应当注意:(1)游离胃体时要轻柔操作,防止暴力操作对胃体及胃黏膜的损伤;(2)游离胃体的长度应适宜,防止出现胃体上提时远端胃牵拉成角,膈肌裂孔应适当扩大,并注意防止吻合时胃体扭转;(3)吻合完成后应尽量将胸腔内胃体送到膈肌以下,减少胸腔内胃体的容积,对防止术后出现胃排空障碍亦有好处。

术后的治疗中应注意:(1)术后胃管的保留时间应在 7 d 为宜,因为患者胃肠功能一般要在术后 3-5 d 才逐渐恢复,如果拔除胃管过早或是进食过早,会造成胃体的过度膨胀,不利于胃功能的恢复,而且过早进食造成的胃内液体和食物的潴留会加重胃黏膜的损害,进而导致胃功能的损害;(2)针对进食后出现反流、胸闷、呕吐等症应及时给以充分的胃肠减压,同时应静脉使用质子泵抑制剂,口服或胃管内注入西沙必利和红霉素,改善胃肠道动力不足。质子泵抑制剂结合西沙必利治疗胆汁反流和胃动力低下效果显著。红霉素也可作为一种胃动力药用于术后的胃排空延迟,他主要是通过增强胃窦收缩、降低幽门阻力、使幽门打开、抑制幽门压力波群而加速胃排空^[8]。治疗 3 d 后再嘱患者少量进食,进食以半流质饮食为主,少进流质,胃动力不足的情况下胸胃对液体的排空能力明显下降,且液体食物对胃壁的刺激小,不足以引发出胃壁的蠕动。本组患者因注重了胃黏膜病变的治疗,恢复均较为顺利。可见针对胃黏膜病变的治疗对食管癌术后出现的胃食管反流和胃排空障碍有很大的帮助。

4 参考文献

- 1 王其彰,刘俊峰,赵新明,雷建章,从庆文,李文起,李保庆,王福顺,曹富民,张小军,张宏伟,张宏磊.食管胃吻合口能否抗胃食管反流.中华外科杂志 1999;37:71-74
- 2 王大力,张汝刚,孙克林,程贵余,王永岗.保留或切断迷走神经干的食管癌切除术后胃消化功能的对比研究.中华肿瘤杂志 2000;22:414-416
- 3 史念珂,付国舟.食管癌围手术期胃食管反流 pH 监测分析及探讨.中华胸心血管外科杂志 1999;15:132-134
- 4 王其彰,王如然,马立敏,李顺宗,李保庆,王福顺,张会军.显示子用于检查食管癌切除术后胃排空.中华外科杂志 2000;38:529-530
- 5 陈国忠.胃、十二指肠疾病的胃动力学研究进展.广西中医学院学报 2002;5:60-63
- 6 曹锦章,张万岱,彭武和,张振书,张洪海,周殿元.胆汁反流性胃炎胃排空和胃窦平滑肌电改变的研究.中华消化杂志 1997;17:152-154
- 7 郑炜,周仑,林培葵,林若柏,陈椿,唐明强,林英.食管癌切除术后胃窦幽门十二指肠运动的变化.中华外科杂志 2002;40:511-514
- 8 陈先祥,陈道达.影响胃排空的因素.腹部外科 1998;11:275-276