

腹部外科 再次手术

主编 / 裘华德



人民卫生出版社

腹部外科 再次手术

主编 裘华德

编者（按所写章节先后顺序排列）

裘华德（佛山市中医院外科）

罗祥基（第二军医大学东方肝胆外科医院）

陈 汉（第二军医大学东方肝胆外科医院）

吴孟超（第二军医大学东方肝胆外科医院）

杨 镇（华中医科大学同济医学院附属同济医院）

陈积圣（中山大学附属第二医院外科）

陈汝福（中山大学附属第二医院外科）

刘续宝（四川大学临床医学院华西医院外科）

严律南（四川大学临床医学院华西医院外科）

卫洪波（中山大学附属第一医院外科）

王吉甫（中山大学附属第一医院外科）

时 德（重庆医科大学附属第一医院外科）

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

腹部外科再次手术/裘华德主编. —北京:

人民卫生出版社, 2004.8

ISBN 7-117-06313-0

I. 腹… II. 裘… III. 腹腔疾病-外科手术
IV. R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 061075 号

腹部外科再次手术

主 编: 裘 华 德

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 13.25

字 数: 269 千字

版 次: 2004 年 8 月第 1 版 2004 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06313-0/R·6314

定 价: 45.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)



序

腹部外科手术后的再次手术常常是一个困难的问题。虽然统计资料能揭示腹部外科手术后再次手术的某些规律，但需要再次手术的患者常有其独特的情况而必须个别地予以处理。除了病情本身的复杂性外，首次手术后发生并发症时手术医师拒绝再次手术的潜意识可能使治疗更进一步复杂化。腹部外科手术后并发症诊断和再次手术的延误，可能造成极其严重的后果，甚至导致患者的死亡。因此，一本关于腹部外科再次手术的专著，无疑是对临床医师极为实用、有很大指导意义的。

有关腹部外科手术后再手术的论述不多，国内除 1989 年方善德、裘华德主编、上海科学技术出版社出版的《腹部外科再次手术》外，未见有这一方面的专著。15 年后，裘华德医师再次邀集国内著名腹部外科学家编撰《腹部外科再次手术》，以反映 15 年来腹部外科手术后再手术方面的进步并总结各位外科学家们的有关经验，是一项很好的工作。为此，我在向他们祝贺之余，欣然命笔为序。

吴孟超
2004 年 3 月 23 日

前言



约略估算，中国每年的腹部外科手术当在两百万例以上。按文献统计 1.5%~2% 的再次手术率，每年的再次手术数应以数万计。腹部外科的再次手术常常是一个复杂的问题，时机和原则掌握失当可以产生毁灭性后果。因此，1986 年，裘法祖院士提议编写一本以介绍腹腔内各脏器再次手术为主要内容的参考书供临床医师用。经过参加撰写的各位作者两年的努力，由方善德、裘华德主编，裘法祖院士审阅，已故傅培彬教授作序的《腹部外科再次手术》（上海科学技术出版社出版）于 1989 年 10 月面世。

15 年来，各种外科诊疗技术有了长足进步，初版中的许多论述已然过时，重新出版一本《腹部外科再次手术》成为必要。新版《腹部外科再次手术》的编写原则强调以再次手术为中心，因而删除了上海科学技术出版社 1989 年 10 月版《腹部外科再次手术》中的“切口愈合”、“腹部外科再次手术的营养问题”两章，增加了“腹部外伤时的再次手术”和“腹部切口并发症的处理”两章，其他各章节的内容与上海科学技术出版社出版 1989 年 10 月版比较也有了较大改变。参加本书撰写的各位作者都是国内经验丰富的腹部外科专家，在各章节中对各种需要再次手术的情况、应采取的手术方式作了详尽的描述和探讨。

我国著名的外科学家裘法祖院士和吴孟超院士对我们的工作给予了热情的关怀和鼓励，吴孟超院士并在百忙中为这本书作序，我们在此向两位德高望重的院士致以最诚挚的谢意。上海科学技术出版社出版 1989 年 10 月版《腹部外科再次手术》的主编之一方善德教授为初版《腹部外科再次手术》的诞生付出了巨大的努力，本书的各位作者以精益求精的工作表达对方善德教授的敬意。这本《腹部外科再次手术》的其他各位作者花费大量时间和精力完成了各章节的编写，我谨此表达我的谢忱。至于难免会出现的疏漏和失误，那是应该由我负责的，尚祈各位同道指正。

裘华德

2004 年春于广东佛山

内 容 提 要

约略估算，中国每年的腹部外科再次手术数应以数万计。腹部外科的再次手术常常是一个复杂的问题，时机和原则掌握失当可以产生毁灭性后果。本书由资深普外科专家裘华德教授组织国内医学院校 10 余位外科专家编写而成，是关于腹部外科再次手术问题的专著。全书共 10 章，240 千字，讲述了腹部外科再次手术的原因、对策及操作思路。本书内容新颖，结构简洁，是普外科临床医生必备的临床参考用书。

目 录

第一章 腹部外科再次手术概论	1
第一节 再次手术的原因和适应证	1
一、原因	1
二、常见原因的近期再次手术	2
三、远期再次手术的原因	6
第二节 再次手术的原则和方法	7
一、基本原则	7
二、手术后腹腔内出血的处理	8
三、手术后腹腔内感染的处理	8
四、腹腔镜和其他内镜在腹部外科再次手术时的应用	9
第三节 腹部外科再次手术时的引流	9
一、传统引流	10
二、负压封闭引流	11
第四节 Roux-en-Y 型手术操作	18
第二章 胃、十二指肠手术后的再次手术	21
第一节 与胃部分切除术有关的解剖特点	21
第二节 胃、十二指肠溃疡穿孔修补后的再次手术	22
第三节 胃部分切除术后的近期再次手术	22
一、吻合口出血	23
二、手术后其他原因所致的上消化道出血	24
三、十二指肠残端漏（破裂）	26
四、胃十二指肠或胃空肠吻合口破裂	30
五、其他原因所致的腹膜炎	31
六、吻合口狭窄和梗阻	32
七、胃部分切除手术后的消化道梗阻	32
八、手术中失误	36
第四节 胃部分切除术后的远期再次手术	38
一、胃切除术后复发性消化性溃疡	39
二、胃部分切除手术后的输入空肠段并发症	45



三、碱性反流性胃炎	47
四、胃切除术后残胃排空过速	49
五、残胃癌	51
六、胃切除术后营养障碍	51
七、其他	52
第五节 迷走神经切断手术后的再次手术	53
一、迷走神经切断术的手术并发症和再次手术	53
二、迷走神经切断术后的远期再次手术	55
第六节 胃癌、贲门癌根治术后的再次手术	58
一、手术后近期并发症和再次手术	59
二、手术后远期并发症和再次手术	59
三、癌瘤复发时的再次手术	61
第七节 十二指肠的再次手术	62
一、十二指肠憩室手术切除后的再次手术	63
二、腹膜后十二指肠漏（痿）	63
 第三章 肝脏的再次手术	65
第一节 原发性肝癌的再次手术	65
一、肝癌再次切除的适应证	65
二、再切除手术的手术方法	66
三、复发性肝癌的再切除疗效	71
第二节 继发性肝癌的再次手术	73
一、继发性肝癌再次手术的适应证	74
二、继发性肝癌的手术时机和术式选择	74
第三节 肝海绵状血管瘤的再手术	75
一、再次手术的原因	75
二、再手术病例的选择	76
三、再手术方法	76
第四节 肝囊肿的再次手术	77
一、单发性肝囊肿的再次手术	77
二、多发性肝囊肿的再次手术	77
三、肝包虫病的再手术问题	78
第五节 肝移植后的再次手术	79
一、肝移植后出血的处理	79
二、再次肝移植	80
 第四章 脾脏和门静脉系统的再次手术	81

第一节 脾切除术后的再次手术	81
一、手术后近期上消化道出血	81
二、手术后血管栓塞	82
三、手术后消化道穿孔	82
四、脾切除术后机械性肠梗阻	82
五、术后胰漏	82
第二节 再次手术切除脾脏	83
一、术前准备	83
二、再次手术操作要点	83
第三节 门静脉高压症术后再出血的手术治疗	84
一、再出血的定义	84
二、再出血的原因	85
三、再次手术的适应证和手术时机	87
四、再次手术治疗的术式	88
第四节 断流手术后的食管、胃狭窄和胃排空障碍	91
第五节 脾和门静脉系统手术后其他可能的再次手术	92
一、手术后血管病变	92
二、顽固性腹水	94
三、肝性脑病	95
四、肝功能衰竭	95
 第五章 胆道的再次手术	96
第一节 概论	96
一、胆道再次手术的病因	96
二、胆道再次手术的围手术期处理	97
三、手术适应证、手术时机及手术方式的选择	99
四、胆道再次手术的预防	101
第二节 胆道手术后早期并发症的再次手术	102
一、胆漏（瘘）	102
二、肠漏（瘘）	105
三、胆道出血和消化道出血	105
四、黄疸	106
五、急性胰腺炎	107
第三节 远期胆道再次手术	108
一、概论	108
二、胆道残留结石和复发结石	108
三、胆管狭窄	113

四、胆肠吻合术后再手术	115
第六章 胰腺疾病的再次手术	116
第一节 重症急性胰腺炎的再次手术	116
一、感染和坏死组织的清除	117
二、残余感染和脓肿的治疗	118
三、胰周出血	118
四、肠漏（瘘）	120
五、胰漏（瘘）	120
六、假性囊肿	123
七、如何降低再手术率	127
第二节 慢性胰腺炎的再次手术	128
一、再次手术的原因	128
二、再手术指征和术式选择	129
三、慢性胰腺炎的各类手术及其评价	129
四、减少再手术的措施	132
第三节 胰腺癌的再次手术	132
一、胰腺癌再次手术的原因	133
二、再手术的可能性估计和术式选择	134
三、减少再手术的措施	135
第四节 胰腺内分泌肿瘤的再次手术	136
一、胰岛素瘤	136
二、胃泌素瘤	139
第七章 小肠、阑尾、结肠和直肠的再次手术	141
第一节 肠外漏（瘘）	141
一、概述	141
二、临床表现和诊断	143
三、治疗	144
四、手术并发症	147
五、粪漏（瘘）与阑尾残端的处理	149
第二节 手术后早期炎性肠梗阻	150
一、术后早期炎性肠梗阻的定义	150
二、术后早期炎性肠梗阻的病史特点	151
三、术后早期炎性肠梗阻的临床症状和诊断	151
四、术后早期炎性肠梗阻的治疗	151
第三节 手术后的机械性肠梗阻	152



一、病因	152
二、病理生理	153
三、临床表现和诊断	153
四、鉴别诊断	155
五、治疗	155
第四节 短肠综合征	157
一、常见病因	157
二、临床特点	158
三、治疗	162
第五节 肠造口术后并发症和再次手术	162
一、肠造口术后并发症	164
二、暂时性肠造口的还纳	165
第六节 直肠、肛管手术后的再次手术	165
一、经腹会阴联合直肠肛管切除 (Miles) 术后并发症和处理	167
二、环痔切除术后的再次手术	168
三、肛管手术后的肛门失禁	170
第八章 腹部外伤时的再次手术	170
第一节 紧急再次手术	170
一、手术后出血	172
二、手术后腹腔间隙室综合征	173
第二节 确定性再次手术	179
第九章 腹部切口并发症的处理	179
第一节 切口感染和切口裂开	179
一、腹部切口感染	182
二、筋膜坏死	182
三、腹部切口裂开	185
第二节 腹壁切口疝	185
一、腹壁切口疝的成因	185
二、腹壁切口疝的临床诊断	185
三、腹壁切口疝的治疗	189
第十章 腹外疝的再次手术	189
第一节 疝修补手术中的副损伤	189
一、脏器和周围血管损伤	190
二、神经损伤	

第二节 疝修补手术后的并发症	191
一、阴囊血肿和积液	191
二、睾丸血液循环障碍	192
第三节 复发疝	193
一、腹股沟疝复发后的再次手术	193
二、股疝复发后的再次手术	199

第一章

腹部外科再次手术概论

外科技术的日臻完善还不能避免腹部外科手术后的再次手术。由于接受手术治疗的重症患者和肿瘤患者数增加，再次手术率在近十年中有增高的倾向。文献统计腹部外科的再手术率约为 1.5%，大型医院里在 3%~5% 左右。

在外科领域中，再手术问题是难以用统计资料阐明的问题之一。每个需要再次手术的患者都有其独特的情况，必须个别地予以处理。这时具有决定性意义的是外科医师的临床经验、冷静而全面的分析和判断、娴熟的手术技巧和高度责任感。

再次手术的目的是：①治疗和消除首次手术后出现的并发症，这些并发症常常是（并不一定是）首次手术的后果；②力求达到首次手术未能达到或未完全达到的治疗效果。

首次手术 21 日内施行的再次手术为近期再手术。远期再次手术通常在患者再住院时进行。

第一节 再次手术的原因和适应证

一、原因

腹部外科再次手术的原因是：①首次手术后出现并发症；②首次手术未达到预定治疗效果。近期再次手术通常是由于首次手术后出现了威胁生命的并发症，而远期再次手术一般是为了治疗不直接威胁生命但对患者的生活有重大影响的并发症，或者是为了改善治疗效果。

腹部外科的近期再次手术多数属于紧急、补救性的手术，手术前的检查往往不可能很完善，需要临床医师依据情况决定手术适应证。远期再次手术应该是确定性的手术，其适应证取决于可能获得的治疗效果和所冒风险之间的权衡。风险包括再次手术后患者死亡的可能性，发生新的并发症的可能性，原有病变恶化的可能性，以及再次手术后患者生活质量下降的可能性。远期再次手术前的诊断应该是明确的，或是已经进行过所有可能的检查而使再次手术能够限定在一定范围内。



决定再次手术前必须有尽可能准确的诊断。这时，诊断应建立在下列各条的基础上：

1. 诊断和决定 决定再次手术的医师必须有丰富的临床经验。由于首次手术医师可能下意识地拒绝再次手术，参与诊断和决定再次手术的医师不能限于首次手术的参加者，以保证诊断和决定的客观性。

2. 手术时机 紧急情况下不可因诊断贻误再次手术时机，但必须取得可在短时间内获取的可靠参数，例如：血压、脉搏、呼吸、体温、尿量、中心静脉压和一些实验室检查结果，以及对患者干扰和打击小、简便易行、能迅速得到有说服力的结果的辅助检查。

3. 手术前检查 可能时完成必要的检查，包括各种影像学检查和内镜检查以保证可靠的诊断。

确立诊断后，按下列原则决定再次手术的适应证：

1. 紧急性 病情发生急剧的、危及生命的变化，例如手术后出血、弥漫性腹膜炎、急性绞窄性肠梗阻等，应决心立即再次手术。

2. 效果 预计再次手术可使病情好转时，应决心再次手术，例如弥漫性或局限性腹膜炎时，再手术时进行的腹腔冲洗和引流可使腹内感染得到控制。

3. 病情 有必要再次手术以获得可靠的诊断并采取相应措施时，例如患者首次手术后高热不退，一般情况恶化，但没有确切的腹部表现时，果断的再次手术可能是最后的挽救措施。

4. 年龄和伴发病 年龄和伴发疾患不能成为再次手术的禁忌，相反，高年患者和全身情况较差的患者更难以承受首次手术后并发症的打击，因此也更应该在必要时及时再次手术以阻止病情的进一步恶化。但必须注意排除不需要外科治疗的内科疾患，尤其是内科疾患导致的“外科”病象，例如心肌梗死、肺炎、糖尿病昏迷、电解质紊乱等。再次手术的适应证错误时，即伴发的其他疾患造成外科急腹症假象而再次手术时，原发病（包括首次手术）、伴发病和再手术创伤的共同作用使手术死亡率显著增高。可导致腹腔内“外科感染”假象的疾患总计有 130 种之多，包括败血症、重症肺炎、心肌梗死、糖尿病假性腹膜炎、急性青光眼、尿潴留、肾绞痛、电解质和酸碱平衡紊乱、带状疱疹、急性肝卟啉症等，其中许多疾患本身就已具有相当高的死亡率。

二、常见原因的近期再次手术

（一）出血

出血是腹部手术后近期再次手术的常见原因之一，发生率约为 0.5%，一旦发生，死亡率可高达 35%，其中约 1/3 的死亡原因与失血直接有关。术后出血有两种情况，即消化道出血和腹腔内出血。前者较多见，约占术后出血的 2/3，最多见于胃、十二指肠

手术后,国外文献报告发生率可达3.5%,国内文献报告发生率较低,大致在1%左右。腹腔内出血可发生于任何腹部手术后,多与手术操作不慎有关,少数因患者凝血功能发生障碍。由于操作不慎导致腹腔出血的胆囊切除术后胆管出血和阑尾切除术后阑尾出血,目前已不常见,较常见的出血灶是未妥善结扎的网膜、系膜血管、肝切除后的肝断面、手术中损伤的脾脏、胰腺的切除面等。

许多临床表现和实验室检查结果可以提供手术后出血的征兆,例如皮肤和粘膜的血液循环状况、静脉充盈度、血压、脉搏(率)、中心静脉压监测、肛管直肠指检时直肠膀胱(子宫)凹饱满、呕血、便血、腹胀和肠麻痹、尿量、红细胞和血红蛋白值以及红细胞压积的变化等。应该注意,腹腔内放置了引流物而术后发生活动性出血时,仅有1/3的病例可由引流物发现大量出血;同样,胃内充满凝固血块时,胃管内引出物的性状和数量也不一定能反映胃内出血的严重程度。红细胞计数、血红蛋白值和红细胞压积的变化要在出血达到相当大量时才能出现。此外,也必须考虑到凝血机制障碍的可能性。消耗性凝血病不只出现于败血症时,大量输血、自由腹腔内积血、首次手术后再出血形成巨大血肿时亦可发生。

手术后低血压,需每4小时输血600~800ml以上始能维持正常循环;或输血后循环状况一度改善又再趋恶化时;或消化道出血(呕、便血)每小时超过100ml新鲜血达10~12小时,应考虑再次手术。决定手术时可参考下列各条:

1. 发生大量、急剧、危及生命的出血时(经引流物涌出大量新鲜血、或在短时间内出现明显腹胀和重度休克),立即再次手术。
2. 4小时内必需输血量超过800ml时,立即再次手术。
3. 腹内再出血时,及早再次手术;消化道腔内出血时可稍作观察和等待,因其出血速度和出血量通常不致在短时间内造成严重威胁,且有时可自行停止。
4. 首次手术后12小时内发生出血时,积极考虑再次手术,因为这种出血多为技术缺陷(血管或创面处理不当)所致,出血量大,很少可能自行停止。手术后延迟出血(术后7~10天)多为消化道吻合口出血,也可能是凝血机制障碍所致,再次手术的决定应慎重。
5. 高龄患者在发生术后出血时应及早手术,以免出血导致的不可逆损害出现。
6. 必要时应作相应的凝血机制检查(凝血酶原时间、纤维蛋白原定量、血小板计数等)以排除凝血功能障碍。
7. 危重患者术后出血伴有重要器官血循环障碍和微循环障碍时,只在尚未出现不可逆性器官功能损害时再次手术。

(二) 消化道吻合口破裂

消化道吻合口破裂是腹部外科中近期再次手术的又一常见原因。腹部手术后的腹膜炎,60%以上系吻合口破裂所引致。消化道吻合口破裂的总的发生率约为0.5%,其死

亡率早年高达 60%。近年来, 静脉高营养(胃肠道外营养)技术的发展和抑生长激素类药物的应用使死亡率明显下降, 但消化道漏(瘘)仍是一个困难而复杂的临床问题。吻合口破裂在临床上常表现为急性弥漫性腹膜炎或腹腔脓肿。再次手术中所见的腹膜炎或腹腔脓肿中, 有一些实际上是由小的吻合口破裂造成的, 这些破裂的吻合口在再次手术中可能难以发现。

吻合口破裂(漏)的手术适应证常是弥漫性或局限性腹膜炎的出现。

(三) 腹腔内感染

手术后的腹腔内感染也是再次手术的一个重大原因, 在所有再次手术病例中约占 1/4。实际上, 腹内的污染和感染常在手术前即已存在; 剖腹时, 细菌亦可进入腹腔。由于肠道活动和腹腔各部间存在的压力差, 腹内的细菌可在极短时间内(数分钟内)到达腹腔内任一部位, 尤其是膈下部位。通常, 腹膜能通过其渗出和吸收作用消除感染因素, 但在机体免疫功能受抑、腹内出血或积液使局部抵抗力下降、细菌毒力高或数量很大时, 就可能发生局限性和弥漫性感染。局限性感染中膈下脓肿约占 1/2, 因为吸气时膈下间隙产生负压, 细菌或污染物易于进入。肝下脓肿亦可视为膈下脓肿的一种形式。结肠下区的脓肿——肠间脓肿、盆腔脓肿和盲肠周围脓肿多发生在肠道污染手术后, 可能并发机械性肠梗阻。

腹部手术后腹内感染的死亡率过去可高达 20%~50%, 一个重要原因是诊断方面的困难, 以及与之有关的再次手术的延误。诊断技术的进步, 主要是 B 型超声波检查和 X 线电子计算机断层扫描(CT)的广泛应用, 已使诊断准确率大为提高, 从而使及时治疗成为可能, 大大降低了死亡率。

多数情况下, 诊断可由临床表现确定: 患者的主诉、病史、腹部体征、体温、呃逆和排便异常、引流物的性状都可以为诊断提供依据。体温是极重要的指标, 手术后数日体温上升时必须考虑到手术区域或切口感染的可能, 严重感染时可能有代谢性酸中毒和败血症休克发生。一般来说, 弥漫性腹膜炎表现为快速进行性发展的病程, 例如在消化道破裂、大量内容溢入腹腔时, 或在腹内脓肿破溃时, 其再手术时间平均在首次手术后第 6 天; 局限性脓肿常呈慢性或亚急性的感染过程, 再手术时间约在首次手术后第 7~14 天。

弥漫性腹膜炎诊断较易, 较困难的是局限性腹内脓肿的诊断。X 线检查(包括造影)、B 型超声波检查和 X 线电子计算机断层扫描(CT)对局限性脓肿的发现和定位极有帮助; 排除泌尿系感染、中心静脉导管感染和其他内科感染如肺炎、脑膜炎等, 通常并不困难。

局限性腹内脓肿还有一些典型的表现。例如盆腔脓肿伴有排便异常(大便次数增多, 里急后重感), 直肠指检时发现陶氏腔(直肠前壁)饱满、压痛; 膈下脓肿有高热、肋间疼痛、X 线下膈肌活动减弱或消失、肋膈角积液等; 肠间脓肿可表现为腹部痛性肿

块，可伴有梗阻症状。这些特点对诊断和治疗都有一定的意义。

除了诊断方面的困难以外，还有一些因素可能影响再次手术的及时性。这些因素中包括由于用药如抗生素和镇痛剂而掩盖某些症状；对抗生素之类药物的迷信促成医师产生“不必再次手术”的侥幸心理；某些严重后果（例如吻合口破裂弥漫性腹膜炎时发生消化道漏）招致的医师的畏惧心理；医师在出现这种情况时在心理上拒绝接受“手术技术缺陷导致术后康复障碍”的现实，从而下意识地拒绝再次手术。

在手术后发生感染时，及时的再次手术是极为重要的。腹内发生感染的早期，腹膜仍保有充分的功能，及时手术对于患者的康复和维护腹膜的完整功能都是重要的。

局限性和弥漫性腹腔感染伴有下列情况之一时，即具备手术适应证：①未引流，或引流不充分；②消化道漏（瘘）；③并发消化道梗阻。一般而言，再次手术的必要性和紧迫性与临床表现是平行的。患者有原因不明的重度感染病象时，有时需要诊断性再次手术，但必须慎重地确定适应证。

（四）机械性梗阻

腹部手术后再次手术中，约 1/4 是由于术后机械性梗阻，多数是粘连所致的机械性肠梗阻。纤维素所致的腹内粘连可在几小时内即发生，以后或完全吸收，或形成永久性粘连。腹膜损伤、局部缺血、异物（线结）反应都与永久性粘连的形成有关。尸检资料中，腹部手术后的粘连发生率达 67%，大手术后更高达 93%。粘连是人体的一种保护性反应，可达到防止吻合口破裂、局限炎症的作用，但在招致梗阻时，就需要再次手术治疗。手术操作缺陷亦可导致梗阻发生，但较少见。有时，吻合口水肿可造成一过性的消化道梗阻；腹内占位性病变如脓肿、肿瘤、异物也可能招致肠道梗阻。粘连性肠梗阻多发生于小肠，吻合口狭窄则可见于包括胆道系统在内的所有消化道吻合口。

腹部手术后肠道活动已恢复正常而突然出现梗阻征象，通常是机械性的。绞窄性梗阻时必须立即手术，单纯性梗阻时可先采取非手术方法治疗，同时严密观察病情发展，经 2~3 日如无好转，再考虑手术治疗。其他消化道梗阻依据具体情况决定再次手术的适应证和手术时机。

应该指出，腹部手术后腹腔内形成的粘连，只有少数成为手术后机械性肠梗阻的原因；粘连的程度和范围与手术后机械性肠梗阻的发生之间并没有线性关系，招致机械性肠梗阻的常常是点状粘连或粘连带，而广泛的粘连却很少招致机械性肠梗阻。笔者因此认为，手术中的所谓“防粘连”措施（腹腔内用药）是没有意义的。

其他管道如胆道、输尿管的梗阻也可以是再次手术的原因。

综上所述，腹部手术后近期再次手术的主要原因与急性腹部外科疾患是很类似的，即出血、破裂（穿孔）、感染、机械性梗阻。出血、穿破和感染都要求近期手术，而机械性梗阻则可以是近期并发症，也可以在首次手术后数月甚至数年才要求再次手术。