

结肠瘘 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E7_BB_93_E8_82_A0_E7_98_98_c22_301981.htm 名称结肠瘘所属科室消化

内科病理 由于肠瘘形成的原因不同，瘘口的大小和长短差别较大，根据肠瘘形态不同，大体将结肠瘘分为3类：

完全瘘：多由于手术造成，肠腔全口外翻，露出腹壁外，肠内容物全部或绝大部分由瘘口流出。

管状瘘：可为病理性或手术后，尤其是腹腔引流管硬，压迫结肠所引起的肠坏死形成的瘘，管口小而瘘管长，肠内容物大部分流入瘘口远端的肠管内，仅小部分从瘘口流出体外。

唇状瘘：多为创伤所致，肠管紧贴腹壁，肠粘膜的一部分翻出瘘口处，肠内容物部分由外瘘口流出体外，部分流入远端肠道内。结肠上的瘘口可为单个，亦可为多个，腹壁上的瘘外口也可为单发或多发。

手术或外伤引起的肠瘘，虽然初起时为单个瘘，但有时因腹壁切口裂开，肠袢外露，因感染、水肿严重、换药时损伤或肠腔压力形成多个瘘口。结肠外瘘是低位瘘，其危害的严重性是：一方面腹腔感染，造成严重的腹膜炎，其次是水电解质的丢失及营养不良。临床表现 结肠损伤、炎症或肿瘤等结肠修补或肠切除吻合术后，发生吻合口裂开漏液，多发生在手术后4~5日，手术后开始有腹痛减轻，后又出现持续性腹痛加重，往往伴有毒血症，如体温升高，腹部压痛、反跳痛与腹肌紧张也日渐加重，这时应首先考虑腹腔感染，或有形成肠瘘的可能。

腹部切口哎呀引流口内有肠内容物流出，是肠瘘的可靠证据，但准确判定瘘内口的部位比较困难。一般来说，回肠瘘流出物多呈黄色米粥样或稀糊状，结肠瘘排出物为半成形或不成形粪便辅助检查1.口服活性炭粉或从胃管注

入美蓝溶液，伤口流出炭粉或蓝色液体，证实有肠瘘存在，根据口服或注入药物后至经瘘口排出所需时间，亦可帮助确定瘘内口的部位。

2.X线检查 复查腹腔立位平片，可见膈下游离气体增加，也可证实有肠瘘存在的可能。（膈下在手术后可残渣余孽存积气，但应逐渐减少）。

3.瘘管造影 如有瘘管，可经瘘管插入导管注入造影剂，可以帮助了解肠瘘是否存在及部位、大小、瘘管走行方向以及四周肠管情况等。

4.胃肠钡剂检查 有助于了解瘘的部位、瘘的大小及瘘远端有否梗阻等。

5.B型超声检查 主要是了解腹腔有否残余感染存在及部位、大小。

诊断 从腹部伤口流出粪便样物是诊断肠瘘的确切证据，检查证实结肠与腹壁有异常通道亦可诊断。鉴别诊断 大肠手术后腹腔残余感染存在，需引流后才能确定有否肠瘘，对于大肠手术腹部伤口裂开的患者，引流物多，应具体观察，确实无肠瘘后再二期缝合切口。

治疗一.结肠瘘治疗原则

- 1.保证维持全身营养和水电解质平衡，提高肠瘘的自愈能力。
- 2.给予大量抗生素控制腹腔感染，并在适当时机彻底引流。
- 3.设法了解瘘口位置、大小。
- 4.保护外瘘口四周的皮肤。
- 5.设法找到肠瘘形成原因，对症治疗。
- 6.难愈合的肠外瘘，选择适当时机给予手术治疗。

二.肠瘘应根据不同阶段给予相应的治疗：

第一阶段（瘘发生后7~10日）患者处于瘘口尚未稳定期与感染的初期，腹腔内感染严重，局部炎症水肿，如手术修补肠瘘口往往失败，而且会导致感染扩散；应该给患者禁食，胃肠减压，并给以是胃肠外营养纠正一般情况；给予抗生素，彻底引流腹腔感染灶，并将肠内容物彻底引流出腹腔（伤口暴露及时清除或插管引流）。

第二阶段（10~30日）经过第一阶段处理，患者逐渐恢复，瘘口经过引流或处

理已成为“的瘻，感染仍很严重或继续发展扩散时应积极控制感染加强营养。尤其是全静脉营养是必要的手段，以供给热量与氮源。第三阶段（1~3月）经1~2阶段处理，效果较好的瘻口已愈合或稳定，因肠瘻较低对营养的影响不大，但瘻口不愈合时，应及时了解不愈合的因素，常见的原因：
： 瘻口远端梗阻； 瘻管的组织已上皮化； 结肠粘膜与腹壁愈合，使瘻口呈唇状； 瘻口部有异物存在； 瘻口四周有脓肿引流不畅； 非凡感染或肿瘤存在。这段时间重点是寻找瘻口不愈合的原因，控制腹腔内感染，尤其是肠壁间隙脓肿，高度怀疑时应及时剖腹探查引流脓肿。当然B型超声能检查证实时，可在其引导下穿刺抽脓，注入抗生素，以解除手术中腹腔广泛粘连，易损伤肠管的顾虑。第四阶段肠瘻未愈合的患者，腹腔感染控制，瘻口局部情况好，可考虑择期手术，清除病因，以关闭瘻口。如瘻口远端梗阻应解除后再修补瘻口；单纯唇状瘻，或管状瘻，可将瘻翻向肠腔而不要过多的探查腹腔，当然吻合局部因非凡感染或肿瘤存在时，应将病变切除吻合。

三.围手术期的处理

- 1.急症患者，及时纠正水电解质紊乱及时纠正休克，以防肠壁缺血时间过长。术后纠正贫血及营养不良。
- 2.择期手术，解决营养不良，必要时可静脉营养，提高手术前后的血浆蛋白，血红蛋白，血液维生素C的含量等等，并做好术前的肠道预备工作。

四.手术过程中的注重事项

- 1.肠切除吻合时，肠切除断端用血管钳钳夹过的组织应剪除，对肠病变引起的狭窄，肠扭转，肠套迭或肠系膜血管损伤，血栓形成等，作肠切除吻合时，宁可多切除一些，以保证肠端组织正常。一般肠断端离坏死肠管（或病变肠管）至少3~5cm。
- 2.保证肠吻合端的良好血

液循环，切除肠管时，肠系膜对侧多切除一些，以保证血运，分离系膜时，不要太多，不能超过肠端1cm。缝合时，系膜侧应带着部分无血管的系膜以保证血运，又不损伤供给的血管。3.肠切除吻合时，局部不能有感染及血肿存在，缝合必须将肠粘膜内翻，以保证肠端的完全浆膜面对浆膜面愈合。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com