

· 短篇报道 ·

经皮内镜下胃造口 - 空肠置管术 在胰头癌致胃十二指肠梗阻中的应用

马龙滨 杜建华^① 范锦辉 赵志强 王宝民 李 宾 何 津 王新元

(华北煤炭医学院附属人民医院肝胆外科, 唐山 063001)

【内容摘要】 2003 年 3 月 ~ 2005 年 4 月治疗胰头癌致胃十二指肠梗阻 7 例, 局麻下胃镜引导拖出法完成一次内镜引导下经皮胃造瘘减压术 (percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG) 与内镜引导下十二指肠置管营养术 (percutaneous endoscopic jejunostomy, PEJ), 术后通过 PEG 胃肠减压, PEJ 营养。术后住院 5 ~ 9 d。第 2 天经 PEJ 喂养, PEG 管引出胃液 200 ~ 1000 ml/d。7 例随访期无恶心、呕吐。1 例术后 3 个月 PEJ 管阻塞, 取出 PEJ 管冲洗通畅后重新放入, 其余 6 例术 PEJ 管道通畅。5 例死亡, 2 例随访至 10 个月仍存活。

【关键词】 胃十二指肠梗阻; 经皮内镜下胃造口空肠置管术; 胃空肠吻合术

中图分类号: R656.6

文献标识: D

文章编号: 1009 - 6604(2007)05 - 0497 - 01

胰头癌致胃十二指肠梗阻的传统治疗方法需开腹行胃空肠吻合术解决饮食问题, 手术风险大, 创伤大, 术后恢复慢, 有吻合口漏风险。内镜引导下经皮胃造瘘减压术 (percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG) 与内镜引导下十二指肠置管营养术 (percutaneous endoscopic jejunostomy, PEJ) 操作简单^[1,2], 仅需局麻, 安全, 简单。2003 年 3 月 ~ 2005 年 4 月, 我们联合应用 PEG 与 PEJ 治疗 7 例胰头癌致胃十二指肠梗阻, 效果满意。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 7 例, 均为无法切除的胰头癌致胃十二指肠梗阻, 均有恶心、呕吐、不能进食。男 4 例, 女 3 例。年龄 47 ~ 70 岁, 平均 58.5 岁。5 例术中病理证实为胰头腺癌, 无法切除, 行胆肠内引流术, 术后 3 个月出现上消化道梗阻症状, 经上消化道造影证实为胃十二指肠梗阻; 2 例术前经上消化道造影证实为胃十二指肠梗阻, 胰头癌侵及胃窦部。

1.2 方法

应用 Gauderer 创建的“拉出”法^[3]。术前镇痛, 左侧位, 先以胃镜观察食管与胃有无病变, 胃镜下适当胃腔充气, 使胃腔前壁顶向腹壁。仰卧位, 胃镜下胃体部无血管区经局麻皮肤刺入导线粗针。经粗针插入外拉导线, 与 PEG 管固定。胃镜辅助下由腹部刺入处拉出 PEG 管, 拉紧使 PEG 管内固定片将胃与腹壁紧贴, 皮肤固定盘固定 PEG 管。胃镜观察 PEG 管位置, 有无出血。胃镜引导下经 PEG 管放入 PEJ 管过梗阻段入第一段空肠。PEG 管接胃肠减压, PEJ 管接空肠营养袋, 术毕。

2 结果

手术时间 10 ~ 30 min, 平均 20 min。1 例术后第 2 天 PEG 管旁渗漏, 调整订管固定盘片与腹壁接触的松紧度后, 渗漏消失。24 h 内禁食水, 第 2 天小量经 PEJ 喂养, 以后逐渐增加。每天创口部消毒, PEG 管引出胃液 200 ~ 1000 ml/d, 恶心、呕吐症状缓解。术后住院 5 ~ 9 d, 平均 7 d。7 例随访期无恶心、呕吐等不适。1 例术后 3 个月 PEJ 管阻塞, 取出 PEJ 管冲洗通畅后重新放入, 其余 6 例术 PEJ 管道通畅。5 例死亡, 其中 3 例 8 ~ 9 个月死于肝转移, 1 例 10 个月死于全身转移, 1 例死于其他疾病。2 例随访至 10 个月仍存活。

3 讨论

胰头癌致胃十二指肠梗阻主要症状是恶心、呕吐、不能进食, 需长期胃肠减压, 严重影响患者生活质量。针对肠内营养的输注途径^[4], PEG + PEJ 是胰头癌致胃十二指肠梗阻需要长期非经口肠内营养支持的首选方法^[5,6]。本组 7 例均在局麻内镜引导下置管一次成功, 1 例术后第 2 天出现 PEG 管旁渗漏, 调整订管固定盘片与腹壁接触的松紧度后, 渗漏消失。1 例术后 3 个月 PEJ 管阻塞为营养液黏稠所致, 取出 PEJ 管通畅后重新放入。无吸入肺炎发生, 这与 PEG 管有效的胃肠减压, PEJ 管未经鼻咽部有关。PEG + PEJ 空肠营养效果确切, 营养管位置便于调整易更换, 无需开腹手术, 创伤小, 住院时间短, 经济, 安全, 易被患者及家属接受。PEG 起到胃肠减压作用, 减少患者呕吐, 避免电解质失衡及胃液滞留, 易于家庭护理; 经 PEJ 空肠营养操作简单, 护理方便, 市售营养制剂品种繁多, 家属乐于接受, 便于选择, 完全能满足患者营养需要, 显著改善患者生活质量。

本技术禁忌证为胰头癌晚期预计生存少于 3 个月, 严重低蛋白血症、胃壁肿瘤或腹壁肿瘤患者应慎重。术前应告之此喂养为非经口喂养, 患者无咀嚼味觉感, 以取得他们的认同^[7]。术前须经上消化道造影证实十二指肠梗阻为不完全梗阻。

参考文献

- 1 江志伟. 晚期癌症患者肠梗阻的临床处理. 实用临床医药杂志, 2003, 7(3): 314 - 316.
- 2 叶晓芬, 喻剑峰, 靖陕零, 等. 经皮内镜胃造瘘术的临床应用. 中华消化内镜杂志, 2002, 19: 106 - 107.
- 3 Gauderer NW, Ponsky JL, Izant RJ Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg, 1980, 15(6): 872 - 875.
- 4 黄洁夫. 腹部外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 319 - 322.
- 5 Nicholson FB, Korman MG, Richardson MA. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a review of indications, complications and outcome. J Gastroenterol Hepatol, 2000, 15: 21 - 25.
- 6 Pothuri B, Montemarano M, Gerardi M, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with malignant bowel obstruction due to ovarian carcinoma. Gynecol Oncol, 2005, 96(2): 330 - 334.
- 7 Pennington C. To PEG or not to PEG. Clin Med, 2002, 2: 250 - 225.

(收稿日期: 2006 - 01 - 23)

(修回日期: 2006 - 06 - 23)

(责任编辑: 王惠群)

① (河北省唐山市丰润区人民医院普外科, 唐山 064000)