

胃肠道外瘘_普通外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E8_83_83_E8_82_A0_E9_81_93_E5_c22_610614.htm 胃肠道外瘘是胃肠外科严重并发症之一。最常见的原因是手术造成的，也可由腹部创伤、严重腹腔感染、慢性肠道炎症及肿瘤等原因所致。根据瘘口的位置，发生于十二指肠悬韧带下100cm以上者，称高位瘘.在此以下者，称低位瘘。根据瘘流出消化液量，每日空腹流出肠液超过500ml者，称高流量瘘.少于500ml者称低流量瘘。根据肠壁瘘口与腹壁外口的距离长短及形态分为管状瘘与唇状瘘等。胃肠道外瘘的临床表现与它引起的病理生理改变，随瘘的位置高低、大小、消化液丢失量及原有疾病而有差异。瘘口小，低位低流量的瘘，常无明显的全身病理生理改变；高位、高流量瘘，则由于消化液大量丢失，引起不同程度的体液电解质丧失，造成内稳态失衡、营养不良、肠道细菌易位，发生内源性感染，甚至导致器官功能衰竭，直至死亡。60年代胃肠道外瘘的病死率高达50%~60%，70年代以后由于治疗策略的改变，扭转了高手术失败率高的状况，病死率下降至目前的5.3%~21.3%。【诊断】1.多有手术、创伤或严重腹腔感染等病史。2.早期，胃肠道漏出的内容物聚集于腹腔，主要表现为局限性腹膜炎、腹腔脓肿或弥漫性腹膜炎的征象。随后，从切口、腹腔引流口流出混浊污秽液体，应怀疑有胃肠道瘘，并进一步检查确诊。一旦腹壁切口裂开，从腹腔、引流口流出胃肠道内容物时，则可明确诊断。可疑有胃肠道瘘时，可口服活性炭或染料，观察是否从切口或引流口溢出，并依据其排出时间的长短判断瘘口的部位。3.

瘘管造影。通过瘘口注入造影剂，观察造影剂是否进入胃肠道内及有无脓腔形成。造影时用注射器针头直接插入瘘口注入水溶性碘造影剂20ml~30ml，比插入导管注入造影剂更易观察瘘管的全貌。4.必要时可通过口服或胃管注入水溶性造影剂行全消化道造影，观察造影剂从胃肠道外溢的部位，并可了解瘘口远侧肠段是否通畅。疑有结肠瘘者，可行钡剂灌肠检查。5.腹部b超和ct检查有助于发现腹腔脓肿，明确其部位、大小，为剖腹探查和脓肿引流时，选择切口及手术方案提供依据。但对瘘的部位诊断帮助较小。【治疗】1.及早充分引流，控制腹腔感染 尽早地将外溢的肠液引流是防止和控制腹腔感染的关键。在胃肠道手术后或腹部创伤患者出现腹膜炎和脓肿征象，疑有胃肠道瘘发生时，即应行剖腹探查。术中一旦明确瘘及其部位，即用大量等渗盐水彻底冲洗腹腔，吸尽腹腔内的肠液，并于瘘口附近放置双腔或三腔引流管，进行持续负压吸引。根据细菌培养结果，选用敏感的抗生素治疗。腹壁切口已裂开，肠液从切口外流者，可将切口敞开，经切口直接将双腔管或三腔管插至瘘口附近，或脓腔内进行彻底引流。腹腔感染广泛或腹腔内有多处脓肿存在，或腹壁严重感染，不能缝合关闭者，则可行腹腔造口术，将腹腔敞开，使腹腔内脓液、消化液充分引流，术后积极进行冲洗、吸引，待腹腔感染控制后再行二期缝合。或给敞开腹壁中的肠管覆盖凡士林纱布，防止肠壁干燥、坏死、穿孔，待感染控制，肉芽形成、瘘口自愈后，再修复腹壁缺损。2.加强营养支持，维持电解质平衡 对高流量瘘患者，早期常需进行肠外营养支持。每天每千克体重供给热能167~209kj (40~50kcal)，供给氮量0.2g~0.3g,并补充电解质，除补充钾、钠

、氯外，还应注意补充钙、镁、磷，补充量，可根据监测结果决定。肠外营养支持时间长者，还需补充微量元素、脂溶性维生素和谷氨酰胺。在机体内稳态稳定，腹腔感染得到控制，肠瘘经内堵或外堵恢复肠道连续性后，应及早恢复肠道内营养支持，根据肠道功能恢复情况，选用自然食物或要素饮食。部分病人可将鼻饲管插到瘘之远侧肠段，或经瘘口将管插至瘘口远侧，或于瘘口远侧空肠造口，给予管饲或要素饮食，直至能经口进食。

3.生长抑素与生长激素的应用

近年来文献报道，在瘘发生早期，通过充分引流和肠外营养支持，给予生长抑素施它宁6mg/日，减少肠液分泌和外溢，控制感染，促进管状瘘形成。再给予生长激素思增12u/日，改善蛋白质合成和组织增殖，使瘘自愈。

4.瘘口局部处理

(1)管状瘘，经2周左右充分引流，腹腔感染得到控制，胃肠道内容物排出量逐渐减少，则可逐渐将引流管拔出直至自愈。

(2)瘘口大、瘘管较短的管状瘘及唇状瘘，可用硅胶片或用t管加垫圈进行内堵，内堵成功后恢复肠内营养支持，使患者营养状况进一步改善，部分瘘可自愈，难于自愈的瘘，则可争取早日手术治疗。

(3)瘘口周围皮肤有糜烂时，可涂敷氧化锌软膏保护皮肤，以防止消化液侵蚀皮肤。

5.手术治疗

(1)适应证：经上述处理仍长期不能愈合的瘘或瘘排出量仍 $>5000\text{ml/日}$ 的小肠瘘。瘘管周围瘢痕组织过多，瘘管内壁已上皮化的瘘。唇状瘘。瘘远侧肠道有梗阻。继发于肠道慢性炎症或肿瘤的瘘。

(2)手术时机：腹腔感染已得到控制。全身营养状况良好。瘘超过3个月以上者。

(3)手术方式：常用的手术方式有：肠切除吻合术。是最多采用的术式，适用于多数小肠与结肠瘘。肠瘘旷置术。将有瘘口

的肠段旷置，瘻之近、远侧的小肠切端吻合，恢复肠道连续性，适用于粘连严重，无法将肠瘻部肠襻分离的小肠及结肠瘻。带血管蒂肠浆肌片修补术。将带血管蒂肠浆肌片覆盖固定于缝合的肠瘻口上，适用于修补难于切除肠段的瘻，如十二指肠瘻。

6. 防治并发症 在治疗过程中仍应进行心电图、血气、血电解质、肝肾功能等监测。加强各种引流管、静脉营养导管、腹壁瘻口的管理。对心肺等重要器官功能进行严密观察与保护。一旦出现水、电解质及酸碱平衡失调，应予以及时地治疗，以防造成机体内稳态失衡，甚至导致器官功能障碍。

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