

手术治疗高龄腹股沟嵌顿疝 68 例临床分析

周士龙

(江苏省宝应县山阳镇医院 宝应 225800)

关键词:嵌顿腹股沟疝;手术疗法;临床分析

中图分类号:R 656.21

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.045

随着我国社会逐步进入老龄化,老年患者日趋增多,腹股沟疝是老年人的常见疾病,70 岁以上高龄老年腹股沟疝病例也在不断增加。由于老年人主要脏器的功能随年龄增大而减退或并存多种疾病使手术风险增大、术后病情复杂、较易出现术后并发症,且易被漏诊和误诊,常合并肠梗阻,易合并肠坏死和嵌顿物坏死,严重时可危及生命^[1]。笔者总结了 1995~2011 年收治的 68 例腹股沟区嵌顿疝患者,现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 68 例,男 56 例,女 12 例;年龄 65~85 岁,平均 75 岁;股疝 3 例,直疝 1 例,急诊手术见疝内容物为肠管 44 例,大网膜 6 例,回盲部为 4 例,伴肠管坏死 2 例,伴肠破裂 1 例,合并鞘膜积液 7 例;发病到就诊时间 2 h~3 d。

1.2 临床表现 68 例中 48 例有腹股沟区可复性包块病史,腹股沟区有肿块不能还纳,阴囊肿大或变硬,触痛明显,女性出现大腿根部包块;有 10 例有腹胀、呕吐表现;5 例伴尿痛、尿急、下坠感;2 例股疝患者早期主诉单侧大腿酸痛,行走困难;1 例有明显腹膜刺激征。

1.3 诊断与治疗 既往有腹股沟区包块突出史,突然增大,不能还纳消失,伴包块疼痛,拒按,腹部可听到高调肠鸣音或气过水声。合并梗阻者有恶心、呕吐、腹胀、腹痛、压痛,有的可见肠型。合并肠坏死破裂时有腹膜炎体征。腹透可见气液平面,B 超示肠管积气积液,血白细胞升高。

也。”肾气、肾阴不足,膀胱气化不利,水道涩滞,无以制邪,下焦湿热之邪易乘虚而入发生淋证。本病多以湿热蕴结下焦为主,治疗上主张清利膀胱湿热祛除病因,并以利尿通淋改善症状。金钱通淋颗粒以金钱草、海金沙为主,两者均为寒凉之品,善清膀胱、肾、小肠湿热,具有较强的清利湿热、通淋止痛、消肿之功。辅以忍冬藤、白茅根、石韦以增强主药金钱草、海金沙的清热凉血、解毒及利尿通淋之力^[3]。金钱通淋颗粒可消肿止痛,疏通尿道,促进炎症的吸收,降低血管通透性,缩短出血、凝血时间,对各

1.4 合并疾病 合并心血管疾病 16 例,糖尿病 14 例,慢性支气管炎、肺气肿 12 例,前列腺增生症 10 例。

1.5 手术治疗 本组全部采用局麻或硬膜外麻醉。切开各层组织及寻找疝囊用传统手术,较小的疝囊直接游离至疝囊颈部并将其还纳,较大的疝囊需要横断,远端剥离或旷置,近端游离至疝囊颈部,不高位结扎,但需将疝囊体部横端处缝闭,使大疝囊变成小疝囊,小疝囊的大小以恰能放入锥型网为度,不可过大或过小。将锥型网塞放入内环口,直疝放入直疝三角,网塞的外瓣与内环周围腹横筋膜固定 4~6 针,在精索后方放入修剪过的补片,补片环口不可过小,以免影响精索血运。补片四周与腹内斜肌、腹股沟韧带固定数针。将精索前移至皮下,间断缝合腹外斜肌腱膜,缝合时注意保护髂腹下神经以防止受压。重建皮下环不可缝合过紧,对于股疝把疝内容还纳复位后用锥形网塞放入股环与周围缝合数针,注意不要损伤股静脉,间断缝合腹外斜肌腱膜,关闭切口,术后用沙袋压迫切口 12 h,阴囊抬高,术后 24 h 下床活动。

1.6 结果 本组 68 例无手术死亡病例,均治愈出院,手术时间 45~70 min,术后 24 h 后下床活动以及初次进食。68 例患者中有 12 例因术后切口疼痛口服止痛药,阴囊血肿、尿潴留患者各 1 例,术前有并发前列腺增生的患者行留置尿管并在术后 24 h 拔除。患者均在术后 4~7 d 出院。术后随访 12 个月,无复发。

种原因引起的急性膀胱炎、急性肾盂肾炎及慢性肾盂肾炎急性发作等泌尿系统感染均有良好的疗效,金钱通淋颗粒依据中医辨证论治理论,集清热解暑、利尿通淋于一方,将治标和治本、扶正和祛邪相结合,疗效确切,疗程短,见效快,值得临床推广。

参考文献

[1]李昭定.王耀光教授治疗下焦湿热型尿路感染的经验总结[J].中国医药指南,2010,7(21):172-173
[2]王净净,龙俊杰.中医临床病证诊断疗效标准[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993.291-294
[3]金亚明,胡仲仪,沈玲妹,等.金钱通淋口服液治疗泌尿系感染[J].上海中医药杂志,2000,46(2):30-31

(收稿日期:2012-11-09)

尿道内润滑法在前列腺增生患者导尿中的应用

张展芳 彭志红 王开平 王昭玲

(江西省万载县中医院 万载 336100)

关键词:尿道润滑;前列腺增生;导尿

中图分类号:R 697.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.046

前列腺增生是临床上老年男性常见疾病,患者在劳累、受凉、刺激性饮食后容易引起急性尿潴留,留置导尿是解决此症状的首选方法。而由于患者前列腺腺体肥大,尿道受挤压变窄,以往传统导尿法往往失败,增加插管次数甚至改行膀胱造瘘术,不仅增加患者痛苦而且加重经济负担^[1]。为提高插管成功率,减轻患者痛苦,减少尿道黏膜出血等不良反应,本院于 2008 年 1 月~2011 年 5 月对前列腺增生尿潴留患者实施尿道内润滑加表面麻醉进行导尿,效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 1 月~2011 年 5 月在我科住院的前列腺增生需留置导尿的患者 100 例,随机分为两组。对照组 50 例,年龄 54~78 岁,平均 67 岁;实验组 50 例,年龄 56~82 岁,平均 69 岁。

1.2 方法 对照组采用常规传统导尿方法:消毒铺巾,液体石蜡油棉球润滑导尿管前端,插管并固定。

实验组采用尿道内润滑法:常规消毒后,用注射器抽取 10~15 mL 无菌液体石蜡油,拔掉针头,把注射器乳头插入尿道口缓缓注入,轻轻按摩尿道球部,以助石蜡油充分润滑尿道,再将已用液体石蜡油润滑全管的导尿管轻轻插入尿道口,慢慢送入,边插边左右转动,如有阻力,用注射器向尿管内注入 2%利多卡因 5 mL,轻轻按摩尿道球部片刻后继续插管并固定。

1.3 观察指标 两种导尿方法的一次性插管成功率、尿道黏膜损伤出血率及疼痛程度。

1.4 结果 见表 1。实验组尿道损伤率明显低于对照组,一次性插管成功率明显高于对照组,可避免重复插管,减轻患者痛苦,降低不良反应。

表 1 两种导尿方法的效果 例(%)			
组别	n	尿道损伤率	一次插管成功率
对照组	50	20(40.0)	31(62.0)
实验组	50	2(4.0)	46(92.0)
χ^2		18.9	20.25
P		<0.01	<0.01

2 讨论

老年人腹股沟疝是因腹壁强度的减弱和伴随疾病致腹内压的升高引起,由于腹壁肌腹横筋膜等组织薄弱,使腹股沟区嵌闭机制失效,加之腹内压升高,腹外疝便更易发生,尤其是嵌顿疝、绞窄疝,需急诊手术,危险更大。因此,老年患者只要没有绝对手术禁忌证,应尽早控制在控制好慢性疾病基础上择期手术^[2]。对于手术方式及麻醉方式的选择,因急性腹股沟嵌顿疝可导致肠坏死、肠穿孔,可危及生命,首先要将抢救生命放在第一位,解除嵌顿,老年人如果一般情况差,有严重合并症,短时间内无法纠正,术前估计肠管无坏死,可在局麻下行疝内容物回纳及疝囊高位结扎术。如术前估计肠管坏死可能大,则应在持续硬膜外麻醉或全麻下进行,是否行疝修补术需根据术中患者自身情况决定。近年来,由于人工修补塞及补片的应用,无张力修补成为首选^[3]。无张力修补具有创伤小、恢复快、手术时间短、术后复发率低的特点,且适合在局麻下完成。在疝手术中,局麻是十分重要且值得大力推广的技术。老年腹股沟疝患者常常伴有严重的心脑血管及肺部疾

病,传统的手术方式麻醉要求较高,风险较大,与患者及其家属谈话后很多病人会因顾虑而放弃手术,而局麻可大大降低手术风险,术后患者进食、下床和早期自主活动均明显提前,同时也减少呼吸系统、泌尿系统和心血管系统并发症的发生,有利于患者尽早恢复正常活动^[4]。嵌顿疝患者手术区域易出现局部组织水肿,渗出液较多,老年人免疫功能衰退,常合并有慢性支气管炎、糖尿病,抗感染能力下降,术后应使用足量有效的抗生素。综上所述,老年人腹股沟疝,一旦发生嵌顿,应及时就诊,及时手术解除嵌顿^[5]。术后应积极治疗合并症及应用有效的抗生素防止切口感染。

参考文献

[1]吴在德.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000.449
[2]陈孝平,裘法祖.要重视腹外疝修补术的标准化和个体化[J].腹部外科,2004,17(1):4-5
[3]吴肇汉.充填式无张力疝修补术 - 疝修补外科的新趋势[J].中华实用外科杂志,2001,21(2):65
[4]黄建,刘永强,谢伟.局麻和硬膜外麻醉下腹股沟疝无张力修补手术的比较分析[J].中国普外基础与临床杂志,2007,14(3):312-315
[5]朱维继,吴汝舟.实用外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2002.472

(收稿日期: 2012-08-22)