

胃肠手术后并发肠瘘的治疗分析与研究

简畅

(重庆市酉阳县中医院 重庆酉阳 409899)

【摘要】为探究胃肠手术后肠瘘治疗方式的选择原则,择取2021年11月—2022年11月来我院就诊的52例胃肠手术后出现肠瘘者为研究对象。依照患者肠瘘种类,将其分成小肠瘘组与直肠瘘组,小肠瘘组在早期实施手术干预。直肠瘘组先行非手术治疗,如未愈合,行确定性手术,对两组患者的一次治愈率进行统计。结果:本研究无死亡案例,从治愈率分析,小肠瘘组为83.33%,直肠瘘组为81.82%,组间数据不存在统计学意义, $P > 0.05$ 。结论:对于行胃肠手术后出现小肠瘘者,早期实施小肠切除,肠吻合术,同时对腹腔实施引流,能够取得相对满意的成效;对于行胃肠手术后直肠结肠瘘者,先行非手术疗法,大部分可自愈,对于未愈者实施确定性手术,可取得满意成果。

【关键词】肠瘘; 胃肠手术后; 治疗方式; 早期确定性手术

Analysis and study on the treatment of complicated intestinal fistula after gastrointestinal surgery

Jian chang

(Chongqing Youyang County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing Youyang 409899)

[Abstract] In order to explore the selection principles of intestinal fistula treatment after gastrointestinal surgery, 52 patients who had intestinal fistula after gastrointestinal surgery in our hospital from November 2021 to November 2022 were selected as the study objects. According to the type of intestinal fistula, the patients were divided into small intestinal fistula group and rectal fistula group, and the small intestinal fistula group performed surgical intervention in the early stage. The rectal fistula group was first non-surgical treatment, such as not healing, and underwent definitive surgery, and the primary cure rate of the two groups was counted. Results: There were no death cases in this study, from the analysis of cure rate, 83.33% in the small intestinal fistula group and 81.82% in the rectal fistula group. There was no statistical significance, $P > 0.05$. Conclusion: For patients with small intestinal fistula after gastrointestinal surgery, early small bowel resection, intestinal anastomosis, and drainage of abdominal cavity can achieve relatively satisfactory results; for non-surgical therapy for rectocolonic fistula after gastrointestinal surgery, most of them can heal themselves, for patients with definitive surgery, satisfactory results can be achieved.

[Key words] Intestinal fistula; after gastrointestinal surgery; treatment mode; early definitive surgery

研究显示,进行完胃肠手术后,有可能出现肠瘘。该症状为外科常见并发症[1],其中绝大多数为吻合口瘘。随着我国医疗技术的不断发展,和以往相比,在脏器营养支持、功能监视和治疗效果上得到显著提升,虽说如此,但因肠瘘引起的病死率依旧高达15%~20%。肠瘘者病情较长,如果不能得到及时治疗,会造成非常严重的后果[2]。为了探究胃肠手术后肠瘘的有效治疗方式,结合实际情况,本文选择2021年11月—2022年11月来我院就诊的52例胃肠手术后出现肠瘘者为研究对象,依照肠瘘类型不同,随机分成两组,选择不同的方式为患者实施治疗,得出心得,现报告如下。

1 营养支持是治疗十二指肠外瘘的重要手段

营养支持不仅可能使部分十二指肠外瘘患者获得自愈,也为需要实施确定性手术的患者创造了良好的条件。在肠外瘘早期,往往肠功能完全丧失,或一时无法建立肠内营养的实施途径,所以此时基本上是采用肠外营养方式。因受损十

二指肠远端的肠道功能是完全正常的,而长时间的TPN,可导致病人出现医源性饥饿综合征,表现为肠蠕动减慢,肠黏膜细胞群明显减少,黏膜萎缩,绒毛的高度、蛋白质及DNA含量均减少,肠腔内分泌性IgA也明显减少,会引起肠道细菌和内毒素移位,且价格昂贵,临床研究发现,相同热量和蛋白质的肠内营养比肠外营养能更有效地改善患者的营养状况。肠内营养具有符合生理、经济方便、促进肠蠕动、增进门静脉系统的血流、促进胃肠激素释放等作用。肠内营养还能保护肠黏膜及其屏障功能,减少肠道细菌移位和保护宿主免疫功能等。且有报道早期肠内营养可大大降低十二指肠外瘘病人的病死率。近年来有学者联合使用肠内肠外营养(即TPN+EN)成功治疗十二指肠外瘘的报道。对于早期肠内营养(EEN)的疗效,相关研究表明EEN的确能改善病人蛋白质代谢,抑制蛋白质分解,促进蛋白合成,从而及时纠正负氮平衡,改善病人的营养状况。故对于十二指肠外瘘的患者来说,在使用全肠外营养(TPN)的同时,只要肠道有功能即可考虑实施肠内营养(EN),并逐渐往肠内营

养过渡，即能有效地维持病人营养及增强病人抵抗力。

表1 两组患者一次治愈情况

Tab. 1 Primary cure conditions of two group patients

小组类别	病例数	一次治愈人数	一次治愈率
小肠瘘组	30	25	83.33%
直肠瘘组	22	18	81.82%

注：和直肠瘘组相比，组间数据不存在统计学意义， $P > 0.05$ 。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选择2021年11月—2022年11月来我院就诊的52例胃肠手术后出现肠瘘者为研究对象，患者均经过种类不同的胃肠手术且发生肠瘘，存在典型引流液症状、腹部体征，经造影检查后确诊。现依照患者肠瘘种类，将其分成小肠瘘组（30）与直肠瘘组（22），小肠瘘组手术类型包含消化道溃疡穿孔，胃癌根治术。男患者17例，女患者13例，年龄区间为44.6~76.9岁，平均年龄为 (58.9 ± 4.3) 岁。直肠瘘组手术类型包含肠造口还纳术，直肠癌根治术和常肠粘连松解术。男患者14例，女患者9例，年龄区间为46.8~78.9岁，平均年龄为 (59.3 ± 1.8) 岁。两组患者年龄、性别、临床症状等一般资料，不存在统计学意义，具有可比性 $(P > 0.05)$ 。

2.2 方法

小肠瘘组患者在患病早期实施手术干预，其中包含肠瘘口修补术，肠道切除吻合术等。在实施肠切除吻合术过程中，使用5000mL~10000mL的0.9%氯化钠溶液对腹腔进行彻底冲洗，标准为冲洗液清澈透明，在结肠沟，脾窝等位置放引流管，不能对瘘口缝合。

直肠瘘组患者先行保守治疗，其中包含预防感染，进食，引流，专业化腹腔冲洗，营养支持等等。如果引流效果不理想，出现腹膜炎征兆，全身性炎症反应加重，可为患者实施手术治疗，主要包含腹腔感染清除术，肠转流术，冲洗引流术等控制性手术，待感染有效控制后，患者生命体征平稳，可实施确定性手术。

2.3 统计学原理

本实验利用SPSS20.0专业统计学软件，对数据中的计量资料使用T值检验的方式进行计算，并使用 $(\bar{x} \pm s)$ 进行表示，数据中的计数资料使用卡方检验的方式进行计算，当 $P < 0.05$ 时，说明相关数据存在统计学意义。

3 结果

小肠瘘组者（30）均在早期实施了手术治疗，其中25例行肠切除术与肠吻合术，恢复良好。有5例患者出现吻合口瘘，其中3例再次行小肠双腔造瘘术，另2例因无法进行肠吻合术实施小肠双腔造瘘术，待感染得到控制后，进行瘘口还纳术。

直肠瘘组（22）患者先期均行非手术治疗，18例自然愈合，另4例在5个月后进行确定性手术，无再次发生肠瘘者，先行治疗不愈原因均为腹膜炎引发全身感染，行控制术，具体方式为近端结肠造口，后行手术治愈。本研究无死亡案例，两组患者一次治愈率情况详见表1。

4 讨论

行胃肠手术者因为刚刚经受过手术创伤的原因，生理与心理处在极限状态。在此情况下，会引发凝血异常，低温和酸中毒三联征[3]。术后患者机体为高分解代谢[4]，血流动力学分析与细胞失衡，极易出现代谢衰竭。如果在术后马上对肠瘘加以处理，其生理功能紊乱现象会加重，这对治疗效果和患者疾病预后均会造成不利影响。在进行完消化道溃疡穿孔，胃癌根治术等术后，患者可能出现小肠瘘，发生这种情况的原因与手术时间长，腹腔粘连严重，远端肠管不被利用，术后肠道蠕动性差等有关。因为位置游离，吻合口处张力强的原因，绝大部分小肠瘘患者存在腹腔感染现象，且呈现出弥漫性[5]。引流液较多，使用常规方式不能有效引流。针对这种现象，必须在早期对患者实施有效干预[6]。以前对于小肠瘘者，通常使用硅胶制管行临时造瘘，并以控制性手术为主。但值得说明的是，因为存在严重肠壁水肿的原因，肠壁和临时性瘘管极易出现脱落、撕裂等不良现象，进而引起继发性腹腔感染，增加手术难度。实施控制性手术后，恢复时间长，在此期间患者机体容易出现酸碱失衡，电解质紊乱等不良现象，即便以后行确定性手术，二次感染率依旧较高。和其他位置相比，小肠中菌群数量较少，从愈合时间上来讲更具优势。在本案例中，对小肠瘘组进行实际处理时，先期行确定性手术，在实施过程中使用无菌生理盐水对腹腔加以冲洗，后使用有效方式引流，术后为患者选择合适的方式进行抗感染治疗，取得了不错成效[6]。

和小肠相比，直肠在愈合能力和血供方面稍显逊色，且菌群大都聚集于此，如果在发病早期为患者行确定性手术，那么手术安全性和效果没有办法保障。结直肠解剖位置较为特殊，容易发生局限性感染。在引流方面推荐使用经腹腔法，这样能够取得满意效果，对于该类型患者，在早期并不需要特别的手术干预，实施抗炎，进食，腹腔冲洗，引流等非手术疗法就可取得满意成效。患者腹腔存在弥漫性炎症或全身炎症反应加重时，则必须在短时间内实施控制性手术，等到患者炎症消除，症状缓解，各项生命指标达标之后，可行确定性手术。

本次研究相关结果显示，小肠瘘组治愈率为83.33%，直肠瘘组治愈率为81.82%，组间数据不存在统计学意义， $P > 0.05$ 。这从根本上说明，对于行胃肠手术后出现小肠瘘者，早期实施小肠切除，肠吻合术，同时对腹腔实施引流，能够取得相对满意的成效；对于行胃肠手术后直肠结肠瘘者，先

行非手术疗法,大部分可自愈,对于未愈者实施确定性手术, 可取得满意成效。

参考文献:

[1]胃肠手术后肠痿治疗时机及方式选择的研究[J].陈均胜.中国农村卫生.2019 (16)

[2]不同方法治疗胃肠手术后并发肠痿的效果比较研究[J].谭彬斯, 卢天有.临床医学工程.2018 (01)

[3]胃肠手术后肠痿治疗时机及方式的选择[J].王秋元.影像研究与医学应用.2018 (10)

[4]胃肠手术后肠痿治疗时机及方式的选择效果分析[J].黄涛.中国现代医生.2018 (26)

[5]分析胃肠手术后并发肠痿的临床治疗方法[J].郭广增.中国卫生标准管理.2017 (11)

[6]加速康复外科对胃肠手术后胃肠功能的影响[J].陈松耀, 陈创奇.消化肿瘤杂志(电子版).2017 (02)

[7]胃肠手术围手术期脑梗死临床特征分析[J].梁红斌, 秦超, 梁志坚, 石胜良, 程道宾, 刘亮丽.广西医科大学学报.2010 (02)

[8]胃肠手术后饮食指导[J].孙海燕, 姜梅, 于新文.中国乡村医药.2000 (11)

[9]胃肠手术的引流问题[J].彭俊生, 詹文华.中国实用外科杂志.1998 (04)

[10]外科胃肠手术后的饮食[J].崔玉君, 刘红.青海医药杂志.1996 (07)

[11]两种剂量的右美托咪啶在七氟烷吸入麻醉中对腹腔热灌注化疗患者术后认知功能的影响[J].李建华, 赵广平, 赵宏娟, 甄书青, 陈永学.中国医师杂志.2016 (12)

[12]胃肠手术后肠痿治疗时机及方式的选择[J].赵中伟.临床医药实践.2016 (10)

[13]全麻期间接受目标导向液体治疗的阿尔茨海默病患者胃肠手术后认知功能观察[J].刘铁军, 杨占魁, 谭志斌, 韩晓亮, 白净, 马伟, 张树波, 张小平.山东医药.2016 (27)

[14]胃肠手术后并发肠痿 80 例临床观察[J].任建强.中国医药指南.2016 (17)

[15]右美托咪啶对老年脆弱脑功能患者术后认知功能的影响[J].汤莉莉, 顾尔伟, 张雷, 刘训芹, 曹袁媛, 程新琦.中华麻醉学杂志.2016 (02)

[16]右美托咪啶对老年患者腹部手术后早期认知功能的影响[J].张红, 沈亦萱, 万占海, 刘永强, 张艳, 马晓丽, 冷玉芳, 严祥.中国医师进修杂志.2015 (S1 刊)

[17]探讨 26 例胃肠手术后并发肠痿的治疗方法 & 效果[J].范云.世界最新医学信息文摘.2015 (75)

[18]探讨对胃肠手术后并发肠痿的治疗方法[J].蒙显科, 覃同昌, 韦海宜.当代医药论丛.2014 (05)

[19]右美托咪啶在老年胃肠手术围术期应用后对认知功能影响的临床护理研究[J].彭爱霞, 刘兴凤, 唐蓉晖, 崔婧, 谭志敏, 段鲁.湖北民族学院学报(医学版).2013 (02)

[20]术后谵妄老年病人脑葡萄糖代谢的变化及右美托咪啶对其影响[J].马昊, 欧阳文, 莫逸, 黎祖荣, 廖琴, 王懿春, 段开明, 陈明华, 廖炎.中华麻醉学杂志.2012 (12)

[21]高位肠痿 20 例临床治疗分析[J].任卫国, 董世平.职业卫生与病伤.2006 (03)

[22]多管交叉引流治疗十二指肠肠痿 16 例报告[J].覃洪斌.广西医科大学学报.2006 (04)