

《现代医院》杂志栏目

现代化纵论	专业技术篇
学科进展	论著·论述
实验与应用研究	临床经验
传统医学	医技诊疗
临床药学	护理技术
心理医学	医改实践
质量管理	应急管理
文化建设	人力资源
后勤支持	信息服务
社区卫生服务	预防保健
医师手记	港澳台链接
科技新知	辞海查新
院刊集锦	医院采撷篇

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

6例肠结核术后合并肠外瘘救治

[作者: 张惠东 田立新 李均乐 柳霞] 来源: 本站原创 阅读数: 117

(广州市中医医院普外科 广东 广州 510130)

【摘要】 目的 总结肠结核因伴有外科并发症时, 需经手术治疗后合并肠外瘘救治的临床经验。方法 回顾性分析2000~2008年在我院普通外科收治的出现了急性穿孔、完全性肠梗阻、腹部包块未能排除恶性肿瘤的6例肠结核患者, 手术切除主要病变肠段1期吻合术后合并肠外瘘诊治过程。结果 本组中5例患者4周至6月瘘口自然闭合。1例患者因肠外瘘合并感染1周内死亡。结论 肠结核应以内科治疗为主, 因伴有外科并发症而手术治疗后合并肠外瘘时, 亦主张保守治疗。围手术期的充分准备, 正确的手术操作, 及时有效引流, 抗感染同时抗结核化疗, 维持内环境平衡和营养支持治疗是保守治疗的关键措施。

Salvaging enteric fistulas after exploratory operation on enterophtthisis in 6 cases

Zhang Hui dong, Tian Lixin, Li Junle, Liu Xia

Guangzhou Hospital of Traditional Chinese Medical, Guangzhou, 510130 China

[ABSTRACT] Objective To investigate Clinical experience of treatment in enterocutaneous fistula after the operation on the patients suffered from intestinal tuberculosis with surgical complications. Methods Six intestinal tuberculosis patients were retrospectively analyzed in process of diagnosis and treatment to enterocutaneous fistula after Stage I anastomosis, all of whom were with acute perforation, complete intestinal obstruction, or abdominal mass considered as malignant neoplasm, between 2000 and 2008 years in our hospital. Results The fistulas healed spontaneously after 4 weeks to 6 months in 5 cases. One case died of enterocutaneous fistula infection one week. Conclusion Medical therapy is the mainstay of treatment in intestinal tuberculosis, so as to enterocutaneous fistula after the operation. The Key measures of conservative treatment are including sufficient perioperative preparation, the correct operation, timely and effective drainage, anti-infective treatment, anti tuberculous chemotherapy, keeping inner balance of body in anaerobic environment, and nutritional support.

[Key Words] Enterophtthisis; enteric fistulas; tuberculo-chemotherapeutic; nutritional support

肠结核是结核杆菌侵犯肠道引起的慢性特异性感染, 目前主要以内科治疗为主[1], 但因出现外科并发症需手术治疗, 术后并发肠外瘘救治困难。本文将2000-2008年本院普外收治的因外科手术术后并发肠外瘘6例肠结核患者治疗的临床经验分析总结如下:

1. 临床资料

1.1一般资料 本组男性2例, 女性48例, 年龄22-72岁, 平均39岁。3例术前临床确诊, 3例术后确诊, 并都经病理活检证实。本组病人除有午后低热、乏力、消瘦的全身症状外, 还伴有反复腹泻、腹痛的胃肠道症状。4例出现肠梗阻时呈阵发性绞痛, 进食后加重。3例可扪及明显右下腹包块。辅助检查: 本组患者均有中重度贫血, 血沉增快; 5例PPD试验阳性; 4例腹水腺苷脱氨酶(ADA)检查阳性, 其中有2例腹水结核杆菌培养阳性; 胸部X线检查4例提示有肺内结核活动性病灶, 2例提示为陈旧性结核病灶。手术原因: 2例因完全性肠梗阻; 3例因右下腹包块未能排除恶性病变; 1例因小肠急性穿孔, 急性腹膜炎。手术方法: 先取肠系膜淋巴结活检, 取干酪样坏死组织找抗酸杆菌及结核杆菌培养; 肠粘连松解, 清除慢性脓肿, 肠内瘘或急性穿孔较小时单纯修补, 如肠壁缺损过大、粘连梗阻严重则将肠段切除(含包块), 注意保留足够足够小肠, 避免术后断肠综合征, 1期端端或端侧吻合; 置4条腹腔引流管, 以生理盐水250ml+链霉素200万u冲洗腹腔和术口。标本病理均确诊为肠结核, 术后标本报告4例找到抗酸杆菌或结核杆菌培养阳性。本组患者术后出现肠外瘘时间在术后3-7天, 瘘流量500-1700ml/日。

1.2治疗措施 确诊肠外瘘后立即将术口中下中分别拆开皮肤、皮下、腱膜部分缝线, 术口敞开暴露, 甚至可见到肠管, 使渗液能充分引流到腹腔外, 将30F灭菌硅胶管一头纵向剪开多个侧孔, 置于渗液最多处, 另一头接持续中心负压吸引, 压力调节到-0.01~-0.02Mpa, 以复方氧化锌软膏保护瘘口周围皮肤, 记24小时引流量。早期胃肠减压、禁食并以静脉全营养(TPN)治疗7-10天, 后期口服肠内营养(EN)治疗, 感染控制后使用生长抑素(善宁, 0.1mg ih Q8h) 3-7天减少瘘流量, 维持水、电解质、酸碱平衡。同时加强抗感染、抗结核治疗, 禁食期间采用3联抗结核药物: 静脉用奎诺酮类抗生素、静脉用异烟肼加链霉素肌注, 进食后口服奎诺酮类抗生素一月, 口服异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺4联抗结核化疗, 半年后减至乙胺丁醇、吡嗪酰胺2联抗结核再治疗半年, 注意保护肝功能。

1.3结果 本组患者肠外瘘局限时间为3-6周, 瘘口自然闭合时间4周至6月。本组患者死亡一例, 在出现肠外瘘一

周后死于感染,其余均能出院,无一例合并肠系综合征。

2. 讨论

2.1肠结核由于耐药菌株的产生,近年发病率有所上升[2]。绝大部分是继发于肺内开放性结核,临床表现及体征缺乏特异性,术前和Crohn病不容易鉴别:在一般全身症状与出现外科并发症方面两者都有共同点,肠镜检查对Crohn病诊断甚有帮助,但是结核干酪样坏死病灶局限于粘膜下,不容易准确取材。因此有肺内活动结核或全身性结核、病灶找到抗酸杆菌或结核杆菌培养阳性是肠结核诊断的重要指标,腹水ADA检测也有鉴别意义,必要时我们还可以利用腹腔镜探查取活检增加阳性证据。本组有3例右下腹包块通过术后病理才确诊为肠结核。

肠结核应以内科治疗为主,但有40%患者伴有如肠穿孔形成局限脓肿或瘘、肠梗阻、急性游离肠穿孔合并急性腹膜炎等外科并发症时,才需考虑外科手术治疗[3]。手术方式以切除病变肠段解除梗阻或腹腔引流为原则,术后最常见也是最严重并发症:肠瘘,国内报导病死率达6.2%-17.0%[4],次于晚期肿瘤。本组患者多有腹腔腔内播散并侵犯整个消化道,肠管粘连较广泛,肠壁水肿,手术操作上尽可能减少损伤,用最简单方法解除上述并发症。小的穿孔、瘘口可以考虑修补,但修补失败后肠瘘发生率甚高,因此尽可能切除病变肠段。术中即做好预防肠瘘准备,腹腔放置多根胶管充分引流,并以链霉素盐水反复浸泡、冲洗腹腔及手术切口。

由于结核本身是一个严重的消耗性疾病,就诊前多已有较长病史,且多在结核活动期,并有消瘦、贫血等营养不良状况,伴有消化道并发症时营养摄入障碍,加重营养不良状况,因此手术风险比一般疾病高,术后恢复慢,并发症多且严重,围手术期治疗尤为重要,重点在以4联化疗控制结核活动,改善营养不良和纠正贫血。

2.2术后应密切观察引流液及术口渗液,当发现有粪臭味、含胆汁即确诊为肠外瘘。对于本组患者肠外瘘的治疗,早期手术关闭瘘管有80%重新出现肠外瘘[5],所以首选非手术治疗。

肠外瘘导致的病理生理改变是感染、水电解质、酸碱平衡紊乱,营养不良,消化液腐蚀。本组患者主要围绕这几方面施行治疗。

肠外瘘继发感染引起严重的全身炎症反应导致的多器官功能衰竭(MSOF)是导致患者死亡的主要原因。本组唯一死亡患者也是死于感染。而早期有效引流是控制感染及治疗肠外瘘的关键[6]。一旦发现肠外瘘,单靠腹腔引流管是远远不够的,必须当机立断分段拆开部分缝线,甚至可见到肠管,暴露术口。在皮下放置1~2条带有侧孔的粗硅胶管,持续负压吸引,调节负压为-0.02Mpa左右,既可吸干净渗液,又不至于吸到软组织,间断用0.5%甲硝唑冲洗,保持管道通畅。负压吸引管必须远离肠管,并且用7#缝线固定在皮肤上,避免损伤肠管引起新的瘘口,每2-3天更换一次。对于炎症有可能或已经局限患者,不建议冲洗腹腔,如此不但造成感染扩大,还妨碍炎症范围粘连局限。由于消化液可能腐蚀瘘口或术口周围皮肤引起糜烂,剧烈疼痛,涂抹复方氧化锌软膏保护皮肤,以红外线灯照射,保持创面干燥。当炎症局限,瘘口仍未闭合,接上人工肛袋,仍有希望等待其自行闭合。

由于本组病人感染的特殊性,普通抗感染与抗结核治疗并重,早期使用经验性广谱抗生素,再按照细菌培养和药敏结果使用目标抗生素,时间一般不超过2周。早期胃肠减压不能进食,抗结核药物选用非口服途径:静滴异烟肼0.4g/d,肌注链霉素100万 μ /d,外加一种奎诺酮类抗生素[7]。能进食后改口服异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺4联抗结核化疗,同时口服普罗宁保护肝功能。

营养支持是肠外瘘病人另一个关键治疗措施,并且在术前就应当开始[8]。发现肠外瘘,必需立即胃肠减压、禁食,此时营养支持首选静脉全营养(TPN)治疗,TPN可使小肠瘘的漏出量减少80%[9],还可以同时纠正水、电解质平衡紊乱。在TPN出现之后,肠外瘘的死亡率有了明显的下降。由于结核等应激状态下分解代谢加快、富含蛋白等物质的消化液丢失、感染性渗出、禁食导致肠瘘病人严重的营养不良,按照常规术后补液进行补给是不够的。较为合理的补液总量是在生理需要量基础上加瘘口消化液丢失量。热量的补给应根据病人应激状况和能量消耗来决定,输入营养过多对病人恢复都不利,肠瘘每日补充的能量不应大于30-35kcal/kg/d,脂肪功能占40-60%,热氮比150kcal:1g。另外间断输血浆白蛋白和新鲜冰冻血浆,少量多次输新鲜全血,补充胶体同时增强患者抗感染能力。

长期TPN治疗不符合肠道生理,并发症较多,经济性差。肠内营养的效果优于肠外营养,在TPN支持治疗7-10天腹腔引流形成完整瘘道后,溢出肠液能有效引流至腹腔外时即过度到口服肠内营养(EN)治疗,虽有部分漏出肠外但仍有部分被吸收。先以热盐水口服,无不适应后逐步增加全流质饮食、半流饮食,以量从少到多和少食多餐为原则,开始以肠内营养制剂为主,肠道吸收功能恢复后增加水解蛋白,再逐渐过度到普通食物。

3. 结论 肠结核外科术后并发肠外瘘无疑是外科重症救治的一个难题,但是肠结核不是一种不可治愈的疾病,因此还是值得投入大量的精力、财力尽可能挽救患者生命。发生外科并发症需手术治疗,围手术期充分做好术前准备,出现肠外瘘后,充分有效引流和持续负压吸引,普通抗感染和抗结核化疗同时进行,维持内环境平衡和营养支持治疗,TPN与EN的科学组合运用是救治肠外瘘患者的关键措施。

参考文献:

- [1] 吴孟超,吴在德.黄家驹外科学第7版[M].北京:人民卫生出版社,2008:1513-1515.
- [2] 端木宏谨.结核病学.中华医学杂志.1998;78:895.
- [3] 方圻,编.现代内科学[M].北京:人民军医出版社,1996:1947-1950
- [4] 黎介寿,任建安,王新波,等.生长抑素与生长激素促进肠外瘘自愈的机理与临床研究[J].中华外科杂志,2000;38(6):447-450.
- [5] 任建安,黎介寿.重视肠瘘的早期诊断与快速治疗[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(4):279-280.
- [6] 杨治力,杨连粤.肠瘘的治疗近况[J].临床外科杂志,2001,9(5):321-322.
- [7] 章怡彬,刘明亮,郭慧元,氟喹诺酮:一类重要的抗结核药物.国外医药(抗生素分册),2009,30(1):19-22.
- [8] Kubiak R, Wilcox D. T. Gastrojejunal fistula after insertion of Percutaneous endoscopic gastrostomy [J]. J Pediatr Surg, 1999, 34: 1287-1288
- [9] 张洪义,完全胃肠外营养及其适应证.中国医刊,2001,36(2):6-7

Copyright© 2010《现代医院》杂志社 | 粤ICP05105826号

地址：广州市惠福西路进步里2号之一1楼 邮编 510180

电话：020-83310901 83310902 传真：020-83308884

E-mail: xxddy@163.com