维普资讯 http://www.cqvip.com

244-246

(20)

第22卷 第3期 重庆医科大学学报 Vol.22 No.3
1997 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1997

术后早期腹部再手术的原因及预防措施
(附46例报告)

临床学院普外科 朱明才*

提 要 本文报道术后早期腹部再手术46例。约占同时期腹部手术1.3%。46例中择期和急诊手术各23例，其中阑尾切除术及胆囊切除术后再手术占63.04%(29/46)。本文就其原因和预防措施进行了讨论。

关键词 腹部；再手术；原因；预防措施 腹部手术 病因
中图分类号 R61 R656

我院自1993年6月至1996年3月共治疗术后早期腹部再手术46例。约占同时期腹部手术1.3%(46/3656)。

1 临床资料

46例中男性31例，女性15例。择期和急诊手术各23例。余详见表。

2 讨论

2.1 术后早期再手术范围

本组46例术后早期腹部再手术系指因手术原因导致在3个月(尚未出院或出院后再度入院行再次手术治疗者。不包括3个月以后的切口疝、粘连性肠梗阻、肿瘤复发及第一次手术探查计划要作第二次手术者。

2.2 术后早期再次手术原因

2.2.1 麻醉效果欠佳，本组1例外院转入病人，因溃疡病行胃大部切除术。由于麻醉不满意，术中将残胃与回肠吻合，导致病人营养不良而再次手术。

2.2.2 术者经验不足，尤其是实习医师、青年医师，操作不熟练，易导致邻近脏器损伤和切口污染。本组阑尾切除术后的并发症部分原因由此引起。

2.2.3 术中漏诊，在探查腹腔脏器时满足于已发现的病变。尤其是腹部多个脏器损伤时，容易漏诊。本组1例外伤性肝脾破裂，肝脏多个破裂口，行修补后忽视了膈肌裂伤，导致膈疝形成而再次手术；另1例肝脾破裂行肝修补和脾切除术后，忽视了胃的损伤，导致胃瘘行再次手术。

2.2.4 术中误诊，本组1例慢性胆囊炎、胆囊结石同时患十二指肠球部慢性溃疡。术中见除慢性胆囊炎、胆囊结石外，十二指肠球部和胰头部粘连成团，误认为是胆囊炎症所致。未作仔细探查，仅行胆囊切除术，术后第12天上消化道大出血，再次手术探查发现十二指肠球部后、外侧壁有一巨大溃疡，已累及降部近乳头处，该溃疡疤痕与周围组织粘连成块，其溃疡中心部一小血管出血。

2.2.5 异物遗留腹腔，本组1例外院行胆囊切除术后膈下脓肿而入我院再次手术。术中证实为一块大纱布遗留腹腔所致；另1例升结肠癌行右半结肠切除术，术后2月余发生小肠机械性完全性梗阻，再次手术证实为一包裹性粘连带引起，该粘连带较粗，其核心部分为一小束脱落的纱布纤维。

2.2.6 手术止血不彻底或线结松脱均可导致大出血，本组1例胆总管下段癌行胰十二指肠切除术，术后因胃空肠吻合口大出血而再次行吻合口切除、胃空肠吻合术。

2.2.7 人工肛门造瘘段肠管缺血，主要有两个原因。一是造瘘段肠管血供较差，加上造瘘口拉出后系膜及血管拉得过紧，使本来因血供不足的肠壁组织缺血坏死；二是在关闭系膜与侧腹壁间隙或固定缝合肠管与腹壁时，缝针穿破了主要血管引起较大血肿，或结扎了主要血管而导致肠壁缺血坏死。本组1例全大肠切除造瘘段肠管坏死属第一种原因；另1例直肠癌根治术后造瘘段肠坏死则属第二种原因。

2.2.8 切口缝合不当，在关腹时，各层组织对合欠佳，加上切口边缘组织缝得太少，当腹内压增加时

* 男，1953-08出生，副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 46例腹部再手术原因和再手术方法

原发病及治疗	总例数	再手术原因	再手术方式	结果 痊愈例数	结果 死亡例数
急性阑尾炎行阑尾切除术	9	切口感染伴脓肿	脓肿引流术	5	
		小肠损伤伴肠瘘	肠切除吻合术	2	
		切口感染夹道形成	夹道切除术	2	
急性胆囊炎,胆囊结石行胆囊切除胆总管引流术	2	伤口裂开	伤口再缝合术	1	
		"T"管脱出,胆瘘	"T"管再置术	1	
急性胆囊炎胆囊切除术	1	膈下脓肿	胆总管引流,腹腔引流术	1	
慢性胆囊炎,胆囊结石行胆囊切除术	12	伤口裂开	伤口再缝合术	4	
		上消化道出血	胃大部切除,胃肠吻合术	1	
		胆总管损伤,胆瘘	胆总管修补加引流术	2	
		胆总管损伤,黄疸	胆总管引流术	1	
		右肝管损伤,胆瘘	右肝管修补国胆总管引流术	2	
		膈下异物伴脓肿	异物取出加腹腔引流术	1	
		十二指肠瘘	十二指肠修补加引流术	1	
慢性胆囊炎胆囊结石行腹腔镜胆囊切除术	5	肝总管损伤,胆瘘	肝总管修补加胆总管引流术	1	
		右肝管损伤,胆瘘	右肝管损伤修补加胆总管引流术	1	
		迷走胆管漏胆汁	胆总管引流术	2	
十二指肠球部溃疡穿孔修补术	4	伤口裂开	伤口再缝合术	2	
胃溃疡行胃大部切除术	1	修补失败	再修补术	1	
外伤性肠切除,肠吻合	2	粘连性小肠梗阻	粘连松解术	1	
外伤性脾破裂行修补术	1	胃回肠吻合术	胃空肠吻合术	1	
外伤性肝脾破裂行修补术	2	伤口裂开	伤口再缝合术	2	
		粘连性小肠梗阻	粘连松解术	1	
胆总管囊肿外引流术	1	胃癌	胃部分切除术	1	
急性坏死性小肠炎,行肠切除肠吻合术	1	膈疝形成	膈疝修补术	1	
		引流口狭窄伴黄疸	囊肿内引流术	1	
升结肠癌行右半结肠切除术	1	吻合口瘘	肠切除,肠吻合术	1	
结直肠息肉病行全大肠肛管切除术,人工肛门造口术	1	粘连性肠梗阻	粘连松解术	1	
直肠癌行Miles'术	1	造瘘段肠管缺血坏死	坏死段肠管切除术	1	
胆总管下段癌行胰十二指肠切除术	1	造瘘段肠管缺血坏死	坏死段肠管切除术	1	
肝癌行肝动脉插管术	1	胃空肠吻合出血	胃空肠吻合口切除,胃空肠吻合术	1	
		伤口裂开	伤口再缝合术	1	

就容易导致伤口裂开。本组伤口裂开10例,其中部分原因由此引起。此外,全身情况差、营养不良以及组织水肿均可引起伤口感染、裂开。有关腹腔镜胆囊切除,术后早期再手术原因及预防措施将另有文讨论,本文不予赘述。

3 预防措施

重视腹部首次手术是预防腹部手术后早期再手术的关键。作者以为以下几点对预防腹部术后早期再手术有益:

3.1 选择合适的麻醉很重要,若术中麻醉欠佳应及时改变麻醉方式。

3.2 严格手术操作规程,严格无菌操作、无瘤操作等基本技能训练甚为重要。术中探查脏器要轻柔,切忌粗暴,为追求手术速度易导致不必要的组织器官损伤和并发症。探查腹腔时不能满足已发现的病变,应进行逐个脏器检查,尤其是有多个脏器损伤时更应注意,以免遗漏。关腹前必须严格清点纱布器械,此外,器械纱布清点完后,仍应清理

维普资讯 http://www.cqvip.com

腹腔是否有破旧纱布纤维、血块、食物残渣等异物遗留腹腔。

3.3 术中彻底止血、防止线结松脱是预防术后再出血和关键，胃肠手术后早期上消化道出血中以胃残端出血最常见。若胃残端结扎止血效果差，可采用缝扎止血。胃小弯侧切口连续关闭容易发生出血，应采用扣锁缝合较理想。胃周较大的血管应结扎加缝扎止血，以免线结松脱导致出血。

3.4 术中诊断及处理有困难时应找上级医师会诊，因为个人的经验必竟有限，而疾病的发展过程却是复杂的。不能为了顾全面子而草率从事。

3.5 人工肛门造瘘段肠管坏死的预防，首先术中确认造瘘段肠管血供良好，有搏动。肠管拉出腹壁造瘘口后，确认肠管及其系膜松弛度适宜，不能拉得过紧，在缝合固定肠壁系膜时，先固定腹壁段肠管，然后关闭肠系膜与侧腹壁间隙。这样可防止造瘘肠管回缩或拉得过紧。缝系膜时切忌缝破主要血管引起血肿或结扎主要血管，以免引起肠管缺血坏死。

3.6 胆管损伤的预防，Willians[1]报道开腹胆囊切除术胆总管损伤率为0.09%，本组约高于此数。预防的关键是看清楚胆囊管与胆总管两者相连关系后再切胆囊。无论胆囊三角暴露良好与困难，解剖关系正常与变异，术者的操作技术熟练与否均应遵地循这一规律。切忌大切阔斧，追求手术速度，以致损伤胆总管而一无所知。对粘连较重、解剖变异者，可先切开胆囊，用探针探明胆囊管与胆总管关系后，再行胆囊切除。本组胆管损伤与暴露良好与否，解剖关系正常与存在变异，以及操作技术是否熟练均无相关。关键是没认清两者相连关系而行胆囊切除。

3.7 阑尾切除术后有少部分病人出现局部炎性肿块，多因结扎止血、缝合切口的丝线所致[2]。可在未形成脓肿前理疗(如远红外线照射、超短波等)，以促进炎症消散吸收。脓肿一旦形成后，在引流的同时应彻底清除残留丝线。目前主张对感染性伤口，采用高分子材料可吸收缝线。

3.8 良好的切口缝合对预防伤口裂开至关重要，病人全身情况差、组织水肿以及急诊手术患者，应根据具体情况决定是否加缝张力缝线。除此之外，手术前后的营养支持、水电解质平衡、抗生素的应用，以及术后腹腔引流管的护理，亦是防止术后早期再手术的重要措施。

参考文献

1.Williams LF,Chapman WC,Bonau RA,et al. Am J Surg 1993;165:459
2.杨维良，杨学伟，周学文，等.中国实用外科杂志 1994;14(5):278

(收稿日期 1996-09-17)

Causes and preventive measures of abdominal reoperations in the early postoperative period (report of 46 cases)

Zhu Mingcai

Deparment of Ceneral Surgery, the college of clinical medicine

This paper reports cases with abodminal reoperations in the early postoperative period.It accounted for 1.3% of abdominal operations performed in the same period.of 46 reoperations, electove and emergent operations were half and half (23/46). Appendectomy and cholecystectomy accounted for 63.04% of the first operations. The causes and preventive measures of abdomina reoperations arediscussed in this paper.

KEY WORDS Abdominal reoperation: Casue; Preventive measures