

造口技术协同现代新型敷料治疗 1 例消化道重建术后胃漏、胆漏病案分析

刘丽艳 夏秀萍 赵静

吉林省人民医院 吉林长春 130021

摘要:对 1 例消化道重建术后胃漏、胆漏采取造口技术协同现代新型敷料治疗病例进行分析,患者术后恢复良好,手术 15 天后出院。造口技术协同现代新型敷料治疗有助于患者创口愈合,减少感染,从而促进患者病情康复。

关键词:造口技术协同现代新型敷料;治疗术后胃漏;胆漏

前言

消化道重建是消化道手术中尤为关键的一个环节,而消化道重建术后胃漏、胆漏则可能引起急性腹膜炎,严重感染,甚至危及患者生命,因此一旦出现这种情况,需要及时再手术治疗修复部位的问题,并尽快控制感染,注意电解质平衡,避免电解质紊乱,密切观察病情发展^[1]。造口技术是处理术后胃漏的常用方法,在去除伤口周围失活组织后,需要对渗出液进行管理,现代新型敷料则在管理渗出液、细菌感染以及促进伤口愈合方面具有其独特的优势^[2]。本文将对我院收治的采取造口技术协同现代新型敷料治疗的 1 例消化道重建术后胃漏、胆漏病案进行分析。

1 病例资料

患者赵 X 成,男性,50 岁,诊断为肝硬化门脉高压、消化道出血、十二指肠憩室出血行十二指肠憩室出血止血术、胃肠吻合、肠肠吻合、胆道探查 T 管引流术。术中置入引流管 4 枚。术后予以监护、抗炎、抑酸、抑酶、保肝、化痰、营养及对症支持。术后第三日出现发热症状,腹腔引流管及 T 管引出液体少量。血细胞分析(五分类):白细胞 $11.72 \times 10^9/L \uparrow$ 、红细胞 $2.52 \times 10^{12}/L \downarrow$ 、血红蛋白 $76 g/L \downarrow$ 、红细胞压积 $23.20 \downarrow$ 、血小板 $78 \times 10^9/L \downarrow$ 、血小板压积 $0.09 \% \downarrow$ 。术后第 3 日,有脓性液体从切口流出,并伴随恶臭。

首次伤口评估:伤口部位:腹部正中及左上腹;伤口尺寸:长 17+9cm、深 1-3cm;感染征象:局部:疼痛 \uparrow 、伤口远端脓性渗出液 \uparrow 、中心部位有胃液、胆汁、食物残渣涌出,远端伤口肌层以上全部形成潜行,伤口中心部位与胃相通,可探查至胃管;全身系统性:伤口全层裂开、WBC 计数增加、体温 $38^\circ C$ 以上;渗出液:程度:重度。类型:胃液、胆汁、脓液、食物残渣。气味:恶臭。

2 管理目标及治疗方案

管理目标:伤口床:1、去除失活组织。2、管理渗出液。3、管理细菌感染。4、伤口床补水。5、保护肉芽及上皮组织。伤口边缘:1、管理渗出液。2、创面补水。3、保护肉芽/上皮组织。伤口周围皮肤:1、管理渗出液。2、保护皮肤。

治疗方案:去除腐肉,生物胶体分散剂冲洗伤口,伤口远端离子藻酸盐控制感染,水凝胶保湿伤口,针对渗出胃液持续负压吸引。目标:15 天左右远端切口完全愈合,最后形成的漏口能够用造口袋收集漏液。

2.1 伤口处理过程 1

隔日换药,处理过程:1、清创 2、银离子消毒剂冲洗伤口,潜行使用头皮针细管伸入加压冲洗 3、填充银离子藻酸盐,伤口内外涂生物胶。4、油纱、纱布敷料覆盖伤口 5、15 天后,远端伤口完全愈合,拆线 6、胃漏口处形成唇状瘘,每日胃液渗出可达 2000ml 以上,采用持续负压吸引,利用三通连接蘑菇头和一次性胃管,制作双吸引方式。蘑菇头置

入胃腔内,胃管置入远端皮下潜行处。7、待唇状瘘周围肉芽组织增生,上皮组织爬行后使用造口袋收集漏液。

2.2 伤口处理过程 2

胃部唇状瘘形成,每日渗出可达 2000ml 以上,患者体液损失过多。处理过程:1、利用“片堵”置入胃内进行封堵,使用吸引器头作为支架棒来固定“片堵” 2、利用水胶体保护伤口周围皮肤 3、使用造口底盘、造口袋收集漏液,因为支架棒的压力,底盘安装 3—4 个小时即脱落,伤口边缘皮肤完全浸渍 4、“片堵”减少胃液漏出,但每日仍有 1500ml 的胃液漏出,且无法收集漏液,严重浸渍皮肤。

2.3 伤口处理过程 3

处理过程:1、取出“片堵” 2、水胶体保护漏口周围皮肤 3、银离子藻酸盐填充漏口下方的组织缺损,防漏膏封堵漏口周围 4、安装造口底盘,使用尿造口袋接引流袋,直接收集漏液,利用造口腰带加固底盘(由于漏出液较多,需要持续吸引漏液,才能很好的安装底盘)配合肠内、肠外营养调节水、电解质、离子平衡。

2.4 伤口最后转归

2019 年 11 月 5 日全麻下行唇状漏漏口切除、消化道重建术;术中手术顺利;术后恢复良好;2019 年 11 月 20 日出院。

3 消化道重建术后胃漏分析

3.1 消化道重建手术

消化道重建基本原则为重建后具备正常消化道生理功能,维持病人营养状态和保证病人的生活质量^[3]。在重建手术过程中需要注意吻合口无张力、血供良好、吻合口径适中、操作简便。缝合时注意针距不能过密,打结不能过紧,以免造成组织缺血和组织切割,影响愈合,导致吻合口漏^[4-7]。临床上消化道重建术包括近端胃切除术后消化道重建、远端胃切除术后消化道重建、全胃切除术后消化道重建、胆道重建术等。

3.2 消化道重建术后胃漏及其相关影响因素

临床研究表明,胃漏发生的位置基本位于残胃闭合线,按照漏位置的不同可分为远端胃漏、近端胃漏以及中端胃漏等,其中近端胃漏发生率较高^[8-11]。其原因与术后残胃的蠕动能力下降,当患者术后早期进食过快或过多,积聚于胃腔内从而诱发剧烈呕吐,导致胃腔压力快速上升,并超过胃闭合性线的耐受程度而发生胃漏。此外一些其他的因素也可能导致发生术后胃漏,包括解剖因素、器械因素、操作因素等。一旦发生胃漏后,患者多表现为腹痛和发热,引流管性质变化等^[12]。

4 造口技术协同现代新型敷料治疗消化道重建术后胃漏

4.1 造口技术

造口术后是指通过外科手术的方式分离肠管,并将肠管

的一端引出体表形成开口,达到肠道减压、减轻梗阻、保护远端肠管的吻合或损伤的目的,促进肠道、泌尿道疾病的痊愈,甚至挽救病人的生命^[13]。主要适用于肠内营养支持或长期胃肠减压的患者,包括食管外伤、狭窄或疾病引起梗阻不能进食者;口、咽部疾病或其他原因致长期无法经口进食且不能接受鼻饲者;老年患者患慢性肺部疾病、腹部手术后需长时间胃肠减压者。胃造口术是指在胃前壁与腹壁之间建立一个通向体外的通道,作为患者的营养供给途径或暂时性的胃引流措施。

4.2 现代新型敷料

传统敷料的纱布一般是由棉花、软麻布和亚麻布等加工而成,能够吸收渗出液且对伤口覆盖。而湿纱布也能够为伤口提供一个湿性环境^[14]。但传统敷料很容易被微生物透过,且湿纱布干燥速度较快,当伤口渗出液较多时,可能导致周围皮肤被浸渍,其次在对伤口进行观察时,无法对伤口进行直接观察,若伤口出现渗出,则需要频繁更换敷料和药物以及清除伤口坏死组织。此外在更换敷料时,当出现伤口粘连时,则很容易发生出血、疼痛甚至影响伤口愈合。而水胶体敷料则是由弹性的聚合水凝胶与合成橡胶和粘性物混合加工而成的敷料。其原理是根据亲水性的高分子颗粒与伤口渗液相接触,在伤口表面形成一层湿润的凝胶,为创面提供一个湿润密闭的愈合环境,促进细胞的增殖和上皮细胞的移动,从而加快了伤口的愈合。粘性材料为敷料的自粘性提供保证,而水胶体则是敷料具有吸收性能的基础,人造弹性体使敷料具有弹性^[15]。其优点是具备优越的吸收渗出液性能,具有防水性和透气性,可以阻隔外界细菌入侵。同时还能够保持伤口湿润,促进创面愈合,减轻疼痛,减少换药次数。水胶体敷料在更换过程中更容易撕揭,不会与创面相粘,从而避免了二次损伤。

5 讨论

近年来,消化道重建术被广泛应用于临床上,而胃漏是影响其手术效果的重要原因,发生胃漏后如不及时处理,可能导致出现炎症反应或局部感染,进而加重病情,不利于伤口组织愈合。消化道重建术后胃漏的治疗具有一定的困难和复杂性,主要治疗措施包括基础治疗、内镜治疗和手术治疗,在胃漏发生时,需要进行充分的腹腔引流,从而进行有效的胃肠减压,降低残胃内部压力,减少渗出到腹腔的积液。在早期还需要给予胃肠外营养支持,以便提高组织愈合能力,但也有部分经保守治疗效果不明显的或出现弥漫性腹膜炎的患者,通常需要采取手术措施。一般来说胃漏修复手术包括直接在漏口上进行缝合修补,经漏口放置胃造瘘管、将小肠拉至漏口,缝合浆膜修补或胃食管 Roux-en-Y 吻合术、小肠和漏口的 Roux-en-Y 吻合等。而各种手术方式的选择应当根据胃漏情况而定。在实施造口术后阶段,由于患者伤口渗出液较多,若不加以妥善处理,不仅会影响伤口愈合速度,还可能导致漏口部位感染或愈合缓慢。上述总结分析中提示,普通敷料(纱布)虽然可以起到吸收渗液的作用,但其舒适度不佳,且无法避免伤口感染,另外在更换敷料时容易粘连,增加患者的疼痛。而现代新型敷料是一种水胶体敷料,对创面具有一定的保护作用,且其外观透明,不会影响对患者伤口情况的观察。其主要成分为羧甲基纤维素钠(CMC)合成弹性体、医用粘合剂、合成增塑剂和表层聚氨酯(PU)半透膜。这种敷料与创面渗出液接触后,能吸收渗液并形成一种凝胶,

避免敷料与创面粘着。同时,表面的半透膜结构可以允许氧气和水蒸气进行交换,但又对外界颗粒性异物具有阻隔性。其独特的优势使其广泛应用于临床中,在本例患者的治疗中,采取造口术协同水胶体敷料治疗,患者康复情况良好,未发生感染等并发症,术后 15 天出院。

因此,在消化道重建术后胃漏的治疗中,通过造口术协同新型敷料治疗,治疗效果较为理想,患者伤口康复速度较快,术后无严重并发症,值得推广。

参考文献

- [1] 丁睿,薛跃进,杨雁灵,等.腹腔镜袖状胃切除术后胃漏的预防与治疗策略[J].中华消化外科杂志,2020,19(11):1154-1158.
- [2] 刘雁军,张元川,杨华武,等.腹腔镜袖状胃切除术后 8 例胃漏临床分析[J].中华肥胖与代谢病电子杂志,2019,005(004):191-195.
- [3] 殷国志,杨威,拓航,等.腹腔镜袖状胃切除联合胰腺体尾部切除及脾切除术后 2 月胃漏的诊治[J].中华肥胖与代谢病电子杂志,2020,6(2):135-139.
- [4] 沈海玉.腹腔镜袖状胃切除术后胃漏诊治的研究进展[J].中华肥胖与代谢病电子杂志,2018,4(01):48-51.
- [5] 孙龙和,钱春华.胃食管结合部解剖在腹腔镜袖状胃切除术后并发症防治中的应用[J].山西医药杂志,2020,49(23):3274-3276.
- [6] 朱江帆.胃袖状切除后胃漏的处理策略[J].临床外科杂志,2020,28(9):812-813.
- [7] 单晓东,孙喜太,褚薛慧,等.内镜下 OTSC 吻合夹治疗袖状胃术后难治性胃漏 1 例报道[J].中华肥胖与代谢病电子杂志,2019,005(004):225-227.
- [8] 陈蔚,杨侠.片状水胶体敷料对乳腺纤维瘤术后伤口愈合及并发症的影响[J].西南军医,2019,146(03):65-67.
- [9] 廖容,高红,马霞,等.康惠尔水胶体敷料在预防静脉泵注胺碘酮致化学性静脉炎中的应用[J].基层医学论坛,2019,023(006):802-803.
- [10] 郑康霞,程雪莲,魏大琼,等.水胶体敷料湿性愈合在腹部手术切口中的应用效果[J].基因组学与应用生物学,2019,38(09):387-391.
- [11] 陈雪,李文强,邓冬梅,等.水胶体敷料联合造口保护粉用于失禁性皮炎的临床护理效果观察[J].中国医学创新,2020,17(25):94-97.
- [12] 傅华兰,肖云芹,罗劲,等.水胶体敷料在 1 例过敏性皮肤患者临床换药护理中的应用价值分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(21):36-36.
- [13] Palumbo D, Succi C, Martinenghi C, et al. Leakage Risk Stratification After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG): Is There a Role for Routine Postoperative CT Scan? [J]. Obesity Surgery, 2020, 30(9):3370-3377.
- [14] 樊俊彦,钱锋,刘佳佳,等.胃上部癌行根治性近端胃切除双通道消化道重建与全胃切除 Roux-en-Y 消化道重建的临床疗效比较[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(8):767-773.
- [15] Nakeeb AE, Sorogy ME, Hamed H, et al. Biliary leakage following pancreaticoduodenectomy: Prevalence, risk factors and management [J]. Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International, 2019, 18(01):77-82.