

伴肠坏死的绞窄性腹股沟疝高龄患者一期疝修补术23例

王大禹, 魏 锋

背景资料

腹股沟绞窄性疝伴肠坏死老年患者临床上并不少见, 且多数患者合并心肺脑血管疾病等基础疾病。麻醉手术风险较大, 难以耐受或接受择期再行腹股沟疝修补术。

王大禹, 魏锋, 湖州市中心医院普通外科 浙江省湖州市 313000

王大禹, 副主任医师, 主要从事普通外科学方向的研究。

作者贡献分布: 论文由王大禹设计; 病例整理由王大禹完成; 数据统计分析由魏锋完成; 本论文写作由王大禹完成。

通讯作者: 王大禹, 副主任医师, 313000, 浙江省湖州市红旗路198号, 湖州市中心医院普通外科。12460856@qq.com
电话: 0572-2555391

收稿日期: 2015-08-14 修回日期: 2015-08-26

接受日期: 2015-08-31 在线出版日期: 2015-09-28

One-stage herniorrhaphy for strangulated inguinal hernia with bowel necrosis in elderly patients: Analysis of 23 cases

Da-Yu Wang, Feng Wei

Da-Yu Wang, Feng Wei, Department of General Surgery, Huzhou Central Hospital, Huzhou 313000, Zhejiang Province, China

Correspondence to: Da-Yu Wang, Associate Chief Physician, Huzhou Central Hospital, 198 Hongqi Road, Huzhou 313000, Zhejiang Province, China. 12460856@qq.com

Received: 2015-08-14 Revised: 2015-08-26

Accepted: 2015-08-31 Published online: 2015-09-28

Abstract

AIM: To explore the feasibility of one-stage herniorrhaphy in the treatment of strangulated inguinal hernia with bowel necrosis in elderly patients who could not tolerate a second operation.

METHODS: Clinical data for 44 elderly patients with strangulated inguinal hernia and bowel necrosis were analyzed retrospectively. Age, operative time, postoperative complications and

hospitalization, number of cases of inguinal surgical site infection, rate of recurrence, and Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) scores were compared between patients who underwent one-stage herniorrhaphy (group A) and those who did not (group B).

RESULTS: The operative time in group A was longer than that in group B (133 min \pm 12 min *vs* 116 min \pm 12 min), and the age was older in group A (80 years \pm 6 years) than in group B (66 years \pm 12 years). Hospitalization duration (18 d \pm 3 d *vs* 17 d \pm 3 d), number of cases of postoperative complications (16 *vs* 12) and inguinal surgical site infection (4 *vs* 2) did not differ significantly between the two groups. APACHE II score was higher in group A than in group B (10 \pm 2 *vs* 6 \pm 2). The rate of recurrence was higher in group A than in group B (0/16 *vs* 4/18).

CONCLUSION: One-stage herniorrhaphy is feasible in elderly patients with strangulated inguinal hernia with bowel necrosis.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Elderly patients; Strangulated inguinal hernia; Bowel necrosis; One-stage herniorrhaphy

Wang DY, Wei F. One-stage herniorrhaphy for strangulated inguinal hernia with bowel necrosis in elderly patients: Analysis of 23 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(27): 4438-4441 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/4438.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i27.4438>

同行评议者

孔静, 副教授, 副主任医师, 中国医科大学附属医院胆道、血管外科、微创外科

摘要

目的: 探讨对难以耐受或接受再次手术的高龄绞窄性腹股沟疝伴肠坏死患者一期疝修补术可行性。

方法: 回顾性分析44例腹股沟绞窄疝临床资料, 对比分析其年龄, 手术时间, 住院时间, 术后并发症及术后腹股沟切口感染发生率, 急性生理与慢性健康评分II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, APACHE II), 术后复发率, 并进行统计学分析。

结果: 一期处理坏死肠段加腹股沟疝修补术组(A组)23例, 年龄80岁 \pm 6岁。未行疝修补组(B组)21例, 年龄66岁 \pm 12岁。A组手术时间、APACHE II评分长于(高于)B组(133 min \pm 12 min vs 116 min \pm 12 min, 10分 \pm 2分 vs 6分 \pm 2分), 住院时间无显著差异(18 d \pm 3 d vs 17 d \pm 3 d, $P>0.05$), A组术后并发症16例, 其中腹股沟区切口感染4例, B组术后并发症12例, 其中腹股沟区感染2例, 两组术后并发症率、术后腹股沟切口感染概率无显著差异。术后随访18-36 mo复发率低于B组(0/16 vs 4/18)。

结论: 对于高龄绞窄性腹股沟疝伴肠坏死患者, 如果术中采取严格的防护措施, 术后积极抗感染治疗, 一期行坏死肠段切除加腹股沟疝修补术是可行的。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 高龄患者; 绞窄性腹股沟疝; 肠坏死; 一期疝修补术

核心提示: 本文对伴肠坏死的腹股沟绞窄性疝高龄患者进行了坏死肠段切除加腹股沟疝修补术, 发现一期处理坏死肠段加腹股沟疝修补术对一般情况差、基础疾病多且重而难以接受或耐受再次手术的高龄患者有较好的疗效, 但要注意术中采取严格的防护措施, 术后要积极进行抗感染治疗。

王大禹, 魏锋. 伴肠坏死的绞窄性腹股沟疝高龄患者一期疝修补术23例. 世界华人消化杂志 2015; 23(27): 4438-4441
URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/4438.asp>
DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i27.4438>

0 引言

腹股沟嵌顿疝是老年人常见的急腹症, 老年人

因腹股沟疝病史长、加之常伴发便秘、尿路不畅、慢性肺病等所致的腹压增高因素, 因而嵌顿几率较高, 易合并嵌顿物如肠管等坏死而演变为绞窄性疝, 严重时可危及生命^[1]。且患者高龄一般情况差, 难以耐受或接受择期再次手术行腹股沟疝修补。本文对湖州市中心医院2005-01/2015-06共23例伴肠坏死的腹股沟绞窄性疝高龄患者(患方不接受择期再次手术行腹股沟疝修补之治疗方案)进行了坏死肠段切除加腹股沟疝修补术(A组), 并对湖州市中心医院同期其他医疗组伴肠坏死的腹股沟绞窄性患者行坏死肠段切除加疝囊高位结扎术21例(B组)患者临床资料进行回顾性分析及对比, 并将诊治体会报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 A组共23例, 其中男17例, 女6例; 年龄67-92岁, 平均80 \pm 6岁; 腹股沟斜疝20例, 股疝3例。嵌顿时间为12 h-6 d。右侧腹股沟嵌顿疝18例, 左侧腹股沟嵌顿疝5例。临床症状除不可还纳的腹股沟肿块伴疼痛及肠梗阻表现, 15例患者有明显的腹部压痛、反跳痛、肌紧张等腹膜刺激征。22例合并有便秘、高血压、冠心病、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺病、糖尿病、脑血管疾病、前列腺肥大等基础疾病。患者一般情况均较差。术中证实为小肠坏死18例, 结肠坏死5例。急性生理与慢性健康评分II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, APACHE II) 10分 \pm 2分。B组共21例, 其中男16例, 女5例, 年龄29-81岁, 平均66岁 \pm 12岁, 腹股沟斜疝18例、股疝2例、闭孔疝1例。嵌顿时间为10 h-5 d。右侧腹股沟嵌顿疝16例, 左侧腹股沟嵌顿疝5例。术中证实为小肠坏死19例, 结肠坏死2例。APACHE II评分6分 \pm 2分。术中所用补片为美国巴德医疗器械有限公司生产的聚丙烯巴德疝修补平片。

1.2 方法

1.2.1 伴肠坏死腹股沟绞窄疝诊断: 急性起病, 伴腹痛腹胀, 恶心呕吐等肠梗阻之临床表现。腹股沟区可及不可回纳肿块, 伴肿块触痛, 部分患者有明显的腹部压痛、反跳痛、肌紧张等腹膜刺激征。彩超及或腹部计算机断层扫描(computed tomography, CT)提示腹股沟嵌顿疝。肠坏死均经手术证实。

■ 研究前沿

在社会老龄化日益明显、高龄腹股沟绞窄性疝伴肠坏死患者越来越多的今天, 分期处理肠坏死和疝修补的传统理念是否能很好地适应这部分基础疾病多、重, 一般情况差无法接受或耐受再次手术的高龄患者的需求。

■ 相关报道

目前对嵌顿疝出现肠坏死的手术方式仍存有争议。随着外科手术技术及材料学的进步以及对感染认识的深入, 抗生素的发展应用, 为一期肠切除加疝修补创造了条件。Bessa等认为一期无张力修补是安全的, 但仍需大样本及长期随访研究。国内张始业等认为如果全身情况尚可耐受手术, 可以同时行肠切除术加疝修补术。甚至张广钰等提出可以一期行肠切除加无张力疝修补术的观点。

■ 创新盘点

针对当今高龄腹股沟绞窄性疝伴肠坏死患者越来越多, 大部分高龄患者身体条件差, 基础疾病多且重, 从心理和生理上难以接受或耐受再次手术的实际情况下, 本文经过对既往工作总结提出在术中采取严格的防护措施, 术后积极抗感染治疗, 可以采取一期行坏死肠段切除加腹股沟疝修补术的观点。

1.2.2 治疗: A组病例采用全身麻醉或连续硬膜外麻醉。对腹膜炎体征明显者取下腹部正中切口, 探查腹腔后行小肠部分切除术/结肠部分切除术或造瘘术, 再取腹股沟斜切口, 行疝修补术。采取上述方法病例(A1组)共15例, 行无张力修补术6例(缺损较大者), 传统修补术9例。对腹膜炎体征不明显者取腹股沟斜切口, 在切开疝囊前应用无菌塑料薄膜将除疝囊外组织完全黏贴覆盖, 并外加纱布垫保护术野。切开疝囊后及时吸走腹内渗液, 仔细探查疝内容物, 必要时向上扩大切口, 对无法满意探查者加用下腹部正中切口, 行小肠部分切除术/结肠部分切除术或造瘘术后加疝修补术。上述方法病例(A2组)共8例, 行无张力修补术2例(缺损较大者), 6例行传统修补术。A组病例术腔内均放置高真空负压引流瓶。术后应用头孢三代+甲硝唑抗感染治疗。B组采用全身麻醉或连续硬膜外麻醉, 对腹膜炎体征明显者取下腹部正中切口, 探查腹腔后行小肠部分切除术/结肠部分切除术或造瘘术, 并于腹腔内缝合关闭内环口。对腹膜炎体征不明显者取腹股沟斜切口行小肠部分切除术/结肠部分切除术或造瘘术后加疝囊高位结扎术, 对无法满意探查者加用下腹部正中切口。

统计学处理 用SAS9.1统计软件进行处理。计数资料的比较采用 t 检验, 术后并发症、腹股沟切口感染、复发情况的比较采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况 A组手术时间、APACHE II评分长于(高于)B组(133 min \pm 12 min vs 116 min \pm 12 min, 10分 \pm 2分 vs 6分 \pm 2分), 住院时间无显著差异(18 d \pm 3 d vs 17 d \pm 3 d, $P > 0.05$), 最后均治愈出院。

2.2 并发症及随访情况 A组术后并发症共16例, 包括切口感染7例, 其中腹股沟区切口感染4例(2例为无张力修补术者, 2例为传统修补术者), 经换药后痊愈; 阴囊感染1例, 无因严重感染而再次手术甚至取出补片者; 肺部感染4例; 出现心律失常、心衰等心血管方面并发症4例。B组术后并发症共12例, 包括切口感染4例, 其中2例为腹股沟区切口感染, 经换药后痊愈; 2例阴囊肿胀; 肺部感染4例; 出现心律失常, 心衰等心血管方面并发症2例。A组术后随

诊(16例)18-36 mo均无复发。B组术后随访(18例)18-36 mo有4例复发。

3 讨论

目前对绞窄性腹股沟疝出现肠坏死的手术方式仍存有争议。按照经典的外科理论认为, 绞窄性腹股沟疝并发肠坏死宜分期手术, 一期处理坏死肠管, 二期行疝修补, 原因是坏死组织易引起手术区域的感染, 导致疝修补失败^[2]。随着对感染认识的深入, 抗生素的发展, 高效消毒剂的使用, 疝修补材料的改进及手术理念的更新都为二期肠切除加疝修补创造了条件。聚丙烯补片材料与人体组织相容性好, 其孔隙 >10 mm, 白细胞可自由出入其间隙从而有效的杀灭细菌, 即使术后发生感染多数不用取出补片, 经过局部引流换药等处理后而能痊愈^[3]。Bessa等^[4]认为在绞窄性腹股沟疝中一期无张力修补是安全的。近年有学者认为如果全身情况尚可耐受手术, 可以同时行肠切除术加疝修补术^[5]。甚至有学者提出可以一期行肠切除加无张力疝修补术的观点^[6-8]。研究^[9-11]表明应用无张力修补术对嵌顿或/和绞窄性腹股沟疝修补是安全的, 肠坏死不应作为无张力修补术的禁忌症。Wysocki等^[12]研究表明单或双丝聚丙烯网片可以安全用于绞窄性疝修补, 其局部手术并发症的风险是有限的。

老年人因其生理特点, 腹股沟疝的发病率较高, 国内报道达11.8%^[13], 随着社会老龄化日趋明显, 高龄嵌顿疝患者越来越多, 其中不乏伴发肠坏死患者。绝大多数老年患者伴发便秘、高血压、冠心病、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺病、糖尿病、脑血管疾病等基础疾病。一般情况较差, 麻醉手术风险均甚大, 术后并发症多^[14], 故在生理方面难以耐受再次麻醉手术, 并且从患者及家属心理方面也很难接受需要二期手术的计划。若按照经典的外科理论只行疝囊高位结扎术, 术后疝复发甚至再次嵌顿引发肠坏死的可能性很大。面对新的问题, 我们对高龄患者做了同时处理肠坏死并且行疝修补术的尝试。发现: 一期行坏死肠段切除加腹股沟疝修补术患者术后发生腹股沟切口感染及并发症率与不做疝修补术的患者无明显差别, 但术后复发率明显低于未做疝修补组。且接受无张力修补术的8例患者均未出现严重术腔感染而致疝修补术失败。我们的心

■ 应用要点

本文对伴肠坏死的绞窄性腹股沟疝高龄患者行一期疝修补术的临床资料进行了回顾性分析, 并提出自己的观点: 对高龄、一般情况差、基础疾病多且重而难以接受或耐受再次手术的高龄腹股沟绞窄性疝伴肠坏死患者, 术中采取严格的防护措施, 术后积极抗感染治疗, 可以采取一期行坏死肠段切除加腹股沟疝修补术。

得: (1)术前如能够确诊或高度怀疑绞窄疝合并肠坏死, 尤其是腹股沟肿块并不明显之嵌顿性闭孔疝, 最好应用腹部切口处理肠坏死^[15], 同时腹股沟切口行疝修补术, 术中严格保护术野, 更换手套, 手术器械并再次消毒腹股沟区; (2)对术前无法判断是否合并肠坏死的患者采用腹股沟切口, 打开疝囊前应用无菌塑料薄膜将除疝囊外组织完全覆盖, 并外加纱布垫严格保护术野. 若有需要可扩大内环口, 如果扩大内环口仍然不满意需加作经腹部切口; (3)术中严格无菌操作, 应用甲硝唑、碘伏冲洗浸泡术野, 放置高真空负压引流瓶. 术后常规应用抗生素积极抗感染治疗; (4)对腹股沟区缺损较大, 传统修补效果不确定患者, 如果腹股沟区术野保护较好可以采用聚丙烯补片行无张力修补术.

依据研究结果, 我们认为对于高龄绞窄腹股沟疝伴肠坏死患者, 尤其是难以耐受或接受二期手术患者, 如果术中采取严格的防护措施, 术后积极抗感染治疗, 可以采取一期行坏死肠段切除加腹股沟疝修补术.

4 参考文献

- 1 吴在德. 外科学. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 449
- 2 黄洁夫. 腹部外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 675-714
- 3 吴肇汉. 无张力疝修补术—疝修补术手术的新趋势. 中国实用外科杂志 2001; 21: 65
- 4 Bessa SS, Katri KM, Abdel-Salam WN, Abdel-Baki NA. Early results from the use of the Lichtenstein repair in the management of strangulated groin hernia. *Hernia* 2007; 11: 239-242 [PMID: 17334673]
- 5 程志俭, 洪亮, 黄陶承. 绞窄性腹股沟斜疝的 I 期修补. 中国临床医学 2001; 8: 371-372
- 6 张始业, 段升军, 盖学银, 王春祥, 张健. 嵌顿性腹股沟疝并肠坏死行肠切除并一期无张力疝修补术可行性探析. 中华疝和腹壁外科杂志: 电子版 2012; 6: 42-45
- 7 印慨, 郑成竹, 毕建威, 华积德. 疝环充填式无张力疝修补术在腹股沟嵌顿疝中的应用(附17例病例报告). 中国实用外科杂志 2001; 21: 86-87
- 8 张广钰, 李红燕, 田小林, 钟漓. I期平片无张力疝修补术结合切口皮下负压引流在老年急性绞窄性腹股沟疝的临床应用. 微创医学杂志 2013; 8: 143-146
- 9 Bessa SS, Abdel-Razek AH. Results of prosthetic mesh repair in the emergency management of the acutely incarcerated and/or strangulated ventral hernias: a seven years study. *Hernia* 2013; 17: 59-65 [PMID: 22733334 DOI: 10.1007/s10029-012-0938-x]
- 10 Elsebae MM, Nasr M, Said M. Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: A controlled randomized study. *Int J Surg* 2008; 6: 302-305 [PMID: 18573702 DOI: 10.1016/j.jisu.2008.04.006]
- 11 Kamto G, Pach R, Kibil W, Matyja A, Solecki R, Banas B, Kulig J. Effectiveness of mesh hernioplasty in incarcerated inguinal hernias. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2014; 9: 415-419 [PMID: 25337167 DOI: 10.5114/wiitm.2014.43080]
- 12 Wysocki A, Strzałka M, Budzyński P. [Tension-free technique for the repair of strangulated abdominal hernias]. *Przegl Lek* 2011; 68: 154-156 [PMID: 21812231]
- 13 郭俊. 无张力疝修补术在老年急性嵌顿性腹股沟疝中的应用体会. 中国医师进修杂志 2008; 31: 71-72
- 14 Azari Y, Perry Z, Kirshtein B. Strangulated groin hernia in octogenarians. *Hernia* 2015; 19: 443-447 [PMID: 24366756 DOI: 10.1007/s10029-013-1205-5]
- 15 张宏, 崔明明, 郑天一, 冯勇, 陈春生. 闭孔疝15例. 世界华人消化杂志 2011; 19: 538-541

同行评价

文章选取腹股沟绞窄性疝一期行疝修补术的高龄患者为研究对象, 采用回顾性分析的方法, 探讨一期行疝修补术的治疗效果、并发症、切口感染、复发率等情况, 得出结论: 在术中采取严格的防护措施, 术后积极抗感染治疗的情况下, 行一期坏死肠段切除加腹股沟疝修补术是安全可行的. 本项研究对临床工作有一定的借鉴意义.

编辑: 郭鹏 电编: 都珍珍

