

· 研究简报 · 文章编号 1000-2790(2005)05-封2-01

十二指肠营养管在食管贲门癌治疗中的应用

李晓明 杨军 李学兆

(南阳医专附属医院胸外科, 河南 南阳 473058)

【摘要】目的:探讨十二指肠营养管在食管贲门癌手术患者治疗中的应用价值。方法:选择1993年以来的1972例应用十二指肠营养管的食管癌、贲门癌患者作为实验组,术中在经术前留置的胃管引导下放置十二指肠营养管。取1987/1993年654例未应用十二指肠营养管的食管贲门癌患者作为对照组进行对比。结果:研究组1972例患者有32例术后发生吻合口瘘,发生率1.62%。经禁食、营养管持续滴注要素饮食,并加强换药,吻合口瘘均得以治愈;对照组患者术后有26例发生吻合口瘘,发生率3.97%,12例得以治愈,其余14例患者术后在1~3 mo内衰竭死亡。研究组患者手术后营养不良相关并发症的发生率远远低于对照组,而且患者术后营养状况明显优于对照组。结论:对食管贲门癌手术患者采用术中引导置入十二指肠营养管,术后早期自十二指肠营养管注入管饲饮食、口服药物以及术后发生吻合口瘘、幽门排空障碍时使用,取得了满意效果。

【关键词】十二指肠营养管,食管癌,贲门癌

【中图分类号】R735.1 **【文献标识码】**A

0 引言 外科手术患者的营养状况,是手术治疗能否成功的重要因素之一。特别是有胃肠重建的患者,营养问题直接关系到手术的成败。我们自1993年以来,对食管贲门癌手术患者采用术中引导置入十二指肠营养管,术后早期自十二指肠营养管注入管饲饮食,并开展相关研究,取得了非常满意的效果。

1 临床资料 1993年以来应用十二指肠营养管的食管贲门癌患者1972例(男1086,女886)例,年龄36~82(平均48.5)岁,病史20 d~8 mo,平均3 mo。其中合并营养不良者112例,脱水、电解质紊乱者65例,肝肾功能不全者86例,存在心肺疾病者253例。1987/1993年未应用十二指肠营养管的食管贲门癌患者654例作为对照组。研究组在手术中经术前留置的胃管引导下放置十二指肠营养管和胃管。十二指肠营养管系自制的头端带有侧孔和引导小糖球的软质细硅胶管,小糖球直径约1 cm,硅胶管内径在3 mm左右。手术前将十二指肠营养管和胃管经高压蒸汽灭菌备用;手术中在吻合口缝合加固前,在术前留置的胃管引导下引出十二指肠营养管和胃管,并加以固定,远端在糖球引导下越过幽门,放置在十二指肠内。术后数小时即可自营养管注入常用的化痰口服液、氯化钾口服液等药物,24 h即可注入管饲饮食。术后根据病情,可自营养管注入降压药、抗心律失常药等不同的药物。术后当患者发生吻合口瘘时可自营养管继续注入管饲饮食或要素饮食作为主要营养方式,结合胃肠减压及抗感染治疗至吻合口瘘愈合为止。术后发生幽门排空障碍(胃瘫)时,经营养管注入管饲饮食的同时,结合洗胃等对症治疗,直至患者幽门排空障碍

解除,正常经口进食。术后患者经口进食后,营养管头端所带小糖球经消化液浸泡,直径常增大至1 cm左右,在术后2 wk拔除营养管时,糖球能扩张消化道的狭窄部位,对于存在吻合口狭窄的患者能起到很好的扩张吻合口的作用。结果研究组1972例患者有32例术后发生吻合口瘘,发生率1.62%。经禁食、营养管持续滴注要素饮食,并加强换药,吻合口瘘均得以治愈;对照组患者术后有26例发生吻合口瘘,发生率3.97%,12例得以治愈,其余14例术后在1~3 mo内衰竭死亡。研究组中有36例发生幽门排空障碍,发生率1.93%。经营养管注入管饲饮食既能满足营养需求,均未另行造瘘而获痊愈,而在对照组中有12例发生幽门排空障碍,发生率1.83%,其中9例行空肠造瘘术。研究组吻合口瘘发生率大大低于对照组,而两组幽门排空障碍发生率相近,但研究组均不需行造瘘手术而获痊愈。研究组手术后营养不良相关并发症的发生率远远低于对照组。

2 讨论 ①食管贲门癌术后早期营养支持十分必要,目前主要途径有肠内营养和肠外营养两种。如果肠道有功能,应用肠内营养,这是我们在临床营养实践中应遵循的原则^[1]。肠内营养由于其氮利用率高,能维护肠道屏障功能的完整,促进胃肠功能恢复,而且又经济、安全、操作简便、易于管理,因而日益受到重视,其在胸部手术后的重要作用也日益突出^[2]。②肠道是人体最大的免疫器官,是人体继血脑屏障、胎盘屏障之后的第三道屏障,因此,肠道营养缺乏,首先是使肠道发生营养不良,导致免疫功能低下,继发菌群移位、黏膜萎缩,单纯的静脉营养往往不能避免;肠道的过久闲置,还会因胆汁淤积,加重黏膜萎缩,继发吸收不良综合征^[3,4]。麻醉手术导致的肠道麻痹是暂时的,小肠的活动和吸收功能一直存在,只要采用有效的胃肠减压,术后第1日就可以经肠道供给营养。③胃肠道肿瘤患者由于能量消耗增加而营养底物摄入不足,常出现营养不良所致的免疫系统功能下降,肿瘤本身也可产生一些免疫抑制因子加重免疫功能下降。手术后,分解代谢增加可加重营养不良,手术创伤也使机体处于免疫抑制状态^[5]。肠内营养和肠外营养相比,更有利于改善胃肠道肿瘤患者的免疫功能和降低感染并发症的发生^[6]。④食管贲门癌患者多系老年患者,术前存在着心肺、肝肾等脏器疾患,术后对症处理相关疾病,并发症的时候又常常需用到口服药物,自营养管注入这些药物是非常方便的,而且药物直接注入十二指肠内,起效快。⑤对于术后并发症的处理上,营养管有着更为优越之处。当患者术后发生吻合口瘘、幽门排空障碍时,使用营养管可保证患者的营养供应,大大降低患者的治疗费用。食管贲门癌患者术后吻合口狭窄的发生率较高,营养管拔除时能起到很好的扩张作用。

【参考文献】

- [1] 李新元,黎介寿. 肠内营养支持的进展[J]. 江苏临床医学杂志, 2002, 16(2): 90-95.
- [2] Vinnars E. 临床营养的五十年回顾[J]. 中国临床营养杂志, 2002, 10(2): 73.
- [3] 黎介寿. 营养支持应用于胃肠外科的经验[J]. 中华普通外科杂志, 2000, 15(3): 172-173.
- [4] Pomposelli JJ, Flores E, Hirschberg Y, et al. Short-term TPN containing n-3 fatty acids ameliorates lactic acidosis induced by endotoxin in guinea pigs[J]. *Am J Clin Nutr*, 1990, 52(3): 548-552.
- [5] 冯灵,顾悼云. 脂肪乳对围手术期胃肠道肿瘤患者的细胞免疫功能的影响[J]. 中国临床营养杂志, 1998, 6(6): 7-10.
- [6] 唐朝晖,胡元龙. 胃肠肿瘤患者术后早期肠内营养支持对机体细胞免疫的影响[J]. 中国临床营养杂志, 1999, 7(4): 165-168.

收稿日期 2005-01-10; 修回日期 2005-02-02

作者简介 李晓明(1964-)男(汉族),河南省南阳市人,大学本科,副主任医师。Tel.(0377)3328371 Email.laolang_377@126.com

编辑 袁天峰