

文章编号:1005-6947(2005)11-0878-02

· 临床报道 ·

急性阑尾炎术后切口长期不愈的原因及防治

张传国, 刘允, 吕超

(山东省滕州市中心医院 普通外科, 山东 滕州 277500)

摘要: 回顾性分析近10年来行阑尾切除术后切口感染长期不愈42例患者的临床资料, 结果示切口感染的处理不当、腹壁窦道的形成、肠痿的发生等是其局部因素, 营养不良、合并其他严重疾病、脏器功能衰竭等为全身因素。提示防治术后切口感染、腹壁窦道的形成、肠痿的发生及纠正营养不良、治疗合并症、改善全身状况等是降低术后切口长期不愈发生率的关键。

关键词: 阑尾切除术/副作用; 外科伤口感染/病因学; 外科伤口感染/预防和控制

中图分类号: R656.8; R619.3

文献标识码: B

急性阑尾炎居外科急腹症之首, 约占外科住院病人的10%~15%^[1]。由于是感染性疾病, 切口感染仍是其术后最常见的并发症。阑尾切除术后超过3周切口仍不能愈合者即为长期不愈合^[2]。临床并非罕见。我院1994年1月~2004年1月共收治急性阑尾炎并行阑尾切除1671例, 术后

切口感染107例, 其中切口长期不愈的42例, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

阑尾切除1671例, 术后切口感染107例(6.4%)。切口长期不愈者42例, 占切口感染患者的39.3%, 占阑尾切除术患者的2.5%。男28例, 女14例; 年龄12~94(平均51.5)岁; 化脓性阑尾炎16例, 坏疽性阑尾炎并穿孔18例, 阑尾周围脓肿8例。阑尾逆行切除26例, 逆行切除10例, 脓肿清除并置管引流6例。

收稿日期: 2005-03-11; **修订日期:** 2005-05-17。

作者简介: 张传国(1968-), 男, 山东滕州人, 山东省滕州市中心医院副主任医师, 主要从事胃肠、肝胆外科方面的研究。

通讯作者: 张传国 电话: 0632-5519333; E-mail: zcgly2002@hotmail.com。

即腹膜前进行修补。它的下方修补能超过耻骨梳韧带, 上方超过腹横肌, 内侧跨过腹直肌, 外侧能覆盖整个内环口。上层补片被放置在腹外斜肌腱膜下方的间隙内。要使其最大限度地发挥作用应将其充分展开。装置的连接部是被安放在内环或直疝缺损处, 像网塞一样对疝环起充填作用, 并将集中于连接部的压力能最大限度地分散到下层补片的边缘。Gilbert等^[3]应用该术式共治疗759例腹股沟疝患者, 疗效满意, 无1例复发。与其他无张力疝修补术相比较, 亦仅有很少的术后并发症产生。

在本组获得随访的33例患者中无1例复发。2例出现术后尿潴留, 可能与硬膜外麻醉或老年前列腺增生有关, 经导尿治疗后痊愈; 1例阴囊积液, 经反复抽吸后消失; 1例伤口积液经换药后痊愈; 无1例伤口感染。本组患者均无明显的腹股沟区异物感。为了提高手术疗效, 减少术后并发症, 术中操作应注意以下几点: (1) 对腹外斜肌腱膜深面的修补间隙应充分游离, 上至腹横肌腱弓, 内侧至腹直肌缘, 外下方至腹股沟韧带, 使其能容纳上层补片。(2) 用一干纱布包裹食指游离腹膜前间隙是简化手术和手术成功的关键。纱布是能够充分吸附腹膜前脂肪的理想

工具, 同时还能在外侧触及髂动脉的搏动。(3) 补片连接部应正对疝环缺损处, 置入下层补片时可用食指将补片向四周展开, 然后嘱患者咳嗽或鼓腹, 可验证下层补片是否已发挥作用, 同时又可使补片与腹膜贴得更紧密。(4) 上层补片在精索处剪一开口, 使精索通过。斜疝的开口位于补片中央, 直疝的开口位于补片下方, 然后缝合该缺口。

综上所述, 笔者认为普理灵疝装置不仅具有无张力疝修补术的优点, 还特别适合于老年人、巨大疝和复发疝等; 尤其是对于疝环缺损超过3cm者, 用1个普理灵疝装置即可。这比用2个或2个以上网塞更经济, 而且疗效更可靠。

参考文献:

- [1] 崔明, 杨彦, 王相田. 聚丙烯网片无张力缝合治疗复发性腹股沟疝62例[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(11): 865-866.
- [2] 韩继明, 张平, 高根五. 充填式无张力疝修补术的临床应用: 附108例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(11): 863-864.
- [3] Gilbert AI, Graham MF, Voigt WJ. A bilayer patch device for inguinal hernia repair [J]. Hernia, 1999, 3(9): 161-166.

1.2 原因分析

切口经久不愈的42例患者中合并甲状腺功能亢进1例次、糖尿病8例次;肥胖、腹壁厚度超过5cm、脂肪液化13例次;异物残留19例次(缝合线结18例、棉球残留1例);形成腹壁窦道者10例次;阑尾组织残留3例次(逆行切除阑尾头端残留2例次、术中切除不当阑尾整体残留1例次);阑尾残端瘻、盲肠瘻2例次;腹腔结核2例次;Crohn病1例次;结肠癌1例次。

2 治疗方法及结果

(1)治疗合并症、清除残留线结及坏死组织、反复换药愈合19例,治愈时间为32~196(平均62.5)d。(2)治疗合并症、清除残留线结、切除坏死组织Ⅱ期缝合愈合12例,治愈时间为41~67(平均51)d。(3)治疗合并症、开腹探查、去除感染源、窦道切除Ⅱ期缝合,愈合10例,治愈时间为99~186(平均132.5)d。(4)1例合并糖尿病患者192d时经切除坏死组织Ⅱ期缝合后切口仍不愈合,换药至302d方愈。

3 讨论

3.1 发生原因

切口感染,是阑尾切除术后最常见的并发症^[1],是切口长期不愈的基础。(1)病程及类型:病程越长阑尾及腹腔的感染越重,切口感染的可能就越大。(2)术中操作不当:无菌条件差;切口保护不当;手术野暴露不良,粗暴操作致肠管损伤、残端处理不当或阑尾组织残留等;腹膜缝合不严或各层留有腔隙;引流物的选择及放置不当。(3)腹壁脂肪过厚。术后脂肪液化,易于感染。(4)术后换药方法不当。(5)抗菌素应用不当等。针对以上原因,笔者认为应给予以下处理:确诊后及早手术;切口要能充分显露术野,进腹时腹膜外翻,防止脓液污染切口;针对阑尾炎类型,选择不同术式,尽量减少阑尾周围组织损伤;彻底清除腹腔脓液、抗生素液灌洗和(或)留置;严格掌握腹腔引流指征,引流物另戳口放置;关腹时用可吸收缝线缝合或应用无留置线缝合法^[3],腹壁各层用抗生素液冲洗;合理全身性使用抗生素等。应用上述方法,可使化脓、穿孔或坏疽性阑尾炎切口感染率降为6.4%(文献报告为10%~20%^[4])。如一旦切口感染,应早期拆除缝线,彻底清除坏死组织,去除异物,不留死腔,及时引流并使引流通畅。

3.2 腹壁窦道

是切口长期不愈的最常见原因,发生率约为1%。本组约占0.6%。形成原因:(1)感染缝线残留。伤口感染后,残留在创口内的缝线即成为异物,使切口长期不愈而形成窦道。(2)感染切口引流不畅。(3)引流物安放不当。从原切口引流增加了切口的外源性污染机会,同时压迫切口组织易于形成。(4)腹腔脓肿自原切口溃破。(5)阑尾头端或整体残留。(6)异物残留。术中或切口感染换药时遗留纱布、棉球、粪石等。

腹壁窦道防治,首先要预防切口感染;对污染切口要用可

吸收线缝合或应用无留置线缝合法^[3];严格掌握引流的指征,杜绝从原切口引出,用管状胶皮引流并及时拔除;切口要能充分显露术野,避免误切或使阑尾组织、粪石残留;严格查对制度,防止手术和换药时纱布、棉球的遗留。一旦窦道形成要查清窦道方向与原因,扩大切口,彻底清除坏死组织及感染线结和异物,搔括窦道,除去不健康肉芽组织,必要时行窦道切除。

3.3 肠瘻

肠瘻是切口长期不愈的又一重要原因。文献报告其发生率在0.7%~3.7%^[2]。本组发生率为0.12%。原因:(1)阑尾残端处理不当形成肠瘻。(2)术中肠壁损伤未及时缝补或缝补不严密。(3)引流管压迫肠管使局部缺血坏死。(4)诊断疏漏,误行阑尾切除。某些回盲部疾病如肿瘤、结核、Crohn病等,阑尾充血水肿,被误诊为阑尾炎,而行阑尾切除,特别是在远端有肠道梗阻时易发生肠瘻^[2]。

为防止肠瘻的发生,应做到阑尾残端包埋前应消毒处理,残端长短、荷包大小合适,结扎松紧适宜,阑尾根部炎症严重、盲肠壁水肿明显时可行黏膜剔除;术中操作要轻柔,避免损伤肠管。引流物柔软且不宜放置过久。术中发现阑尾病变不能解释临床症状时,应作详细探查,以免误诊。肠瘻发生后,要确保引流通畅,控制感染,消灭脓腔,避免新的瘻道形成。多数经积极保守治疗可自行愈合。肠瘻在3个月以上不能愈合者,应仔细查找病因、病变范围、瘻道方向等,以备手术治疗。手术可行单纯瘻管切除、内口修复。如为回盲部疾病(肿瘤、结核、Crohn病等)则应行瘻管及受累的肠段切除吻合术。

3.4 全身因素

较多引起切口长期不愈是重度营养不良、贫血和低蛋白血症等。可通过膳食调节、管饲要素饮食、静脉补充白蛋白、新鲜血和肠外营养等改善之。与切口愈合有关的维生素A、C、D亦予补充。微量元素以补锌最重要,锌可使手术切口愈合速度增加1倍^[5]。对其他全身因素如高龄、肥胖、糖尿病、多脏器功能衰竭、长期应用激素和免疫抑制剂、合并恶性肿瘤等亦不可忽视,应作相应处理。

参考文献:

- [1] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001. 980-987.
- [2] 吴言涛. 阑尾切除术后切口长期不愈的原因探讨及防治[J]. 实用外科杂志, 1992, 12(4): 178.
- [3] 张国祥, 陆光生, 宋金亮, 等. 阑尾切口无留置线缝合法对切口感染的影响[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(11): 851-852.
- [4] Krukowski ZH. Preventing wound infection after appendectomy areview[J]. Br J Surg, 1988, 10(5): 1023-1024.
- [5] 郭世胜, 王德成. 如何加速感染切口的愈合[A]. 见:何三光. 中国外科专家经验文集[M]. 沈阳:沈阳科技出版社, 1992. 254-255.