

胃镜下置管引流及营养支持治疗十二指肠残端瘘的临床体会

卢先州,周明利,谢荣俊,李 峰,刘龙飞,彭秀达,王 辉,许云吉

(南华大学附属南华医院普外科,湖南 衡阳 421002)

摘要: **目的** 探讨早期经胃镜下输入袢置入胃管,输出袢置入鼻空肠管,积极通畅引流,合理肠内营养等治疗措施在 Billroth-II 式胃大部分切除术后十二指肠残端瘘中的治疗效果。**方法** 对本院收治的 Billroth-II 式胃大部分切除术后十二指肠残端瘘保守治疗 9 例患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 瘘口愈合平均时间为 25.7 天,减压胃管及鼻空肠管根据病情酌情在放置 1~2 月后拔出。该组患者全部治愈出院。**结论** 在病情允许情况下,早期经胃镜下输入袢置入胃管,输出袢置入鼻空肠管综合治疗,能维持患者的营养状况及内环境稳定,促进瘘口的愈合。

关键词: 十二指肠残端瘘; 胃大部切除; 并发症; 通畅引流; 综合治疗

中图分类号: R656.6 **文献标识码:** A

十二指肠残端瘘是各种原因行 Billroth-II 式胃大部分切除术较为严重的并发症之一,发生在手术后 2~5 天者比较常见,病情重,治疗困难,死亡率高达 25%~40%。本院 2003 年 3 月~2012 年 3 月间共实施 Billroth-II 式胃大部分切除术 427 例,发生十二指肠残端瘘 13 例,2 例患者为外院转入。其中 9 例患者通过胃镜下输入袢置入胃管减压,输出袢置入鼻空肠管营养,积极通畅引流及抗感染等保守治疗,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共 9 例患者,男 6 例,女 3 例,年龄 27~78 岁。其中胃窦溃疡 4 例,十二指肠球部溃疡 2 例,复合型溃疡 1 例,胃癌 2 例。

1.2 临床表现

9 例患者均表现为突发性上腹部或右上腹疼痛,发生在术后 2~5 天者 7 例,术后第 6 天者 1 例,术后第 7 天者 1 例。有弥漫性腹膜炎体征者 2 例,局限性腹膜炎体征者 6 例,发生休克者 1 例,腹腔引流管引流出胆汁样浑浊液体者 7 例,心率增快者 6 例,白细胞升高者 9 例,腹壁切口裂开者 1 例。

1.3 治疗方法

9 例患者中从切口处置管引流 1 例,切口加残端周围置管引流 2 例,超声定位下穿刺抽出腹腔积液者 6 例;9 例均结合早期胃镜下胃管、鼻空肠管置入。方法:将胃管、鼻空肠管插入胃内,在胃镜下用活检钳将胃管插入吻合口下端 10 cm,经胃管注入造影剂,并在胃肠机或“C”臂机下透视显影,如发现造影剂迅速进入腹腔,或造影剂反流入胃内,则说明胃管已置入输入袢;如造影后见远端小肠迅速显影,则说明胃管置入输出袢。明确输入、输出袢后,将胃管置入输入袢,将鼻空肠管置入输出袢并送入吻合口以下 30 cm,妥善固定。早期以少量肠内营养混悬液(SP)从鼻空肠管中缓慢滴入,待患者耐受后再逐渐增加肠内营养量,1 周后滴入流质膳食营养。所有患者均同时予以抗感染,结合适当的肠外营养,并应用生长抑素抑制消化腺分泌。

2 结 果

9 例患者中,6 例在早期行胃镜引导下置胃管及鼻空肠管进行早期减压、合理肠内营养治疗后,约 15~30 天瘘口愈合,其余 3 例 30~45 天瘘口愈合,瘘口愈合平均时间为 25.7 天,减压胃管及鼻空肠管根据病情酌情在放置 1~2 月后拔出。9 例患者全部治愈出院。

3 讨 论

3.1 十二指肠残端瘘的原因

十二指肠残端瘘发生有多方面原因^[1]:(1)术

前准备不够充分,多伴营养不良,严重低蛋白血症未予纠正,合并有其他疾病如:幽门梗阻、糖尿病等,存在影响术后残端愈合的因素。(2)手术方式选择不当:①术中发现溃疡、肿瘤或疤痕较大,过多的十二指肠游离及切除范围过大;②术中残端缝扎过多过密,造成残端血供不足;③残端关闭不全,溃疡切除过多,残端切除过低,十二指肠后壁残留过少,勉强缝合关闭残端;同时由于担心缝扎胆总管、胰管致局部缝合组织太少、太浅、太疏,术后残端破裂发生瘘^[2];④术中输入袢留置过长或成角,导致术后梗阻^[3-4],大量消化液积于输入肠袢内,使十二指肠腔内压力逐渐增高最终残端破裂。(3)术后肠内、肠外营养支持不够^[5],致残端愈合差,最终发生瘘。(4)术后残端浆肌层水肿、残端周围积液继发感染残端组织本身水肿,导致愈合不良。

3.2 十二指肠残端瘘的处理

十二指肠残端瘘一经确诊即要进行积极的治疗,治疗措施包括禁食,胃肠减压,纠正水电解质紊乱及酸碱失衡、抗感染、通畅引流与营养支持等,其中通畅引流和营养支持是治疗十二指肠残端瘘最重要的措施。必要时手术治疗。(1)非手术治疗:非手术治疗的具体方法是在保证通畅引流漏出液的前提下,早期行胃镜引导下胃肠吻合口输入袢置入胃管以减压引流,吻合口下 30 cm 输出袢内置入鼻空肠管,以早期肠内营养,并同时予以抗感染,肠外营养,及应用生长抑素治疗。非手术治疗适用于临床症状较轻,上腹部疼痛、发热和血象增高均不明显,腹膜炎体征局限在右上腹部。Billroth-II 式胃大部分切除术后发生十二指肠残端瘘试行胃镜下置管的适应征包括:(1)残端瘘口不大,无明显弥漫性腹膜炎症状;(2)残端瘘口无明显出血者;(3)术中腹腔引流尚通畅者;(4)患者能耐受胃镜下置管手术者。保守治疗期间每日复查腹部 B 超或必要时 CT,了解是否存在引流不畅的情况;如术后十二指肠残端瘘发生较晚,临床症状不显著,上腹痛、发热和血象增高均较轻,腹膜炎体征局限,腹部 B 超及 CT 检查右上腹积液量不多,且已包裹、局限者,如十二指肠残端旁未放置引流管,可行 B 超引导经皮穿刺或从切口处放置引流管,以期望通畅引流。在残端瘘发生的早期静脉滴注奥美拉唑等制酸剂,持续静脉泵入生长抑素,以减少漏出液。同时应用抗生素控制感染^[6-7]及肠内、肠外营养支持。(2)手术治疗:非手术治疗不能达到良好的治疗效果时应考虑手术治

疗,十二指肠残端瘘手术指征包括:术后 2~3 天内发生的瘘并弥漫性腹膜炎;怀疑有残端血运障碍者;怀疑有明显的输入袢、吻合口梗阻;各种方法保守治疗 4~6 周后瘘口仍然不能愈合者。再次手术治疗的原则:简便、快速、充分引流、解除梗阻。对已经确诊的发生较晚的瘘,尤其伴有严重营养不良的患者应考虑开腹手术或内镜下胃、空肠造瘘^[8]。

本组 9 例患者,瘘发生后早期行胃镜引导下胃肠吻合口输入袢置入胃管以减压引流,吻合口下 30 cm 输出袢内置入鼻空肠管,以早期肠内营养,并同时予以抗感染,肠外营养,及应用生长抑素治疗,取得较好疗效,能够减少再次手术机会。

Billroth-II 式胃大部分切除术后十二指肠残端瘘的患者,在瘘口通畅引流的前提下,可试行早期在胃镜引导下行胃肠吻合口输入袢置入胃管以减压引流,吻合口下 30 cm 输出袢内置入鼻空肠管,以早期肠内营养^[9],并同时予以抗感染,肠外营养,及应用生长抑素治疗,能够减少再次手术机会,可作为 Billroth-II 式胃大部分切除术后十二指肠残端瘘患者的一种治疗措施,同时在 Billroth-II 式胃大部分切除术中能够预置输入袢减压胃管,输出袢营养鼻空肠管也是一种较好的预防残端瘘的方法。

参考文献:

- [1] 张超,余佩武,刘伟,等.十二指肠残端瘘的诊断与治疗[J].重庆医学,2006,35(12):1097-1098.
- [2] 卢文华,王上忠,张中伟. Billroth II 式胃大部切除术后十二指肠残端瘘 16 例分析[J].现代医院,2008,8(8):46-47.
- [3] 张幸.胃大部切除后十二指肠残端瘘 30 例临床分析[J].中国现代医生,2011,49(10):155-156.
- [4] 黄明柱,黄艺雄,黄居朴.十二指肠残端瘘 24 例诊治体会[J].海南医学,2010,21(10):58-59.
- [5] 崔志峰.胃切除术后十二指肠残端瘘 1 例治疗分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(10):2489.
- [6] 徐俊.胃切除术后十二指肠残端瘘的综合治疗[J].江苏医药,2008,34(11):1158-1159.
- [7] 朱军根.胃次全切除术后十二指肠残端瘘治疗分析[J].中国当代医药,2011,18(1):114.
- [8] 赵永革,吴强.胃大部切除后十二指肠残端瘘 23 例临床分析[J].中国基层医药杂志,2006,13(5):839.
- [9] 唐云,李荣,陈凛等.胃癌切除术后吻合口瘘营养支持 19 例报告[J].中国实用外科杂志,2008,28(6):1018-1019.

(此文编辑:蒋湘莲)