

早期進食後傾倒症候群

吳秋文 台北榮民總醫院一般外科主任
國立陽明大學外科教授

魏先生是一位 62 歲電腦工程師，因胃中部癌而接受次全胃切除及畢羅氏第二式 (Billroth II) 殘餘胃與空腸吻合術，手術後恢復順利出院返家休養。魏先生平日飲食習慣是邊吃飯邊喝湯或飲料，不料在進食後 10~20 分鐘後發生腹脹、噁心、腹部絞痛、暈厥、虛弱、出汗，立即平躺後才減緩症狀。經過醫護人員指導，用餐方式改為少量多餐，在餐前或餐後半小時才飲用液體，情況大為改善。

魏先生的情形稱之胃切除後的「早期進食後傾食症候群」。主要原因是胃排空的速度太快。正常人進食後，食物進入胃，胃肌肉蠕動將食物搗碎、攪拌，同時胃壁上的腺體開始分泌胃液幫助消化食物，約 3~4 小時後，食物呈液體狀，以每分鐘約 10cc~15cc 的速度送入小腸，作進一步的消化吸收。在正常的情況下胃液可將食物稀釋，避免高濃度（高張力）的食物進入小腸。但在胃切除後，幽門把關的功能消失，食物來不及和胃液充分混合就排入小腸。殘餘胃排空食物時間約 10 至 30 分鐘，有些病人殘餘胃排空食物的速度更快在 3 至 5 分鐘。實際上在 X 光透視下也可觀察到鉭劑快速通過。所幸大部分病人在躺下休息時，殘胃排空食物的速度可明顯減緩。因此胃部手術後的病人飯後如能休息（平躺或半坐臥均可）10 至 20 分鐘，延長食物在胃排空時間，除了可以避免傾食症候群，另一方面也可以增加養分吸收時間，保持營養。雖然食物在消化道上部排空太快導致病人傾食症候群發生。但根據研究整個食物通過全胃腸道的時間，無論做過畢羅氏第一或第二式吻合術，全部一樣。因此手術的方式並不影響食物通過整個腸胃道的時間。實際上，上述未經胃液充分混合稀釋的食物進入上端小腸（即空腸），由於是高濃度食物導致身體體液滲入空腸，稀釋這些的食物，造成體循環體積不夠，病人因而暈厥、虛弱、脈搏加快、出冷汗等症狀。這樣看來，造成傾食症候群主要是空腸內有高濃度食物。因此有些病人雖然胃沒接受手術，也會有傾食症候群。而胃手術後的病人，由於食物無法在胃內部研磨，加上排空太快造成食物沒時間被胃液稀釋，引發一連串腸胃、心臟血管循環方面症狀。所以胃癌手術後病人應細嚼慢嚥，讓食物在口中搗碎，並和口腔唾液攪拌吞入胃後，藉由半躺延長胃排空時間，增加胃液和食物混合機會，這樣可避免傾食症候群。

萬一有傾食症候群發生，大部分病人可以飲食調節控制，食物主要為蛋白質，脂肪及少量醣份，避免同時飲用和食物等量的飲料或湯汁。最好能在飯後才喝湯或飲料，必要時可請營養師指導。根據我們的臨床經驗，國人發生傾食症候群的很少。西方國家病人較常發生，即便這樣三分之二的病人亦可不藥自癒，二分之一病人五年內會痊癒，有些病人則長達七年症狀才消失。最常發生的時段是剛手術

後之一段期間，經過慢慢的自我調整適應約半年後就很穩定。國外文獻報告，傾食症候群如不能控制，必須以手術矯正。目前為止，筆者尚未碰到需手術矯正的傾食症候群病人。

（摘自聯合報 民國八十八年十月二十日）