

文章编号:1005-6947(2008)10-1039-03

· 临床报道 ·

腹部手术后肠外瘘临床分析

罗运生, 夏涛, 李威

(广西柳州市人民医院 胃肠外科, 广西 柳州 545001)

摘要:目的 探讨腹部手术后肠外瘘的原因及诊治方法。方法 对2年余收治的腹部手术后肠外瘘28例患者的临床资料进行回顾性分析。其中十二指肠瘘5例,回肠瘘3例,结肠瘘13例,直肠瘘7例。术后4~9d发生肠外瘘22例(78.6%)。结果 肠外瘘的原因:肠管感染性伤口缝合后愈合不良9例,缝合操作不当7例,吻合口血运障碍6例,结肠癌合并肠梗阻3例,营养不良2例,吻合口远端梗阻1例。非手术治疗22例(78.6%),21例(95.5%)治愈;手术治疗6例(21.4%),3例(50%)治愈,其中2例(1例瘘口远端肠梗阻,1例末端回肠瘘口外置)后期(肠瘘3~6个月)行确定性手术。本组共4例(14.3%)死亡。结论 腹部手术后肠外瘘的原因既有局部因素,也有全身因素,既有疾病本身客观因素,也有医源性因素。大部分肠外瘘经非手术治疗可治愈。只要正确掌握肠外瘘手术指征和时机,后期确定性手术效果较好。

[中国普通外科杂志,2008,17(10):1039-1041]

关键词: 肠瘘/治疗;腹部手术/并发症;预后

中图分类号: R 656

文献标识码: B

肠外瘘是腹部手术后严重并发症之一,给患

者带来极大痛苦,其病死率至今仍在15%~20%^[1]。为探讨腹部手术后肠外瘘的原因及提高其诊治水平,笔者对我院胃肠外科自2006年1月—2008年3月收治的28例腹部手术后肠外瘘患者的临床资料进行回顾性分析,报告如下。

收稿日期:2008-05-05; **修订日期:**2008-10-13。

作者简介:罗运生,男,广西柳州市人民医院副主任医师,主要从事胃肠肿瘤的临床方面的研究。

通讯作者:罗运生 E-mail:huandafu@yeah.net

近年来,随着认识水平的提高,克罗恩病病例越来越多,本组中有14例胃镜、结肠镜检查正常,而小肠镜下发现病变,说明克罗恩病可单纯累及小肠。临床医生对无明显诱因出现消化道出血患者,胃镜、结肠镜未找到病因时,要考虑小肠克罗恩病的可能性^[8]。

值得注意的是,本组病例发现有6例小肠寄生虫病,其中钩虫病4例,蛔虫病2例,国内也有相关报道^[9]。主要表现为贫血、脐周疼痛及大便隐血实验持续阳性,追问病史或有赤脚田地间劳作,或有不洁饮食习惯,提示小肠寄生虫病不容忽视,劳动时应注意防护,注意饮食卫生。

参考文献:

- [1] 刘志坚,伍姗姗,胡伟,等.原发性空肠回肠肿瘤43例临床分析[J].实用临床医学,2005,6(2):26-27.
- [2] Yamamoto H, Sugano K. A new method of enteroscopy the

- double balloon method[J]. Can J Gastroenterol, 2003, 17(4):273-274.
- [3] Sun B, Rajan E, Cheng S, et al. Diagnostic yield and therapeutic impact of double-balloon enteroscopy in a large cohort of patients with obscure gastrointestinal bleeding[J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(9):2011-2015.
- [4] 章士正,任小军.应用现代医学影像技术提高小肠疾病诊断水平[J].中华医学杂志,2005,85(5):301-302.
- [5] 秦华东,张东伟,杨维良.胃肠道间质肿瘤29例临床分析[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(2):139-141.
- [6] 唐伟,汪良.原发性小肠肿瘤53例临床分析[J].中国肿瘤临床,2007,34(6):344-345.
- [7] 袁维堂.有并发症的成人Meckel憩室的急诊手术治疗:附29例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(4):268-230.
- [8] 余梦楠,叶萍.小肠克罗恩病一例报告[J].第二军医大学学报,2006,27(27):762.
- [9] 付峻林,叶华曦,熊锋宝,等.双气囊电子小肠镜检查小肠疾病62例[J].世界华人消化杂志,2007,15(25):2750-2753.

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男23例,女5例;年龄16~80(平均52.4)岁。高位肠痿5例,其中1例外伤性十二指肠破裂,行十二指肠破裂修补及空肠造痿术,术后出现十二指肠和空肠造痿处肠痿;3例十二指肠球部溃疡穿孔修补术后痿;1例胃癌术后十二指肠残端痿。低位肠痿23例,其中结肠癌根治术后吻合口痿9例,直肠癌根治术后吻合口痿7例,阑尾炎术后阑尾残端痿2例,粘连性肠梗阻术后回肠痿1例,外伤性升结肠破裂、回肠末端破裂修补术后肠痿各1例,回肠部分切除术后吻合口痿1例及胃癌根治术后横结肠痿1例。肠外痿的原因:肠管感染性伤口缝合后愈合不良9例,缝合操作不当7例,吻合口血运障碍6例,结肠癌合并肠梗阻3例,营养不良2例,吻合口远端梗阻1例。术后发生肠痿时间3~35 d,其中22例于术后4~9 d发生,占78.6%。

1.2 临床表现

本组23例低位肠痿均表现为腹腔引流管或腹部切口流出黄色浑浊粪便样液体;5例高位肠痿表现为腹腔引流管引出棕黄色胆汁样液体。11例伴有局限性腹膜炎和发热,4例伴有弥漫性腹膜炎和发热,13例无腹膜炎和发热。3例发生肠痿前有便血或血性引流液等表现,2例高位肠痿因消化液腐蚀痿管周围组织而出血,出现血性引流液。高流量痿9例(痿液量 > 500 mL/d),低流量痿19例(痿液量 < 500 mL/d)。20例白细胞及中性粒细胞增高,8例白细胞及中性粒细胞正常。6例行B超、CT检查示腹腔液性或混合性包块,4例用泛影葡胺经腹壁痿口造影,2例行消化道造影,了解肠痿的部位、周围粘连包裹腔隙大小及痿口远端肠管是否通畅等。

1.3 治疗方法

1.3.1 非手术治疗 22例(78.6%)。包括抗感染、腹腔引流、营养支持、禁食、胃肠减压、生长抑素等。不同类型的肠外痿,其非手术治疗措施有所不同。5例高位肠痿均予禁食、胃肠减压,使用生长抑素(思他宁),加强以全胃肠外营养(TPN)为主要的营养支持。低位肠痿如术后6 d发生,多数病例未禁食,予流质、半流质饮食;如术后6 d内发生,多数低位肠痿早期禁食,加强TPN。生长抑素主要用于高位肠痿。本组病例均加强抗感染及腹腔双腔引流管负压冲洗引流。

1.3.2 手术治疗 6例(21.4%)。包括肠痿早期行腹腔感染病灶清除、清洗、腹腔引流4例,肠痿后期行确定性手术治疗2例,其中1例为粘连性肠梗阻术后小肠痿,痿口远端肠梗阻,经非手术治疗6个月,痿口不能愈合,方行肠痿部分肠切除吻合术。另1例为外伤性末端回肠破裂,修补术后肠痿,早期行末端回肠痿口外置引流,3个月前行肠痿部分肠切除吻合术。

2 结果

非手术治疗22例中21例(95.5%)治愈,1例死亡(肝曲结肠癌术后吻合口痿,1年后因严重营养不良、腹腔和肺部感染、多器官衰竭而死亡)。非手术治疗愈合时间为7d至8个月;其中1个月内愈合15例(71.4%),1~3个月愈合3例(14.3%),3~6个月愈合2例(9.5%),8个月愈合1例(4.8%)。手术治疗6例中2例行肠痿后期确定性手术治疗均愈合;4例行腹腔感染病灶清除、引流,1例愈合,3例死亡,均因腹腔严重感染、脓毒血症、严重营养不良、多器官衰竭而死亡,其中1例为外伤性十二指肠破裂,行十二指肠破裂修补及空肠造痿术,术后出现十二指肠和空肠造痿处高流量肠痿;2例为十二指肠球部溃疡穿孔修补术后高流量肠痿。本组共4例死亡,病死率14.3%(4/28)。死亡病例中3例为高位肠痿,1例为低位肠痿。

3 讨论

术后肠外痿的发生存在多方面因素,如肠管感染性伤口缝合后愈合不良、缝合操作不当、吻合口血运障碍、结肠癌合并肠梗阻、吻合口远端梗阻及营养不良等,既有局部因素,也与全身情况密切相关,既有疾病本身客观因素,也有医源性因素,应高度重视,积极预防,尽可能减少肠外痿发生。

本病的诊断一般较容易,患者常有反复发热,局限性或弥漫性腹膜炎,一旦腹腔引流管或腹部切口流出胃肠液、食物残渣、粪便样物,或腹壁经久不愈的伤口排出肠液或肠道气体,则肠外痿诊断基本明确。对诊断有一定困难者,可行消化道造影或经腹壁痿口造影,协助诊断。

肠外痿一般可先行非手术治疗,非手术治疗无效时应适时手术治疗。治疗措施包括:

(1)营养支持 肠外痿患者应加强营养支持治疗,补充足够液体、热量,适当补充血浆、白蛋

白、免疫球蛋白等。在肠外瘘早期,加强 TPN,一旦瘘口周围初步形成粘连包裹,在引流通畅前提下,尽早恢复肠内营养(EN),更有利于改善患者的营养状态,对防止肠道黏膜萎缩、肠菌群移位,及长期静脉置管导致的导管综合征有积极意义^[2],也有利于减少患者的费用。TPN 与 EN 应有机地结合,相辅相成。

(2)生长抑素治疗 生长抑素能减少胃肠液的分泌,降低分泌液中消化酶的浓度,有利于促进瘘口愈合。文献报道,先控制感染和采用 TPN 后再用生长抑素,管状瘘的治愈率为 88.2%,而未用生长抑素组的治愈率为 48.1%^[3]。本组高位肠瘘均用思他宁,使大部分患者胃肠道消化液分泌减少,肠瘘漏出液减少。但部分患者应用生长抑素后,肠瘘漏出液量减少不明显,可能是手术创伤刺激及感染未控制等原因所致。

(3)控制感染 研究显示,脓毒症合并营养不良是肠外瘘导致死亡的主要原因^[4]。本组死亡4例皆因肠外瘘引起腹腔严重感染,继发脓毒症,严重营养不良,多器官衰竭所致。故认为控制感染是降低肠外瘘病死率的非常重要的措施。为此,对肠外瘘患者应进行有效的腹腔引流和合理使用抗生素。抗生素选择原则,开始可根据肠外瘘早期临床表现和一般规律,经验性选用广谱抗生素,然后根据肠瘘脓液细菌培养和药物敏感试验结果和疗效,及时调整。如培养出真菌,则予抗真菌治疗。对肠瘘进行及时有效引流对控制感染至关重要,是肠外瘘非手术治疗的一项基本措施。本组多采用双腔引流管进行腹腔引流,一管接生理盐水持续滴入冲洗,另一管接负压引流,进行双腔负压持续冲洗引流。双腔引流管具有易保持引流通畅,不易堵塞的优点。大部分腹部手术后肠外瘘,经双腔引流管引流后,瘘口周围污染较局限,通过上述治疗措施大部分肠外瘘可痊愈,不需手术。本组 28 例肠外瘘中 21 例(75%)经非手术治疗痊愈,愈合时间大多在 1 个月以内(71.4%)。

(4)适时的手术治疗 肠外瘘手术包括非确

定性手术和确定性手术。对肠外瘘行腹腔感染病灶清除、清洗、腹腔引流等属于非确定性手术。本组有 4 例。针对肠瘘口行肠瘘缝合修补或肠瘘切除吻合属于确定性手术,包括早期确定性手术和后期确定性手术。一般不主张早期行确定性手术。原因是早期肠外瘘腹腔感染明显,肠瘘处肠祥组织不健康,炎症水肿明显,愈合能力差,如行肠瘘缝合修补或肠瘘切除吻合,伤口难以愈合,易致手术失败。本组无 1 例早期确定性手术。邓维成等^[5]报道了 4 例肠外瘘一期行肠切除吻合术和修补术,其中 2 例手术失败而死亡,故应把手术作为治疗肠外瘘一系列措施中的最后选择。

对于经过充分腹腔引流,抗感染及营养支持等非手术治疗不能治愈的肠外瘘,如瘘的远端有梗阻,唇状肠瘘黏膜外翻,肠管断裂等,一般在肠外瘘发生 3~6 个月后进行肠瘘后期确定性手术。手术原则为恢复肠管连续性,尽可能切除肠瘘及瘘管,松解粘连,解除肠瘘远端梗阻,以血运良好、组织健康的肠祥行端端吻合。常用手术方式有:肠瘘部分肠切除吻合术、肠瘘瘘口处肠壁局部切除缝合术及肠祥浆膜覆盖修补术等。应根据患者的具体情况选择。本组 2 例行肠外瘘后期确定性手术,均采用肠瘘部分肠切除吻合术,效果良好。

参考文献:

- [1] 任建安,黎介寿. 肠瘘治疗的现状及发展趋势[J]. 中国实用外科杂志,2002,22(1):32-33.
- [2] 朱朝庚,陈道瑾,刘初平,等. 十二指肠外瘘 8 例的诊治[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(12):950-951.
- [3] 黎介寿,任建安,尹路,等. 肠外瘘的治疗[J]. 中华外科杂志,2002,40(2):100-103.
- [4] AmyRE, JosefEF. Current management of enterocutaneous fistula[J]. J Gastrointest Surg, 2006, 10(3):455-464.
- [5] 邓维成,陈学金,丁国剑,等. 胃肠手术后并发肠外瘘 21 例分析[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(4):313-314.