

老年人腹部手术术后切口裂开的原因及对策

温笑容

(广东省广州市第一人民医院外科 510180)

摘要 目的:探讨老年人腹部手术术后切口裂开的原因,提出防范措施。方法:回顾性分析 956 例 60 岁以上腹部手术病人的临床资料。结果:共有 26 例切口裂开,再次缝合后无一例再裂开。3 例死亡,病死率为 11.5%。结论:注意缝合技术和增加组织抗张力的强度,降低腹压,避免危险因素和对危险因素的围手术期处理,能有效地预防了老年人腹部手术术后的切口裂开。

关键词: 老年;腹部切口裂开;预防

中图分类号: R619 **文献标识码:** A

Causes and strategies of operative incision split in the aged after abdominal operation

WEN Xiao-rong

(Department of general surgery, Guangzhou First Municipal People's hospital 510180, Guangdong, China)

ABSTRACT Objective: To investigate the causes of operative incision split in the aged after abdominal operation, and to propose the strategies. **Methods:** Clinical data of 956 patients over 60 years old, who underwent abdominal operation, were analyzed retrospectively. **Results:** 26 cases of operative incision split occurred, but no case of incision split was recurrent after suturing again; 3 cases died, and the mortality rate was 11.5%. **Conclusions:** Be careful of repair skill, increasing tissue's tension-resistant intensity, lowering intraabdominal pressure, and avoiding unfavorable factors and enhancement of perioperative managements to these factors, which are effective to prevent the incidence of operative incision split in the aged after abdominal operation.

Key words: The aged; Abdominal incision split; Prevent

腹部切口裂开是老年人腹部手术术后的一种常见外科并发症,不但增加病人的痛苦和医疗费用,严重影响术后的恢复,甚至导致病人的死亡。因此术后切口裂开的预防和治疗尤为重要。我院 1997 年 1 月至 2004 年 1 月共收治 956 例老年腹部手术的患者,其中术后并发切口裂开 26 例,现对老年人腹部手术术后并发切口裂开的原因及对策加以讨论。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院从 1997 年 1 月至 2004 年 1 月期间,普外科的 956 例老年人腹部手术中有 26 例切口裂开,发病率 2.7%。男性 20 例,女性 6 例,男女之比为 3.3:1。年龄从 61~89 岁,平均年龄 69 岁。恶性肿瘤病人 21 例,良性疾病病人 5 例。择期手术 15 例,急诊手术 11 例。其中急性消化道穿孔 2 例,急性胆道感染 2 例,结肠癌伴结肠梗阻 6 例,肝癌破裂 1 例。有 8 例伤口存在明显感染或组织坏死。

1.2 方法

26 例切口裂开均立即采取急诊清创缝合。19 例全层缝合,7 例分层缝合。

2 结果

再次缝合后无一例再裂开。3 例死亡,病死率为 11.5%,均为晚期恶性肿瘤。

3 讨论

老年人腹部切口裂开因素繁多,主要有全身情况和局部因素两类。

3.1 全身情况

老年人全身营养情况差,肌肉萎缩腹壁组织薄弱,组织愈合能力不佳,且多伴有导致此种情况的疾患如:糖尿病、尿毒症、低蛋白血症、肿瘤以及长期应用类固醇激素等。已有研究证实,恶性肿瘤病人易发生腹壁切口裂开^[1]。

3.2 局部因素

3.2.1 缝合不当: 首先应考虑医生的操作技术及其相关的材料。可归纳到 5 个方面: (1) 缝线缝针太浅。 (2) 缝线拉断。 (3) 滑结。 (4) 结扎太紧、过松或缝合间隙过大,允许腹腔内容物突出。 (5) 缝线撕裂筋膜。最后一种是切口裂开最常见的一个原因。麻醉效果欠佳,腹部肌肉不能满意松弛,使术者难以准确关闭切口,也是间接原因。

3.2.2 腹内压增加: 任何腹腔内手术后,腹内压力都有不同程度的增加。而且老年人常伴随的慢性阻塞性呼吸道疾患、排尿困难及腹水都能增加腹压。

3.2.3 伤口愈合不良: 半数以上切口裂开病例伴有感染,另外切口有引流物通过或有血肿、积液时均妨碍切口愈合。

3.3 切口裂开的预防应注意的几个环节

3.3.1 局部因素: 避免筋膜撕裂和增加组织抗张力的强度。切记,术毕缝合腹壁切口时必须避免缝线撕裂腹膜和筋膜,特别在缝合筋膜时要足够吃针。急诊手术,如缝合有困难,一定要在较好的麻醉配合下,待腹肌松弛后迅速结扎事先已缝合好的缝线,以避免术后发生急性切口裂开。此外,术后早期必

须采取各种预防引起腹压增高因素发生的措施,如必要的胃肠减压、镇痛、止咳、止吐等是非常重要的。为了增加组织抗张力的强度,可采用较多的筋膜组织缝合来达到。对有明显影响切口愈合因素存在的病人,亦可采取切口减张缝合来预防切口裂开的发生。合理应用电刀 随着手术切口的电刀应用越来越多,如使用不当也有其影响切口愈合的作用。实验发现用电刀切开的纵切口,他的伤口比用解剖刀切开的伤口其愈合强度要减低 $1/3^{[2]}$ 。因为电刀可使切开的周围组织加热、脱水、变性而影响切口愈合,在切开筋膜时实应避免以电刀切开。预防切口感染,切口感染尤其筋膜感染坏死是术后切口裂开的重要原因之一。为了防止其发生,必须遵循外科原则,保护好手术切口,严格遵守无菌操作。做到切口止血彻底,防止局部血肿形成。手术者操作应轻柔,避免粗暴分离和大块组织结扎所造成日后的组织缺血坏死,和过多的电灼而造成局部组织的变性、坏死、液化而继发感染。此外造瘘口及引流管均要另戳口引出,避免从原切口通过。仔细小心操作,减少切口污染是预防切口感染的重要环节之一。对有污染可能的伤口,术前 30~60 分钟适当预防性地用一些抗生素,对术后伤口感染有一定预防作用。缝合切口前宜更换污染器械及手套并加压冲洗伤口而减少污染细菌数。

3.3.2 全身情况:在手术前后对存在影响切口愈合的不利因素的治疗,又是其另一个防止切口裂开的重要环节。如纠正营养不良、贫血,控制血糖在正常范围,改善黄疸情况及改善呼吸状况。不要仅满足于电解质和葡萄糖的补充,如无禁忌及早恢复进食是提高病员免疫功能的最有效方法。尤应注意手术前后 2 周避免化疗、局部放射治疗和类固醇的应用。必须应用类固醇者同时口服维生素 A 及 E,可消除类固醇对伤

口强度的影响。术后保证一个充足的血容量、保暖、止痛、吸氧都有改善伤口血运,防止缺氧,有利于伤口愈合。有研究证实,蛋白热卡量和切口强度有相关影响,术后适当补充蛋白制剂是有必要。

3.4 切口裂开的处理

非手术治疗:应用填塞法,主要用于部分切口裂开或局部伤口不宜立即缝合者。用纱布块填塞和腹带或绷带包扎,收紧、闭合伤口,或者待伤口好转再延期手术缝合。手术治疗:即刻给予裂开切口清创缝合。方法有全层或分层缝合,当前热衷于全层缝合。其优点是安全、有效、省时。

由此可见,老年人腹部术后切口裂开是全身营养状况不良及局部因素综合作用的结果。本文结果表明导致切口裂开也是多方面因素的综合所致,其中切口感染、腹胀、缝合组织过少和缝线张力过大均极易导致切口裂开。黄疸、低蛋白血症、贫血、营养不良和尿毒症的存在可影响切口的愈合,若再有腹胀、缝线切割组织导致筋膜撕裂,必然会引起切口裂开。总之纠正营养不良、控制呼吸道感染、采用整层缝合、注意缝合切口的技巧均将有助于降低切口裂开的发病率。

参考文献

- [1] Riou JP, Cohen JR. Factors influencing wound dehiscence[J]. Am J Surg, 1992, 163: 324- 329
- [2] 揭志刚, 谢小平, 武彪, 等. 减张缝合预防高龄病人切口裂开的体会[J]. 外科理论与实践, 2005, 12(1): 38
- [3] Rippaport WD, Hunter GC, Allen R, et al. Effect of electrocautery on wound healing in midline laparotomy incisions [J]. Am J Surg, 1990, 60 (6): 618
- [4] 孙友俊, 刘黎明. 腹部切口裂开的原因和防治(附 41 例报告)[J]. 医学新知杂志, 2003, 12(02): 85

(上接第 37 页)

可见前列腺肿瘤侵入精囊腺,其分期也随之改变。诊断性试验结果也证实与常规 MRI 成像相比,DCE-MRI 成像对于鉴别 B 期及 C 期前列腺肿瘤有着更高的敏感性、特异性及诊断准确率,分别为 88.88%, 79.17% 和 83.33%。而 Rorvik 等^[7]报道分别为 50%~88%、38%~95% 和 70%~80%,与本组报道相近。尽管前列腺穿刺活检被认为是术前诊断前列腺癌的最佳方法,但由于患者痛苦较大,且漏检率较高,因此在临床上很难得到全面展开,使得其使用受到一定程度的限制,而直肠指诊虽不能准确的预测前列腺癌的病理结果,但由于具有较高的敏感性,且临床上实施简便,患者痛苦轻,是临床必不可少的检查手段,动态增强核磁成像作为一种无创、准确的检查手段能够直观的显示肿瘤大小、边缘,使得患者更容易接受,因此在直肠指诊的基础上结合 PSA 值对可疑患者进一步行动态增强核磁成像检查,必将大大提高对前列腺癌诊断率及对局限性前列腺癌的检出率,从而更好的指导前列腺癌治疗方法的选择。

参考文献

- [1] 吴阶平主编. 吴阶平泌尿外科学[M]. (上卷). 济南: 山东科技

术出版社, 2004: 1082- 1082

- [2] Anthony VD, Richard W, Mitch S, et al. The impact of the inclusion of endorectal coil magnetic resonance imaging in a multivariate analysis to predict clinically unsuspected extraprostatic cancer[J]. Cancer, 1995, 75: 2368- 2372
- [3] Anwar RP, Connie JG, David AM, et al. Dynamic contrast enhanced MRI of prostate cancer: correlation with morphology and tumor stage, histological grade and PSA[J]. Clin Radiol, 2000, 55: 99- 109
- [4] 钟晨阳, 陈敏, 万奔, 等. 前列腺肿物检查方法的临床评价[J]. 中华肿瘤杂志, 2001, 23: 64- 66
- [5] Tanaka N, Samma S, Joko M, et al. Diagnostic usefulness of endorectal magnetic resonance imaging with dynamic contrast-enhancement in patients with localized prostate cancer: mapping studies with biopsy specimens[J]. Int J Urol, 1999, 6: 593- 599
- [6] Nanimoto T, Morishita S, Saitoh R, et al. The value of dynamic MR imaging for hypointensity lesions of the peripheral zone of the prostate [J]. Computerized Medical Imaging and Graphics, 1998, 22: 239- 245
- [7] Rorvik J, Halvorsen OJ, Albrektzen G, et al. Use of pelvic surface coil MRI for assessment of clinically localized prostate cancer with histopathologic correlation[J]. Clin Radiol, 1999, 54: 164- 169