

文章编号:1005-6947(2005)03-0235-02

· 临床报道 ·

急腹症早期再手术 22 例分析

张建民¹, 刘冬冬¹, 李乐平²

(1. 山东省宁阳县第一人民医院 普通外科, 山东 宁阳 271400; 2. 山东省立医院 普外科, 山东 济南 250014)

摘要: 笔者回顾性分析 8 年间 22 例急腹症早期再手术患者的临床资料。再手术原因包括首次手术漏诊误诊 5 例, 首次手术失误 7 例, 手术并发症 10 例。再手术病死率 13.6% (3/22)。死亡原因主要是继发性多器官衰竭。提示提高外科急腹症的救治水平和手术技巧, 增强责任心, 是降低再手术率和死亡率的关键。

关键词: 急腹症; 再手术

中图分类号: R459.7; R61

文献标识码: B

1992~2000 年山东省宁阳县第一人民医院普外科共施行急腹症早期再手术 22 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 17 例, 女 5 例。年龄 9~72 (平均 42.7) 岁。阑尾切除术后再手术 6 例, 胃穿孔修补术后再手术 2 例, 胃

穿孔胃大部切除术后 1 例, 粘连性肠梗阻术后再手术 3 例, 绞窄性肠梗阻肠切除术后 1 例, 胆道探查术后 2 例, 腹部外伤剖腹探查术后再手术 7 例。再手术时间距首次手术间隔 6h 至 28d。

1.2 再手术原因

首次手术漏诊 5 例, 手术失误 7 例, 手术并发症 10 例 (附表)。

附表 再手术原因、手术方式及结果

序号	原发病	首次手术方式	再手术原因	再手术方式	例数	治疗结果
1	急性阑尾炎	阑尾切除术	回盲部恶性肿瘤误诊为阑尾炎	右半结肠切除	2	痊愈
2	急性阑尾炎	阑尾切除术	阑尾系膜出血	缝扎止血	1	痊愈
3	急性阑尾炎	阑尾切除术	粘连性肠梗阻	粘连松解	2	痊愈
4	急性阑尾炎	阑尾切除术	盆腔脓肿	冲洗引流	1	痊愈
5	胃溃疡穿孔	胃穿孔修补术	肝下脓肿	冲洗引流	1	痊愈
6	胃溃疡穿孔	胃穿孔修补术	粘连性肠梗阻	粘连松解	1	痊愈
7	胃溃疡穿孔	胃大部切除术	误扎结肠中动脉致横结肠坏死	横结肠切除 + 造瘘	1	死亡
8	粘连性肠梗阻	粘连松解	脾下极撕裂出血	脾下极修补	1	痊愈
9	粘连性肠梗阻	粘连松解	梗阻不缓解	再次松解粘连	1	死亡
10	粘连性肠梗阻	粘连松解	切口裂开	II 期缝合	1	痊愈
11	绞窄性肠梗阻	肠切除术	吻合口出血	吻合口切除	1	痊愈
12	胆总管结石	胆道探查术	胆漏致胆汁性腹膜炎	冲洗引流	1	痊愈
13	急性化脓性梗阻性胆管炎	胆道探查 + 胆囊切除	胆囊床渗血	缝扎止血	1	痊愈
14	外伤性脾破裂	脾切除术	漏诊小肠穿孔	肠切除术	1	痊愈
15	外伤性脾破裂	脾切除术	脾动脉扎线脱落	脾动脉结扎	2	痊愈
16	外伤性肝破裂	肝修补术	漏诊脾被膜下血肿, 迟发性出血	脾切除术	1	死亡
17	横结肠刀刺伤	横结肠修补术	漏诊胃贯通伤	胃修补术	1	痊愈
18	外伤性肠破裂	肠修补术	粘连性肠梗阻	粘连松解	1	痊愈
19	外伤性肠破裂	肠切除术	切口裂开	II 期缝合	1	痊愈

收稿日期:2004-07-15; 修订日期:2005-01-22。

作者简介:张建民(1970-),男,山东宁阳人,山东省宁阳县第一人民医院副主任医师,主要从事腹部外科和腹腔镜方面的研究。

通讯作者:张建民 电话:13953843658(手机); E-mail:zhangzhang7011@163.com。

2 治疗方法及结果

手术处理漏诊误诊病变5例,手术治疗腹腔内继续出血6例,结肠造瘘1例,肠粘连松解5例,腹腔感染冲洗引流3例,切口裂开缝合2例。术后痊愈或好转19例,术中死于心衰1例,术后死于继发性多器官衰竭2例(附表)。

3 讨论

导致急腹症早期再手术的原因较多,情况复杂,风险及难度往往高于首次手术,并易产生医疗纠纷。因此,不断降低再手术率是外科医生所必须面对的问题。

首次手术漏诊或误诊是造成早期再手术的重要原因。笔者体会,当术中发现腹内病变与术前诊断有出入时,应疑及误诊的可能,切忌存在侥幸心理,草率处置,贻误病情。对于腹部外伤剖腹探查的病例,应常规全腹探查,不能仅满足于找到一个部位的损伤,以免漏诊。

首次手术失误也可导致早期再次剖腹手术。可见手术者既要有良好的基本功,手术操作正确无误,又要增强责任心,提高警觉,很多手术失误是可以避免的^[1]。

术后并发症导致的早期再手术以粘连性肠梗阻和腹部感染多见。笔者认为,虽然并发症的发生有一定客观因素,但手术者提高操作技巧、正确处理病变,仍能减少并发症的发生。手术操作细致轻柔,避免长时间显露肠管,术后情况允许时尽早下床活动,可减少肠粘连的发生。笔者体会关腹前肠管表面应用几丁糖可能有助于预防粘连的发生,但有待总结大宗病例进一步探讨。手术结束前仔细清理腹腔,避免积液、积血,术后充分引流,是减少术后腹腔感染的重要措施。

由于急腹症早期再手术的风险大,临床医生必须及时正确决断,既要防止错过手术时机,又要避免阴性再手

术^[2]。笔者总结再手术指征如下,供参考:(1)术后出现继续出血,经对症处理不见好转或进行性加重,甚至出现休克者,应果断再手术,常可挽救患者生命^[3]。(2)粘连或其他原因造成的机械性肠梗阻,试行非手术治疗约2周,并排除早期炎症性肠梗阻^[4]。(3)有确定的腹腔感染灶,并经超声、X线证实。(4)其他危及生命的操作失误或并发症。

早期再手术往往较紧迫,因此快速有效的术前准备对手术成功十分重要。(1)术前充分考虑术中可能出现的问题,认真讨论,共同协商,制定切实可行的手术措施,力争以最小的创伤解决问题。(2)术前准确评估患者全身情况,纠正水电解质、酸碱平衡紊乱,纠正休克,进行必要和有效的术前准备,合理使用广谱抗生素。(3)术前医患双方进行沟通,征得患者及家属的理解与积极配合。(4)手术要有经验丰富的高年资医生参加,术前对首次手术情况进行认真复习和分析^[5]。

参考文献:

- [1] 姜洪池,乔海泉.腹部外科再手术的指征和时机[J].中国实用外科杂志,2002,22(4):196-196.
- [2] 张建民,刘冬冬.腹部手术后早期急性阑尾炎6例报告[J].中国普通外科杂志,2004,13(1):76-76.
- [3] 蒋厚文,赵登秋.腹部术后早期腹腔大出血的诊治[J].中国普通外科杂志,2002,11(12):749-751.
- [4] 刘沅丰,郑冰,刘宏方.术后早期炎症性肠梗阻36例诊治体会[J].中国普通外科杂志,2002,11(8):507-508.
- [5] 李永国.急腹症再手术问题[J].中国实用外科杂志,2002,22(4):196-199.

关于优先处理、录用课题论文的启示

为及时反映全国各地临床医学的新成果、新技术,本刊将对获得国家、省、市等各类科研基金资助、立项课题的来稿,尽快审稿,对可用稿件尽快刊登。敬请全国各地医药科研临床工作者踊跃投稿。投稿时请附相关证明材料、资助项目文件的复印件、单位介绍信,并在稿件左下方脚注中注明基金资助项目名称、编号。