维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2007)08-0887-01

腹腔术后并发引流孔疝 1 例

傅移山,邱明飞

(重庆西南铝医院重庆市西彭中心医院外科,重庆 401326)

【中国图书分类法分类号】R656 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-04-30

1 临床资料

患者男,74 岁, 因 "右侧腹壁包块逐渐长大 2 年余"于 2005 年 9 月入院。12 年前(1993 年 6 月 11 日)因"胆囊结石、胆道继发性结石"行"胆囊切除、胆总管切开取石、T 管引流术";有"糖尿病"、"冠心病"病史。入院查体:心肺正常,腹部膨隆,右上腹肋缘下可见 12cm 长的手术切口疤痕,在切口外下方原引流管处可见 8cm × 6cm 大小突出腹壁包块,质地软,边界不清,活动度欠佳,局部轻微压痛。辅助检查:CT 提示原引流管部位局部腹壁全层缺损,皮下脂肪层内可见脂肪样密度影通过缺损处疝出, 其内容物可见线条状稍高密度影;腹部 B 超检查提示混合性包块;心功能检测正常;血常规 WBC 8×10^9/L;血糖 9.5mmol/L(注射胰岛素控制)。根据病史、体征及辅助检查,考虑腹腔手术后并发引流孔疝。经积极准备后,手术探查发现:在原引流孔部位,腹膜、腹直肌后鞘、前鞘部分、大网膜及小肠肠管疝出,确诊为引流孔疝。手术采取:还纳肠管,切除疝出的大网膜;尽量游离腹膜,间断关腹,用赫美聚丙烯网片修整后,填入腹后壁腹膜外腹直肌后鞘缺损部位,并缝合固定;游离出前鞘并加强缝合,逐层及腹壁各层。术后加用腹带保护腹部,抗炎对症治疗,14 天拆线出院,随访 18 个月无复发。

2 讨 论

腹部手术后引流孔疝是切口疝的一种特殊类型,文献报道腹部手术切口疝的发病率仅占腹部手术病人 2% ~ 11%,但引流孔疝十分罕见,罗丹报道过 1 例[1]。腹部手术引流孔疝主要发生于医源性腹壁损伤,如安放引流管、肠造瘘等医疗行为;发生部位主要在薄弱的腹外侧壁,因为该部位主要为腱膜结构,血供及神经支配少,自我收缩及愈合能力较差,为疝的形成提供了解剖基础。本病例除了具有上述因素,还因为:引流管、"T"管一起出腹壁,导致腹壁损伤和缺损过大;拔除"T"管引流时间较晚(术后 5 周),腹壁缺损时间长;同时伴有"糖尿病"、"冠心病",组织愈合能力较弱。腹腔术后引流孔疝与其他切口疝一样,一经发生,不能自行愈合,如果发生疝内容物嵌顿或绞窄,将导致肠坏死等严重并发症,故诊断明确后,应早期手术。该病例因为肥胖,早期症状轻,局部体征不明显,从而导致诊断有一些困难,多家医院曾经诊断为"右上腹脂肪瘤"。

腹腔引流是为了预防腹腔手术后可能出现血液、体液积聚以及胃、肠、胆道和胰腺等发生漏的情况下而放置的。我们认为为了进一步减少、避免腹部手术后发生引流孔疝,腹腔引流管是否安放应该根据手术类别、手术范围大小、手术污染程度而决定,而不应千篇一律地安放。国外研究表明在胰十二指肠切除术后发生的腹腔感染,作细菌培养,致病菌为皮肤常见的链球菌和葡萄球菌,其原因是腹腔引流管为腹腔感染提供了途径[2]。因此,该研究显示,对腹腔术后是否放置引流管预防和减少感染,目前仍存在一些争议,但是一致观点:安放腹腔引流管应根据术中情况综合决定,确需放置,应遵循低位、捷径的原则,同时引流孔的位置避开腹壁的薄弱部位,避免多根引流管一起出腹腔,从而达到减少和防止引流孔疝的发生。

参 考 资 料

[1] 罗 丹.术后引流口绞窄疝 1 例[J]. 中国实用外科杂志,2007;27(3):253.

[2] 郭俊超,译,赵玉沛,审校. 胰头切除术后患者早期拔除预防性引流减少感染机会 (连续 104 例患者的前瞻性研究)[J]. 外科学年鉴,2006;1(2):44.

作者介绍:傅移山(1962-),男,主任医师,
主要研究方向:普通外科临床。