

胰腺炎术后长期胃瘫1例

李爽, 张庆凯, 郭新, 尚东

李爽, 张庆凯, 郭新, 尚东, 大连医科大学附属第一医院普外科 辽宁省胆胰疾病中西医结合治疗中心 辽宁省大连市 116011

李爽, 在读博士, 主要从事胆胰疾病的微创治疗研究。

国家自然科学基金资助项目, No. 81373875
2015年辽宁省临床能力建设基金资助项目,
No. LNCCC-A03-2015

作者贡献分布: 本文撰写由李爽完成; 张庆凯与郭新参与资料搜集; 尚东审校。

通讯作者: 尚东, 教授, 主任医师, 116011, 辽宁省大连市中山路222号, 大连医科大学附属第一医院普外科, 辽宁省胆胰疾病中西医结合治疗中心. tougao1971@163.com
电话: 0411-83635963

收稿日期: 2015-10-08
修回日期: 2015-11-23
接受日期: 2015-11-30
在线出版日期: 2016-01-08

One case of prolonged gastroparesis following pancreatic necrosectomy

Shuang Li, Qing-Kai Zhang, Xin Guo, Dong Shang

Shuang Li, Qing-Kai Zhang, Xin Guo, Dong Shang, Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital of Dalian Medical University; Treatment Center of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine for Pancreaticobiliary Diseases, Dalian 116011, Liaoning Province, China

Supported by: National Natural Science Foundation of China, No. 81373875; Project Supported by Clinical Ability Construction of Liaoning Province, No. LNCCC-A03-2015

Correspondence to: Dong Shang, Professor, Chief Physician, Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital of Dalian Medical University; Treatment Center of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine for Pancreaticobiliary Diseases, 222 Zhongshan Road, Dalian 116011, Liaoning Province, China. tougao1971@163.com

Received: 2015-10-08

Revised: 2015-11-23
Accepted: 2015-11-30
Published online: 2016-01-08

Abstract

Postsurgical gastroparesis syndrome (PGS) is a common short-term complication after gastric operation. It is also seen after other abdominal operations. Most cases of PGS can be managed by conservative approach with a recovery period of 2-3 wk. We herein report a case of long-term gastroparesis after the operation for necrotizing pancreatitis, which involved complex etiology and had a time duration of around 7 mo. We used choledochoscopy as a mode of treatment for debridement and drainage along with prokinetics and acupuncture combined with Dachengqi Decoction, which resulted in a good effect. We recommend integrated Chinese and Western medicine treatment over the operative therapy for gastroparesis patients.

© 2016 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Acute pancreatitis; Postsurgical gastroparesis syndrome; Intra-abdominal infection

Li S, Zhang QK, Guo X, Shang D. One case of prolonged gastroparesis following pancreatic necrosectomy. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2016; 24(1): 165-168 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/24/165.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v24.i1.165>

摘要

术后胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome, PGS)是胃术后相对常见的近期并

■背景资料
术后胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome, PGS)是腹部手术后较常见的并发症,恢复时间可长可短,严重影响患者的功能恢复和生活质量,是亟待解决的问题,准确合理的诊治PGS,可避免误诊及二次手术,减少患者痛苦,缩短住院时间。

■同行评议者
门秀丽,教授,河北联合大学(原华北煤炭医学院)病理生理学教研室;张淑坤,副研究员,南开医院急腹症研究所细胞及分子生物学实验室;江建新,教授,主任医师,湖北省肿瘤医院肝胆胰腺外科

■ 研发前沿

对于腹部术后难治性胃瘫, 手术疗效及安全性仍有待于进一步明确, 因此应慎重地选择. 针对胰腺炎术后引起的胃瘫, 更应明确病因, 选择恰当的治疗方式, 中西医结合治疗具有一定的优势.

发病, 也见于其他腹部手术. 大多数胃瘫经保守治疗效果良好, 多于术后2-3 wk恢复. 本文报道1例坏死性胰腺炎术后长期胃瘫患者, 其病因复杂, 持续时间长达7 mo. 我们应用胆道镜清创、引流、促胃肠动力药物结合复方大承气汤、针灸等治疗, 获得良好疗效. 针对术后长期胃瘫的患者, 我们提倡中西医结合治疗, 尽量避免再手术.

© 2016年版权归百世登出版集团有限公司所有.

关键词: 急性胰腺炎; 术后胃瘫综合征; 腹腔感染

核心提示: 本文报道1例坏死性胰腺炎患者因治疗不当, 术后并发多种并发症, 包括胆漏、胰漏、腹腔感染、切口疝, 胃瘫时间更是长达7 mo, 较为少见, 我们应用中西医结合治疗, 获得良好疗效, 避免了再手术干预.

李爽, 张庆凯, 郭新, 尚东. 胰腺炎术后长期胃瘫1例. 世界华人消化杂志 2016; 24(1): 165-168 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/24/165.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v24.i1.165>

0 引言

术后胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome, PGS)是指腹部手术后胃肠动力功能紊乱所致的非机械性胃排空延迟, 表现为进食后恶心、呕吐, 并无胃流出道梗阻征象, 好发于上腹部的胃及胰腺手术, 有时也见于下腹部的妇科手术等^[1]. 准确恰当的诊治PGS可避免再手术干预, 减轻患者痛苦. 本文介绍了1例中西医结合治疗坏死性胰腺炎术后长期胃瘫患者的诊治体会.

1 病例报告

患者男性, 52岁, 2014-04-01因“结石性胆管炎、急性胰腺炎、胆总管结石不排除(图1A)”于外院急诊行剖腹探查术, 术中见: 胆囊肿大、增大、张力高, 胆总管直径约1.4 cm, 胰腺体积增大、表面黑紫色、张力高、质地硬、周围血性渗出, 量约100 mL, 行胆囊切除、胆总管切开取石、T管引流、胰腺被膜切开减压、胰腺上下缘游离松解, 分别在胰腺上下缘、肝下、盆腔放置引流管各1根(图1B). 术后T管引流性状正常, 胰腺引流早期为红褐色, 后逐渐浑浊. 切口内有棕色黏稠渗液, 愈合差, 术后25 d切口裂开, 内有坏死组织渗出,

考虑胰液腐蚀所致, 后患者肝下引流及切口渗液中有胆汁色, 腹腔引流颜色较浑浊, 行T管造影示T管根部有造影剂外溢, 造影剂可进入十二指肠(图1C), 考虑胆汁漏、胰漏、腹腔感染. 患者进食后, 出现恶心、呕吐, 计算机断层扫描(computed tomography, CT)提示胃扩张、胃内大量潴留(图1D), 行上消化道造影示胃蠕动缓慢、排空延迟(图1E), 考虑为PGS, 治疗上予以空肠内营养、胃肠减压、抗感染补液等对症治疗, 治疗104 d症状无明显好转, 于2014-07-14转入大连医科大学附属一院. 患者既往胆石症病史5年, 无其他相关病史, 查体上腹部可见一长约10 cm手术瘢痕, 上段余1 cm裂开, 可见脓性渗出物, 腹部可见三处引流管, 分别为T管、肝下及胰腺上引流. 行全腹CT示肝周、脾周见弧形液体密度影, 右中腹、胰头区显影模糊, 胰腺头部增大, 与周围结构黏连(图2A). 结合患者病史、查体及相关辅助检查, 考虑为PGS合并胰漏、胆漏、腹腔感染. 治疗上给予肠内及肠外营养支持改善患者营养状态, 纠正水、电解质及酸碱紊乱, 多次行胆道镜清除坏死组织, 准确放置引流管, 通畅引流, 引流液培养示: 大肠埃希菌[超广谱β-内酰胺酶(extended-spectrum β-lactamases, ESBL)+], 切口感染处每日换药, 应用亚胺培南抗感染, 同时应用促胃动力药物多潘立酮, 口服小剂量红霉素, 中药大承气汤(净芒硝5 g冲服, 厚朴12 g、枳实12 g、大黄15 g后下)100 mL, 2次/d, 用双层纱布过滤后空肠营养管灌注, 配合针灸理疗促进胃肠蠕动, 期间多次温盐水洗胃及口服高渗造影剂减轻胃壁水肿, 治疗89 d后, 行上消化道造影示: 胃、十二指肠通畅, 可见蠕动波(图2B). 进食流食后, 患者无不适主诉, 饮食逐步恢复正常, 病情好转后出院. 术后8 mo, 患者再发切口疝, 回院行疝修补术, 恢复良好.

2 讨论

PGS是腹部手术后较常见的短期并发症, 好发于胃部及胰腺手术, 其确切病因及发病机制尚未完全清楚^[2]. 大多数胃瘫通过内科保守治疗可以治愈, 持续时间短, 但本患者持续时间近7 mo, 较为少见, 而且胃瘫原因复杂, 胰腺炎术后同时合并胆漏、胰漏、腹腔感染, 治疗较为棘手. 目前胃瘫的处理以非手术治疗为

■ 相关报道

PGS在药物治疗的选择上, 过去常选用多巴胺受体拮抗剂, 如胃复安、吗丁啉等, 但有文献报道其疗效仅有22%, 并且胃复安容易导致椎体外系症状, 现今已较少使用.

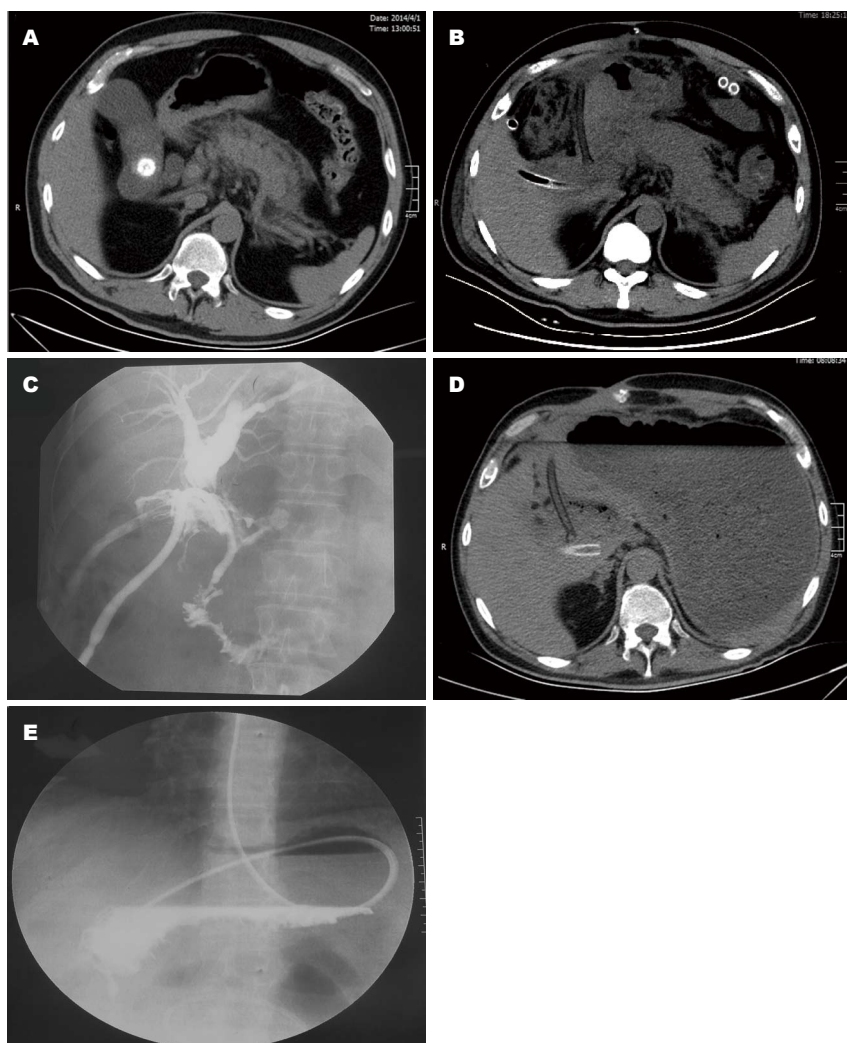


图 1 外院检查结果.

A: 全腹CT示胆囊结石, 胰周脂肪间隙模糊, 可见大片渗出影; B: 全腹CT示胰腺、胆囊术后改变, 腹腔内见管状影引流至体外; C: T管造影示肝总管漏, 左右肝管及肝总管扩张; D: 全腹CT示胃扩张、胃内大量潴留; E: 上消化道造影示胃蠕动缓慢, 排空延迟. CT: 计算机断层扫描.

创新盘点

本文报道1例坏死性胰腺炎术后患者, 其并发症多、胃瘫时间长, 较为少见, 应用多元微创化外科治疗手段联合传统的中医药, 疗效确切, 避免了再手术.

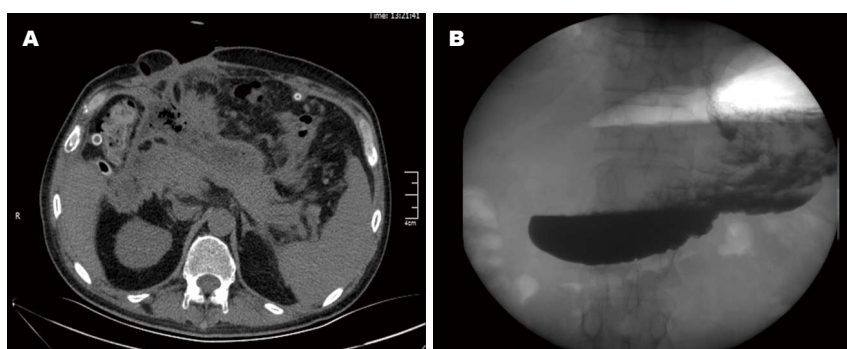


图 2 转入大连医科大学附属第一医院后

检查结果. A: 全腹CT示肝周、脾周见弧形液体密度影, 右中腹、胰头区显影模糊, 胰头部增大, 与周围结构黏连; B: 上消化道造影示胃、十二指肠通畅, 可见蠕动波. CT: 计算机断层扫描.

主, 极少数需要手术干预^[3]. 针对本病例, 我们采用了胆道镜清创联合中医中药治疗, 经验如下: (1)胆道镜清创: 经窦道置入胆道镜, 直视下进行清创, 反复生理盐水冲洗, 应用活检钳和取石网钳取脓苔及坏死脱落组织, 有利于解除局部压迫和控制感染, 清创根据具体情况反复进行; (2)引流管管理: 正确放置引流管, 通畅引流, 由于胰周积液比较黏稠而且混有坏死组织, 易堵塞引流管, 需每天检查引流

量、性状、通畅性, 发现堵塞及时疏通或换管, 并将引流液进行药敏试验, 指导合理应用抗生素; (3)应用促进胃肠动力的药物, 除多潘立酮、甲氧氯普胺外, 红霉素能与胃动素的受体结合而发挥胃动素效应^[4]; (4)中医中药治疗: 腹部手术后脾胃受损, 胃腑瘀滞, 气机不畅, 胃失和降, 脾失健运, 加之脉络损伤、气滞血瘀、中焦受阻、腑气不通, 以致出现腹部胀满、食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、便秘

应用要点

PGS是一种功能性疾患, 在除外机械性梗阻后, 治疗的耐心十分重要. 针对长期胃瘫的患者, 应用中西医结合治疗效果确切, 是一种可靠实用的治疗方法.

■ 同行评价

本文详细报道了1例坏死性胰腺炎术后长期胃瘫患者的中西医结合治疗体会, 有一定的可读性和参考价值。

等症状, 治疗原则是“以通为用”, 复方大承气汤行气活血、燥湿消痰、润肠通便, 通里攻下, 针刺双侧太冲、合谷、足三里、曲池穴, 能健脾和胃, 调理气机, 可对胃肠平滑肌有双向调节作用^[5]。而且在治疗过程中需耐心向患者解释, 消除其紧张情绪, 有利于病情恢复。正确把握重症急性胰腺炎外科干预的时机、指征及方式, 对患者预后至关重要, 结合病因、病程和患者的具体情况, 采用经皮穿刺引流和腹腔灌洗等微创治疗手段, 优于开腹胰腺坏死组织清创术^[6,7]。我们提倡多元微创化手段, 包括微创腹腔灌洗, 多镜联合(腹腔镜、胆道镜、十二指肠镜), 介入治疗[经皮肝穿胆道引流术(percutaneous transhepatic cholangio drainage, PTCD)/经皮经肝胆囊穿刺置管引流术(percutaneous transpepatic gallbladder drainage, PTGD)], 联合中医药治疗, 可以获得确切的治疗效果。本例患者的手术时机、干预方式与术后引流管的管理均有待完善, 因此出现并发症多、胃瘫持续时间长、治疗十分棘手的局面, 后续治疗的关键在于彻底的清创引流, 应用促胃肠动力药物, 配合中医中药的治疗, 获得了满意的疗效, 避免了再次手术干预,

提示中西医结合治疗PGS是一种切实有效的方法。

3 参考文献

- 1 Cheong KB, Zhang JP, Huang Y. The effectiveness of acupuncture in postoperative gastroparesis syndrome--a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2014; 22: 767-786 [PMID: 25146082 DOI: 10.1016/j.ctim.2014.05.002]
- 2 Dong K, Yu XJ, Li B, Wen EG, Xiong W, Guan QL. Advances in mechanisms of postsurgical gastroparesis syndrome and its diagnosis and treatment. *Chin J Dig Dis* 2006; 7: 76-82 [PMID: 16643334]
- 3 Camilleri M, Parkman HP, Shafi MA, Abell TL, Gerson L. Clinical guideline: management of gastroparesis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 18-37; quiz 38 [PMID: 23147521 DOI: 10.1038/ajg.2012.373]
- 4 石刚, 吴硕东. 促胃肠动力药的作用机制及临床应用研究进展. *世界华人消化杂志* 2006; 14: 189-196
- 5 陈生贵, 黄琼芳, 张福鑫, 张乙川, 李劲, 李金龙. 中药预防腹部手术后胃瘫. *中国中西医结合外科杂志* 2014; 16: 53-54
- 6 Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1400-1415; 1416 [PMID: 23896955 DOI: 10.1038/ajg.2013.218]
- 7 孙备, 李鹏, 姜洪池. 重症急性胰腺炎术后并发腹腔残余感染出血结肠瘘. *中国实用外科杂志* 2010; 30: 811-813

编辑: 郭鹏 电编: 都珍珍

