维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志1992年第1卷第4期总第4期

75例开腹术后急诊再剖腹的探讨

沈阳医学院附属医院 朱月景 沈阳市中心医院 张庆森
（辽宁沈阳，邮政编码110031）

[提要] 本文总结75例急诊再剖腹手术的经验。讨论了预防的环节在于选择适当的麻醉，详细地检查腹腔病变，勿遗漏病灶，充分的腹腔引流和术后的严密观察及处理。

[关键词] 开腹术；再剖腹。

目前，国内关于腹部手术后急诊再剖腹的文章报告不多，但在实际上开腹术后急诊再剖腹并非罕见。本病病因除与患者入院晚、病情危重、术后并发症等因素有关外，也与医生操作技术、手术方案的实施、术后处理是否恰当有关。现就我们两院近7年内75例术后再剖腹的病例，结合复习文献报告如下：

临床资料

一、性别与年龄：男性54例，女性21例，见表1。

表1. 性别与年龄

年龄	20岁以下	21～30	31～40	41～50	51～60	61岁以上
例数	8	14	18	8	17	10

最高年龄77岁，最低年龄4个月，51岁以上占27%。

二、术后间隔时间：术后最早2小时，最迟30日（见表2）

表2. 术后间隔时间

时间（日）	3日内	4～7	8～10	11～20	21～30
例数	15	15	11	21	13

三、原发病：胃及十二指肠疾患19例，肠梗阻17例、腹部外伤15例、阑尾炎8例、胆道疾患8例、其它8例。

四、再剖腹原因（见表3）

表3. 再剖腹原因

病因	具体原因	例数
腹膜炎	十二指肠残端瘘，胃肠吻合口漏	14
	腹腔内脓肿	5
	外伤病灶遗漏	6
	胃穿孔修补术后瘘	4
	胆道引流管脱落	2
	异物存留	1
肠梗阻	粘连性肠梗阻	17
	肠扭转	5
	结肠肿瘤	3
	胃肠吻合口梗阻	3
	十二指肠梗阻	2
出血	脾蒂及脾	3
	肾蒂	2
	阑尾系膜	2
	结肠肠腔	1
其它	切口裂开、肠膨出	4
	短路吻合	1

五、术后效果：本组再剖腹75例，共剖腹81次。治愈58例，死亡17例，死亡率为23%。

讨论

为降低腹部术后再手术率及提高治愈率，我们就再剖腹的原因、时间、术式加以探讨。

一、再剖腹率与死亡率：自80年2月至87年2月两院共行腹部手术6,316例，术后急诊再手术75例，再手术率为1.2%。再剖腹术后死亡率为23%，和其他文献相比近似。

作者	再剖腹例数	再剖腹率	死亡率
弗洛得斯基	48	0.75%	8.3%
可玛捷	276	1.0%	43.5%
别特洛夫	229	1.9%	31.0%
阿弗炎诺夫	113	1.8%	42.4%
德列依尼柯	75	2.6%	9.3%
胡毅德	30		26.7%
本组	75	1.2%	23.0%

维普资讯 http://www.cqvip.com

二、再剖腹原因：本组最多见的原因是腹膜炎32例，占43%.克茨布捷报告占42.5%除术后并发症，如吻合口瘘，十二指肠残端瘘等以外，本组较多见的是原发病灶未彻底解决，如外伤病灶遗漏。患者男，29岁，因腹部外伤入院。以“腹膜炎”行急诊手术，术中发现肠两处裂孔，行修补术。术后患者持续高热、腹痛，血压下降，有腹膜刺激症，于术后48小时再剖腹，发现十二指肠侧壁有裂口，行局部引流术，术后24小时内死亡。此例因术者无经验，找到两处病灶就满足，致使它处病灶遗漏。类似情况本组遇到6例。

因梗阻原因再手术30例，占第二位。术后因粘连引起梗阻是最常见的原因，本组有17例占23%。又因麻醉选择不当，切口过小因未解除而再剖腹也不少见。如患者女，35岁，因肠梗阻急诊手术，在局麻下取右脐旁切口，发现肠系膜索带粘连压迫梗阻，行松解术。术后患者仍然腹痛。术后3日腹透仍见多个液平面。又在硬膜外麻醉下行剖腹术，术中发现结肠脾曲有4×5Cm大小肿瘤，行左半结肠切除。此外因切口小，麻醉欠佳，强行还纳肠管，术后因出现肠扭转再剖腹5例。

除了术后并发症致腹膜炎，肠梗阻再剖腹外，医源性因素也不能忽视。因采用无血运大网修补胃穿孔漏4例。腹腔引流口过大（超3Cm），术后肠膨出2例。引流管脱落2例。阑尾系膜结扎线滑脱术后出血2例。更应吸取教训的是术中遗留纱布2例。胃回肠错吻一例。有一例胃术后因排空障碍采取了不必要的再剖腹。

三、再剖腹时机及判定：本组再手术最早术后2小时，最迟30日。一例阑尾术后腹穿有血立即手术。一例胃大部切除术后经观察30日梗阻未解除，被迫再手术。我们认为有手术指征应抓紧时机。可是术后出现腹膜炎时不易判定。术后因腹胀、切口痛往往掩盖并发症引起的腹痛。如患者男，54岁，胃大部切除术后持续腹痛，多次用止痛药，误认为是止痛药成瘾，直至术后13日左上腹出现包块，穿刺抽出脓汁时，才以“坏死性胰腺炎”再手术，发现吻合口输出端瘘而形成限局性脓肿，行局部引流术，术后14日死亡。我们认为术后疼痛未缓解、腹胀、心悸、发烧、脉快、白细胞总数升高，首先要考虑并发症。又如患者男，29岁，胃切除术后，右上腹痛，2日出现黄疸，黄疸指数30单位，误认为是输血引起“肝炎”，行保肝治疗。术后13日因右上腹痛，腹膜炎再手术，发现肝下积液1,000ml，胆囊肿大，胆管扩张，行胆管空肠吻合术。此例由于闭锁十二指肠线端时缝合过多，使总胆道受压而出现黄疸误认为是肝细胞性黄疸，延误了手术时机。

四、术式力求简单易行解决问题侵袭越小越好 术前要周密考虑，术中能随机应变，不要强求标准化术式。如患者女，56岁，胃大部切除术后梗阻，于术后26日再手术，发现吻合口输出端梗阻，将吻合口切除，空肠端端吻合术（套入式），胃空肠吻合术。术后5日出现腹膜炎、休克，腹腔引流管流出肠液（吻合口瘘），于再手术后8日死亡。此例长期未进食，全身状态差，低蛋白，术中侵袭大，空肠又采用套入式吻合，肠管压迫系膜形成血运障碍，加之大量胆汁，胰液通过吻合口时产生巨大压力，致空肠吻合口瘘。故手术失败。另一例术后30日手术未切除吻合口，提出距吻合口20Cm处空肠与胃前壁重新吻合，因侵袭小，梗阻解除，健康出院。本组再手术单纯腹腔引流23例，肠切除11例、单纯胃肠或肠吻合7例、肠造瘘4例、胃切除及脾切除各2例。故再手术应从简，宜小不宜大。

参考文献 略

EXPERIENCE IN THE EMERGENCY RECELIOTOMY OF 75 POSTOPERATIVE CASES

Zhu Yuexia Zhang Qingsen

(Department of surgery, Affiniated Hospital)

Abstract This article summarizes the experience in 75 emergency receliotomy cases, discusses that the preventive linkiis due to the suitable choise of anesthesa, careful examination of peritonel cavity Without leaving any focus of infection.sufficient drainage, close observation and proper treatment after operation

Key Words Receliotomy