

## · 经验交流 ·

## 预置切口缝线预防小儿肠造瘘关瘘术后切口感染

林 海 李 权 林国雄

【关键词】 外科伤口感染;肠造口术;儿童

切口感染是肠造瘘关瘘术后最常见的并发症,其发生率约 41%,可能导致切口全层裂开或切口疝<sup>[1]</sup>。作者于 2008 年 11 月至 2010 年 11 月收治 90 例肠造瘘术后患儿,对其中 40 例采用预置切口缝线延期打结缝合皮肤,预防切口感染,并与另 50 例未行预置切口缝线延期打结者进行比较,现报告如下。

## 临床资料

## 一、一般资料

90 例患儿中,男 61 例,女 29 例。采用预置切口缝线延期打结缝合皮肤 40 例,为观察组,包括肠套叠并结肠坏死穿孔肠造瘘术后 15 例,溃疡性结肠炎回肠造瘘术后 4 例,高位无肛、肠造瘘术后 13 例,巨结肠术后吻合口瘘行肠造瘘术后 3 例,自发盲肠穿孔肠造瘘术后 4 例,降结肠癌结肠部分切除肠造瘘术后 1 例。未采用预置切口缝线预防切口感染者 50 例,为对照组,包括肠套叠肠切除肠吻合术后肠瘘行肠造瘘术 4 例,肠扭转并肠坏死行肠造瘘术后 12 例,家族性息肉病肠造瘘术后 4 例,嵌顿性斜疝肠坏死肠造瘘术后 7 例,高位无肛肠造瘘术后 4 例,中毒性小肠结肠炎回肠造瘘术后 10 例,肠镜检查致乙状结肠穿孔肠造瘘术后 4 例,外伤性肠穿孔肠造瘘术后 5 例。

## 二、治疗方法

观察组:冲洗腹腔后关腹,常规用 4 号丝线间断全层缝合腹膜、肌层,在腹膜缝合后用生理盐水反复冲洗切口,用 0 号丝线间断缝合皮下,1 号丝线间断缝合皮肤,间隔预置切口缝线延期打结,若术后发现感染迹象,则在不打结缝线处放置干纱条皮下引流。于术后 3~5 d 根据具体情况将预置皮肤切口缝线打结,7~10 d 后拆除缝线。

对照组:冲洗腹腔后关腹,常规用 4 号丝线间断全层缝合腹膜、肌层,在腹膜缝合后用生理盐水反复冲洗切口,用 0 号丝线间断缝合皮下,1 号丝线间断缝合皮肤,术后若发现切口感染,则拆除部分切口缝线,放置干纱条引流,待引流彻底后二期缝合切口。

## 三、统计学处理

采用 SPSS 16.0 软件进行分析与处理,两组间率的比较采用  $\chi^2$  检验。

## 四、结果

观察组 40 例中,出现切口感染 1 例(2.5%),39 例甲级愈合,甲级愈合率 97.5%;对照组 50 例,切口感染 8 例(16%),42 例甲级愈合,甲级愈合率 84%。见表 1。

表 1 观察组和对照组切口愈合情况比较(%)

组别	n	切口感染率(%)	切口甲级愈合率(%)
观察组	40	2.5	97.5
对照组	50	16	84
P 值		<0.05	<0.05

## 讨 论

肠造瘘术后切口感染的发生率约 41%<sup>[1]</sup>。切口感染一般发生在术后 3 d 左右,多发生在皮下组织,主要原因是局部血运较差,另外,缝线过紧也可影响局部血运。皮肤缝合后皮缘对合紧密,皮下渗血、渗液得不到充分引流,如积聚过多,便可导致感染。加上患儿体位及重力关系,可使感染向深部扩散,早期不易被发现。因此,及时发现并引流创面渗出是防止切口感染的关键,特别对于污染严重或感染手术切口。本研究采用预置切口缝线,由于部分切口是开放的,有利于早期发现皮下组织感染的迹象,而提前采取适当的干预措施。

传统的预防和治疗措施为创面缝合加橡皮片或烟卷引流法<sup>[2-3]</sup>。该方法引流动力主要靠虹吸作用,属于被动引流,引流效果有限。有明确切口感

染者一般采用开放引流<sup>[4]</sup>。开放换药虽可避免切口内积液及潜腔形成,但需频繁换药,并有继发感染的潜在危险,且需要二期缝合。传统方法难以避免创腔积液、创面感染及长期换药。据报道,封闭式持续负压吸引负压引流对于预防腹部手术切口感染效果明显<sup>[5-6]</sup>。另有报道,闭式引流灌洗预防和治疗后位脊柱融合术后切口感染效果好<sup>[7]</sup>。

本研究采用切口预置缝线延期打结预防切口感染,可以避免缝线过紧而影响局部血运,有利于皮下组织渗血、渗液向切口外引流;即使存在切口感染,由于部分切口是开放的,也可早期发现,及早治疗,避免脓腔向切口下方扩大;延期打结的时机选择是能否成功的关键。打结过早,伤口处于变质渗出期(表现为水肿、质地硬、肉芽少、坏死组织多、有脓液等)不利于愈合;打结过晚,过度换药,局部肉芽老化、水肿,也不利于愈合。最佳的打结时机为:伤口病理过程以增生为主,变质、渗出不明显,局部水肿明显减轻,肉芽部分出现,坏死组织少,无脓液,无压痛,此时打结后观察 1~3 d,若伤口未出现水肿变硬,即表明炎症处于增生好转阶段。与专门的负压引流装置相比,应用预置缝线延期打结预防切口感染更经济,操作更简单,应用更方便,可明显缩短患儿住院时间,减少二期缝合给患儿带来的痛苦;对于感染切口同样有效。是一种值得尝试的办法,特别

适用于基层医院。

## 参考文献

- 1 Edwards DP, Leppington - Clarke A, Sexton R, et al. Moran BJ. Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial[J]. Br J Surg, 2001, 88: 360-363.
- 2 吴孟超, 吴在德, 黄家驷. 外科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 183-187.
- 3 李开宗. 腹部手术切口处理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 188-197.
- 4 Townsend CM, Beanchamp RD, Evers BM, et al. Sabiston textbook of surgery[M]. 17th ed, Philadelphia: Elsevier Saunder, 2004: 258-283.
- 5 吴凤云, 张东昌, 张松, 等. 封闭式持续负压吸引治疗负压引流预防腹部手术切口感染[J]. 武警医学院学报. 2009, 18(6): 527-529.
- 6 潘可, 刘国清, 吴艾华, 等. 负压抽吸在腹部感染切口治疗中的应用[J]. 中国实用医药, 2007, 2(26): 40.
- 7 Rohmiller MT, Akbarnia BA, Raiszadeh K, et al. Closed suction irrigation for the treatment of postoperative wound infections following posterior spinal fusion and instrumentation[J]. Spine, 2010, 35: 642-646.

## ·消息·

### 《儿科临床综合征与骨关节畸形》全国发行

2011 年 8 月, 湖南省儿童医院骨科赫荣国、梅海波教授主编的《儿科临床综合征与骨关节畸形》一书由中南大学出版社正式出版。全书共 65 万字, 按照儿童颅面部、颈部、躯干、脊柱、手足四肢、皮肤毛发、指甲、身材矮小、视力听力异常、智力与神经系统异常、血液、心血管与代谢内分泌异常、呼吸系统异常、泌尿系统异常及全身多发性骨骼异常, 分系统全面描述了 150 种儿科领域与骨关节异常相关的临床综合征。

临床综合征是相对于疾病而言的另一种疾病命名方法, 它不具备疾病的某些特征, 其所产生的症状或体征缺乏一致性, 也不能追溯到单一的致病因素, 通常具有两种突出特征: 首先是多器官或多系统同时出现病理改变, 其次是临床少见或罕见。关于临床综合征的资料大多散见于各专业期刊中, 而中英文的临床专著中往往只介绍几种抑或十几种常见的综合征。

《儿科临床综合征与骨关节畸形》一书的出版可为医生在临床实践中提供一种诊断思维上的突破。该书由湖南省儿童医院院长、湖南省儿科医学研究所所长祝益民教授担任主审。祝益民教授对该书给予了充分的肯定, 并在序言中指出, 近 5 年来儿童恶性肿瘤、先天性疾病和出生缺陷等更加常见, 疑难、罕见疾病不断增加, 梅海波及赫荣国教授根据自己多年的临床积累, 参考大量外文文献编写此书, 可为医生在临床实践中遇到疑难复杂疾病, 尤其是用一般的临床手段不能明确诊断时, 提供思考线索或诊断参考, 是儿童内科医生、骨科医师重要而实用的工具书。

该书定价 80.00, 邮购联系方式: 1, 410083, 长沙市麓山南路, 中南大学出版社, 电话: 0731-8876770; 2, 410007, 长沙市梓园路 86 号, 湖南省儿童医院骨科, 电话: 0731-85600998, E-mail: jianhui\_xie706@sina.com