维普资讯 http://www.cqvip.com

176 胰腺炎，胃回肠错吻，心搏骤停，抢救

第21卷 第2期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.2
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTAE MEDICINAE CHONGQING 1996

胃回肠错吻致严重衰竭1例抢救体会

R656.610.6
R541.605.9

第一医院普外科 王子卫

中图分类号 R574.53

胃次全切除术中发生胃回肠错吻的案例时有发生，临床报道发生率为0.05－0.5%。发生原因主要由于手术医生责任心不强、术中粗心大意、解剖不熟悉等。此外，麻醉效果不充分，造成检查困难也可误将回肠末段当作空肠上段吻合。通常，对这类病人，如能在术后尽早作出诊断，并给予及时处理，病人多能治愈，但有少数病人，由于医生一再地不认真仔细，将病人手术后的腹胀、腹泻等误诊断为"胃肠功能紊乱"、"消化不良"，而致病人发生严重的营养不良、衰竭、甚至死亡。近来，我院成功地救治1例因胃回肠错吻致严重衰竭病人。现将治疗体会报告如下：

1 一般资料

患者，男，30岁，1993－12－20收入我科，入院前7月在某县医院因"消化道出血"行"胃大部份切除，毕Ⅱ式吻合术"，术后一直腹泻，每日数十次，均为未消化食物，身体逐渐消瘦，体重下降25公斤。入院检查：抬入病房，慢性消耗性面容，极度消瘦，贫血貌，全身皮肤干燥，弹性差，舟状腹，右上腹切口疤痕，肝脾未扪及，肠鸣音活跃。血常规检查：RBC 3.25×10^{12}/L，WBC 2.0×10^{9}/L，Plt 75×10^{9}/L，Hb 101g/L，HCT 29.9%，血电解质：钠氯偏低，肝功能检查：TB 22μmol/L，TP 6μmol/L，TP 45g/L，ALb 21g/L，A/G0.9。原手术医院钡餐X片显示：残胃较大，吻合口距回盲部50cm。入院诊断：胃大部切除术后重度营养不良，胃回肠错吻。入院后即给予右锁骨下静脉插管行全胃肠外静脉营养(TPN)，并积极行术前准备，于入院后22天在静脉复合麻醉下行胃回肠吻合口切除，胃空肠吻合，回肠回肠吻合术。术中见原吻合口距回盲部40cm，证实为胃回肠错吻。手术后继续深静脉营养，重症监护室监护，术后10天左右开始喝病人少量、多餐清淡饮食，逐渐添加高能量饮食，大便每日1－2次，为软便，术后25天，体重由术前60斤增至72斤，能下床活动，术后40天，体重增至82斤，治疗基本痊愈出院休息。

2 讨论

胃回肠错吻虽不多见，但如果不及时诊断处理，其预后也很差，临床报道有病例因此并发症严重衰竭死亡者[1]，我们的治疗体会是：

2.1 建立全胃肠外营养(TPN)：这类病人由于小肠大部分旷置，营养吸收不良，表现出明显的短肠综合征，因此，只能先行TPN，以提供充足的能源及氮源，并逐步纠正负氮平衡，为再次手术提供良好的生理环境。TPN应从小剂量开始，逐渐加大热能及氨基酸量，目前所用的深静脉营养液，缺乏微量元素，故应适当补充钙、镁、磷等微量元素。本例在治疗过程中，就因长期营养不良情况下给予静脉高营养，而致微量元素缺乏，病人表现出乏力，口唇麻木、呼吸急促，肺部感染，电解质紊乱，酸中毒等，经积极救治好转。

2.2 在重症监护病房监护下治疗：近年来，ICU的建立，高新技术的应用，给危重症病人带来福音，许多病人在ICU的监护下，转危为安。文献报道，胃回肠错吻5～12周后，虽经再次重建胃空肠吻合口，仍有因营养吸收障碍而死于全身衰竭者[2]。本例病人错吻后误诊时间达7月，病人重度衰竭，体重下降25公斤，均有赖于ICU的监护下，进行术前的高营养支持，抗感染治疗以及术后的机能恢复。

2.3 手术后营养支持，胃回肠错吻病人，其旷置肠管日久可造成废用性萎缩，粘膜上皮细胞的吸收功能受到抑制，手术后需一定时间恢复，贸然给予高营养、高能量饮食，可能会进一步损伤肠粘膜上皮，因此，术后应先少量，多餐低脂饮食，让肠粘膜逐步恢复其吸收功能，再添加高能量饮食，促进病人的机能恢复。

参 考 文 献

1. 罗伯诚.广东医学 1992;3:114
2. 方基兴，等.实用外科杂志 1987;3:163

(收稿日期 1995－06－30)