无张力疝修补治疗腹股沟疝 45 例临床体会

刘四新

(江西省樟树市中医院 樟树 331200)

关键词:腹股沟疝;无张力疝修补术;治疗体会

中图分类号:R 656.21

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.056

自 1989 年 Lichtentein^[1]首先提出无张力疝修补手术的概念以来,各种腹股沟疝的无张力疝修补手术已陆续在临床上得以应用,它克服了传统术式的缺点,已被广大临床医生所认同。我院自 2003 年 9 月~2008 年 9 月采用无张力疝修补技术治疗腹股沟疝 45 例,临床效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 45 例均为男性,年龄 45~80 岁,平均年龄 65.5 岁,病程最长者 30 年,最短者 2 个月。腹股沟斜疝 40 例,直疝 5 例,其中复发疝 3 例,有其他合并症者 20 例。

1.2 材料 修补材料采用美国巴德“疝环充填式”补片。

1.3 手术方法 本组病例均采用连续硬膜外阻滞麻醉,选择切口显露疝囊,游离精索与传统手术方式相同。根据情况处理疝囊和置入填充物(锥形或伞状),使其底部与疝环口在同一平面,间断固定于疝环周围的腹横筋膜。补片平铺于精索后方,确保内环口对应处的小孔直径能使精索顺利通过,周边缝合。上方置于腹内斜肌和腹横肌腱的后方,外侧与腹股沟韧带、内侧与联合肌腱固定,下方固定于耻骨梳韧带。有渗血者放置负压引流。随后按生理解剖逐层缝合,不作其他修补。术后切口加压 6~8h,次日病人可下床活动。

便,可显示气胸或血气胸及纵隔、皮下气肿;失活组织、凝血块直接堵塞支气管断裂管腔时,则出现肺不张。并非所有伤者都出现典型的创伤性支气管断裂“下垂肺”征,无此征象者可能与断端周围组织呈袖状连接、伤侧肺有暂时性通气或血气胸对伤肺的作用有关,还可能与伤者行卧位 X 线检查有关。X 线检查的特征性改变为纵隔和颈胸部气肿。

2.3 胸腔闭式引流后大量气体持续溢出 这种情况表示,支气管断裂处与胸腔相通或肺有大的裂伤,应首先考虑支气管断裂。特别是引流后症状未好转,X 线检查仍有气胸、肺不复张或肺萎陷,呈典型的“下垂肺”,即可确诊。

2.4 纤维支气管镜检查 纤维支气管镜检查可清除积血、痰液,直接观察支气管断裂的位置和程度,

1.4 结果 本组手术时间为 30~80min,平均时间为 45min。术后切口疼痛轻微 30 例,未用止痛药,2~3d 疼痛减轻;口服一般止痛药疼痛缓解 15 例。术后排尿困难 8 例,其中 5 例为前列腺增生者,经保留尿管 1~2d 后症状消失。切口发红 6 例,经抗炎治疗 1 周消退。皮下积血 3 例,经切口引流 2 周后痊愈。切口感染 1 例,经抗感染、切口换药 4 周后完全愈合。下腹壁水肿 1 例,4 周后逐渐消退。有不适感 3 例,6 个月后均消失。本组无复发病例。

2 讨论

无张力疝修补手术中补片应覆盖腹股沟的整个底部,补片应超过底部的周界有充分的组织接触面,修补处完全消除张力^[2],同时避免把补片缝扎到高度敏感和神经分布丰富的耻骨结节和耻骨的骨膜上,而应固定在该处的腱膜组织上,避免损伤生殖神经、髂腹股沟神经和髂腹下神经。这样不仅可以减轻手术后的疼痛,也可排除手术后慢性神经瘤的危险。同样,要保护好精索外血管,以防血管损伤。疝内环口对应的补片裂孔对缝时避免精索受压,要尽力做到正常解剖层面的对合。术中操作要轻柔,彻底止血,避免切口内积血、积液引起感染。由于该手术老年病人较多,术中应监护呼吸、循环功能。术后切口压迫止血,若发现局部血肿应及时引流清除,以免影响切口,有感染者应及时寻找原是诊断的可靠方法。但此检查常因伤者病情危重或受限于急诊条件和技术条件,早期难以施行。多用于伤后没有剧烈咯血或严重的呼吸困难、病情稳定及延误诊断时间较长的伤者。我们认为,纤维支气管镜检查在早期诊断中不是常规检查方法。

总之,支气管断裂的诊治关键是:提高对本病的认识,重视临床表现,强调颈胸部皮下气肿的特异性、胸部 X 线检查的特异性征象、胸腔闭式引流后大量气体持续溢出的诊断价值,情况许可时,辅以纤维支气管镜检查,就能做到支气管断裂的早期诊断、早期治疗,减少并发症,提高治愈率。

参考文献

[1] 蒋耀光.胸部创伤手术[A].见:黎介寿,吴孟超,黄孝迈.手术学全集·胸外科卷[M].北京:人民卫生出版社,1995.122-144

(收稿日期:2010-04-07)

辨证加减治疗不射精症

王志勇¹ 韩玉芬¹ 王瑜¹ 张晨静¹ 翟韶蕊¹ 卢太坤²

(1 河南省濮阳市妇幼保健院生殖中心 濮阳 457000; 2 福建省厦门市中医院 厦门 361000)

关键词: 不射精症; 中医药疗法; 补肾疏肝汤

中图分类号: R 698.2

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.057

不射精症是男科常见的性功能障碍,是造成男性不育的原因之一。笔者采用自拟补肾疏肝汤辨证加减治疗原发性功能性不射精症 60 例,获得了良好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 8 月~2009 年 8 月就诊于生殖男科门诊的病人 60 例,年龄 20~37 岁,平均 25 岁;病程 2 个月~13 年,平均 11 个月;肾阳虚衰者 16 例,肾阴亏虚者 12 例,阴虚火旺者 8 例,气血两虚者 8 例,肝郁气滞者 8 例,湿热下注者 5 例,瘀血阻滞者 3 例。

1.2 诊断依据 (1)有性兴奋,有阴茎勃起,有充足的性交时间,但无性高潮,无射精动作,无精液排出,即“三有”和“三无”;(2)性交后尿液检查无精子及果糖阴性;(3)有遗精或手淫能射精史;(4)排除有精神障碍性疾病、内分泌疾病、神经系统疾病及其他严重器质性病变患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 药物治疗 采用补肾疏肝汤(仙灵脾 20g、仙茅 20g、巴戟天 15g、熟地 15g、柴胡 12g、白芍 15g、川芎 15g、炙麻黄 6g、蜈蚣 1 条、川牛膝 15g),偏肾阳虚者加制附子 6g、肉桂 6g;偏肾阴虚者加黄精 15g、天冬 15g;偏阴虚火旺者加知母 10g、黄柏 10g;偏气血两虚者加黄芪 20g、当归 15g;偏肝郁气滞者加香附 10g、枳壳 12g;偏湿热下注者加萆薢 15g、车前子 15g;偏瘀血阻滞者加桃仁 10g、红花 10g。水煎服,日 1 剂,早、晚各温服 200mL,15d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

1.3.2 性知识指导 首先对患者夫妻双方进行性知识教育及心理疏导,使他们充分了解生殖系统的解剖生理、性反应、射精的生理过程以及性生活的姿势和方法,使他们接受更多的性刺激。在治疗期

因,一般经换药抗感染均能治愈。

总之,无张力疝修补手术具有以下优点:(1)修补手术后疼痛轻,康复时间短,复发率低,并发症少。(2)预防在已修补的原发疝区域下的腹股沟底部再形成疝。无张力疝修补手术在腹股沟疝中的应

用是安全有效的,值得临床推广。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 显效:每次性交均能射精,有明显的性快感;有效:性交时有时能射精,有时不能射精,有部分性快感;无效:经 3 个疗程治疗,从未射精,无快感。

2.2 治疗结果 疗效最快的 5d 显效,大多 1 个月左右有效。显效 35 例 (58.33%), 有效 20 例 (33.33%), 无效 5 例 (8.33%), 总有效率 91.67%。

3 讨论

本病中医称之为“精瘀”、“精闭”,在中医文献中虽无专题论述,但早有一定认识。如《诸病源候论》曰“精不能射出,但聚于阴头,亦无子^[1]。”《医贯》有“久战而尚不泄”^[2]的记载。但都缺乏具体的病因病机分析及有效的治疗方法。徐福松^[3]等认为肾为作强之官,主藏精,兼施射精;肾亏精关开合失度,为本病的主要病机。王琦^[4]认为不射精症的病机,可概括为两个方面:一是湿热瘀血等邪闭阻精窍,以致精道瘀阻,不能射精;二是肝肾亏虚,精关开合失调,而致不能射精。笔者认为肾藏精,主生殖,肾之开合正常则精液藏泄有度;肝主宗筋,肝的疏泄功能与精液藏泄关系密切;又因肝藏血,肾藏精,精血同源,相互资生,因此不射精责之于肝肾,肝肾失调,精关失灵,精窍阻塞,致精射不出。

自拟补肾疏肝汤由仙灵脾、仙茅、巴戟天、熟地、柴胡、白芍、川芎、炙麻黄、蜈蚣、川牛膝 10 味中药组成。其中仙灵脾、仙茅、巴戟天温肾壮阳,鼓动精室,熟地滋阴补肾,益精生髓,共用有滋补元阴、振奋元阳之效,使阴充阳足,水火相济,精关自开;柴胡、白芍、川芎有养血柔肝、活血行气、疏肝解郁之效,即肝肾同治,共使肾藏精、肝疏泄之功能恢复,则精关开启有度,当出则出;配(下转第 89 页)

参考文献

[1]Lichtenstein IL,Shulman AG,Amid PK,et al.The tensionfree hernioplasty[J].Am J surg,1989,157(2):188-190
[2]张安源,丁玲芳.无张力修补术 120 例治疗体会[J].腹部外科,2005,18(3):139

(收稿日期: 2010-03-30)