经验交流

文章编号:1000-5404(2006)10-1132-02

老年人无张力疝修补术后复发原因及治疗

韩继明,王 灿,陈维庭 (重庆市第四人民医院普通外科,重庆 400014)

我院1999-2002年采用无张力疝修补术治疗108例腹股沟疝,术后复发2例(1.9%),同期收治院外无张力疝术后复发13例。现就复发原因及治疗对策作临床探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者15例,男性,年龄58~78(63±15)岁。腹股沟斜疝术后复发13例、直疝术后复发2例。复发时间3~11个月,平均7.47个月。15例中慢性支气管炎+前列腺增生4例,慢性支气管炎3例,前列腺增生2例,习惯性便秘5例,肝硬化腹水1例。13例有30年以上吸烟史。

1.2 治疗情况

1.2.1 围手术期治疗 内科治疗慢性支气管炎控制肺部感染使咳嗽明显减轻;前列腺增生排尿困难4例,转入泌尿科手术治疗(按国际前列腺增生症状评分IPSS>15,最大尿流率<15 ml/s),术后3个月再收入普外科,另外2例服药治疗后排尿通畅;长期便秘5例,手术前经灌肠服用泻药排净宿便;肝硬化腹水病人给予保肝输白蛋白治疗,1周后腹水控制在中到少量水平。患者术前2周完全停止吸烟。

1.2.2 手术治疗 15例均采用持续硬膜外麻醉。

1.2.2.1 再手术腹股沟管后壁与腹横筋膜缺损情况 15例中7例腹股沟区解剖层次不清,无法判定腹股沟管后壁与腹横筋膜缺损情况;8例层次较分明,腹股沟管后壁不完整,明显存在腹横筋膜薄弱与缺损。

1.2.2.2 再手术发现复发原因及处理 原手术部位发生4例。1例为巨大腹股沟斜疝初次手术时使用2个网塞充填较大疝环,周围连续缝合固定稳妥,而2个网塞间未缝合,导致疝内容物从网塞间突出。高位游离疝囊自二网塞间回纳入腹腔,将二网塞间缝合,表面用网片修补。3例疝内容物从网塞旁疝环口突出,原因为网塞与疝环口缝合稀疏(直疝2例,斜疝1例)。高位游离疝囊回纳入腹腔,将原网塞与新疝环口对边缘连续缝合,关闭疝环,表面用网片修补。原手术部位以外复发11例均为腹股沟斜疝采用疝环充填式无张力疝修补术,补片下端未与耻骨结节腱膜缝合,疝囊自补片下方Hesselbach三角突出形成直疝(再发直疝)。11例直疝高位游离疝囊,回纳入腹腔后疝环置网塞1个,精索后方放置的补片上端完全将直疝环和网塞覆盖,下端与耻骨结节腱膜和Cooper韧带缝合。

作者简介:韩继明(1959-),男,四川省成都市人,副主任医师,主要从事消化道肿瘤、疝和腹壁外科方面的研究。电话:13101349151

收稿日期:2005-11-07;修回日期:2006-03-27

2 结果

15例再手术后无切口感染、无尿潴留及阴囊积血积液。术后恢复好,术后平均住院日10 d。术后随访13例,2例失随访。随访时间12~26个月,平均17个月无复发。

3 讨论

腹股沟疝是普通外科最常见疾病之一,而且多见于老年人。有报道60岁以上老年人的发病率高达11.8‰[1]。而且这部分患者多伴有导致腹内压增高的疾病或因素。目前国内无张力疝修补术治疗腹股沟疝已普遍开展,但术后复发率与国外比较偏高,Rutkow等[2]报道术后复发率低于1%,韩继明等[3]报道术后复发率为1.9%。导致这一结果有多方面原因。

3.1 年龄和生理因素

现代腹股沟区解剖认为腹股沟区没有横纹肌纤维的支持,腹外斜肌无外科价值,精索和股血管通过该区使之成为腹壁的薄弱区。深层的耻骨肌孔仅有1层腹横筋膜抵抗腹腔内压。老年人腹壁在退性变组织中的胶原和羟脯氨酸的含量明显降低,氧化酶的活性低下,致脯氨酸不能羟化成羟脯氨酸。同时,血清中蛋白酶和抗蛋白酶比率失衡,抗胰蛋白酶(α1 antirypsin)的缺乏加速了组织退变的过程。老年人长期吸烟者烟碱中的氧化物、自由基不但可引起肺部疾病(如肺气肿),而且进一步影响全身筋膜、腱膜组织退变,腹股沟区更为明显。本组复发疝病例绝大多数有30年以上吸烟史,60岁以上老人占86.67%(13/15)。

3.2 腹内压增高因素

老年人腹股沟疝的发生与腹内压增高、腹横筋膜缺损有关。本组病例中除1例为肝硬化腹水导致腹内压增高以外,另14例均有慢性支气管炎、前列腺增生、长期便秘等使腹内压持续增高的因素。无张力疝修补术并不能去除腹内高压的因素,当修补方法无法承受持续腹内高压及瞬间腹内高压增加时,疝的复发将很难避免。本组资料显示15例患者第1次手术时腹内压增高因素均未得到有效控制,这是导致术后短期复发的重要原因。而再手术时重视围手术期治疗慢性支气管炎控制肺部感染、前列腺增生手术和药物治疗、对长期便秘的处理、肝硬化腹水患者给予保肝输白蛋白以消退腹水,从根本上解决(/降低)腹内压增高因素。手术后随访13例,2例失随访。随访时间12~26个月,平均17个月无复发。

3.3 修补材料选用不当

腹股沟疝分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ型。Ⅰ型疝由于疝环周围的腹

横筋膜有张力，腹股沟疝管后壁完整，疝囊高位结扎和内环修补即可。Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ型疝修补选用定型产品应强调个体化。本组1例巨大腹股沟斜疝初次手术时使用2个网塞充填较大疝环。从力学原理看，较大疝环并排置入2个网塞不如1个网塞承受的腹内压力大。因此，初次手术应缝合部分疝环，使之缩小放1个网塞。采用巴德 Modified Kugel 补片作疝修补可最大程度降低复发疝和忽略疝发生的风险。

3.4 手术操作不规范

无张力疝修补术与传统的手术相比无疑是认识和实践上的一大进步，其简化了手术操作，提高了手术效果。但是这并不意味着可以忽略外科手术的基本原则和规范化操作。本组15例复发与操作不规范有很大关系。为了尽可能避免再次手术后复发，均由擅长疝手术的副主任医师操作完成。

老年人组织退变、局部胶原纤维的合成减少和分解增加、抗张力强度减弱，同时多伴随有导致腹内压增高的疾病或因素。这些都是导致老年人腹股沟疝的发生和易造成修补失败和复发的重要因素。重视老年人腹股沟疝围手术期处理，从根本上解决或降低腹内压增高因素，手术的个体化、规范化将有助于减少老年人腹股沟疝无张力疝修补术失败和复发。

关键词：老年人；腹股沟疝；无张力疝修补术；复发
中图法分类号：R656.210.5 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 唐健雄，陈 革，黄 磊，等. 上海地区腹股沟疝发病情况的初步流行病学调查[C]. 上海：中华医学会第十四届全国外科学术会议论文汇编，2001：70-71.
[2] RUTKOW I M, ROBBINS A W. "Tension-free" inguinal herniorrhaphy: a preliminary report on "Mesh plug" technique[J]. Surgery, 1993, 114(1): 3-8.
[3] 韩继明，张 平，高根五. 充填式无张力疝修补术的临床应用：附108例报告[J]. 中国普通外科杂志，2003，12(11)：863-864.

（编辑 薛国文）

文章编号：1000-5404(2006)10-1133-01

个案与短篇

肝移植术后并发脊柱结核1例

吴松全，吴天富，何国伟 （第三军医大学新桥医院肝胆外科，重庆 400037）

1 临床资料

患者，男性，37岁，因"肝移植术后6年，胸背痛3月，双下肢麻木、乏力40 d"于2006年3月13日入院。2001年7月13日在西南医院行"肝移植术"，术后予抗排异、抗感染治疗3 d，长期服用环孢素A至今。2006年1月患者出现胸背部疼痛及双下肢麻，2月开始伴有双下肢麻木、乏力，到当地医院就诊，给予对症治疗，症状无缓解，逐渐加重至入院。CT、MRI等检查，诊断为"胸6～胸9椎结核"，收入院治疗。

入院查体：生命体征平稳，无发热，胸、背、脊柱未见异常，肝右肋下2 cm可触及，质硬，无压痛，脾未触及。肝功能：总蛋白（TP）61.6 g/L，白蛋白（ALB）35.2 g/L，球蛋白（GLB）26.4 g/L，谷丙转氨酶（ALT）36 U/L，谷草转氨酶（AST）32 U/L，总胆红素（TBIL）12.6 μmol/L，直接胆红素（DBIL）3.2 μmol/L，间接胆红素（IBIL）9.4 μmol/L，碱性磷酸酶（ALP）102 U/L，γ-谷氨酰转肽酶（γ-GT）46 U/L，胆碱酯酶（CHE）3 600 U/L，总胆固醇（TCHO）3.8 mmol/L，甘油三酯（TG）1.2 mmol/L，血糖（GLU）5.2 mmol/L，血肌酐（Cr）86 μmol/L，尿素氮（BUN）6.2 mmol/L，尿酸（UA）320 μmol/L，血常规：白细胞（WBC）4.2×10⁹/L，中性粒细胞（NEU）0.62，淋巴细胞（LYM）0.28，红细胞（RBC）3.2×10¹²/L，血红蛋白（HGB）102 g/L，血小板（PLT）120×10⁹/L。双下肢肌力Ⅳ级，双侧膝腱反射（+），跟腱反射（+），双侧Babinski征、Kernig征及Gordon征未引出。X线、CT、MRI显示"胸6～胸9椎体结核伴寒性脓肿"入院后行"胸6～胸9椎体病灶清除、减压、植骨融合术"。术中见：右侧胸7、8椎体旁与椎间盘、肋骨相连，约5 cm×3 cm×3.5 cm脓肿，壁为结核肉芽组织，有大量黄色干酪样物质流出，并有大量坏死组织。胸7、8椎体右侧有骨质破坏，并有

作者简介：吴松全（1973-），男，四川自贡人，主治医师，硕士，主要从事肝胆外科疾病的临床研究。
通讯作者：何国伟，主任医师，Tel：023-68754998。
收稿日期：2006-03-24；修回日期：2006-04-21

术后患者出现胸背部疼痛伴双下肢麻木、乏力，胸7、8椎间隙后突，椎间隙前壁、脊髓前方软组织肿块，结核菌素试验（+），植入取下的肋骨2块，见成人干骺端高密度，符合肋骨结核表现，术后给予抗结核治疗，胸背部疼痛及双下肢麻木症状明显减轻，复查胸椎CT示胸7、8椎体骨质破坏较前修复，未见明显死骨，椎旁软组织肿块较前缩小，胸7、8椎体骨质密度较前增高，术后患者病情平稳，伤口愈合良好，于术后3周出院。

2 讨论

肝移植术后并发结核病因复杂，由于肝移植患者长期服用免疫抑制剂导致机体免疫功能受损，易并发各种感染[1]，其中结核病是临床上常见的高发典型、独特的机会性感染[2]。本例患者有X线、CT、MRI检查，诊断无误，患者经过抗结核治疗后症状明显减轻，手术治疗后明确诊断为肝移植术后并发脊柱结核，术后无神经症状，伤口愈合良好，于术后3周出院。

关键词：肝移植；脊柱结核
中图法分类号：R529.2 文献标识码：B

参考文献：

[1] POSTA B, MILLIGAN D C, DIRSHAW J. Cost analysis of low-dose vs high-dose cytomegalovirus infection prophylaxis after liver transplantation[J]. Liver Transpl Surg, 1998, 4(5 Suppl 2): 2402-2403.
[2] 张小勇，周一新，马晓亚，等. 肝移植围手术期结核病的诊治[J]. 中华医学杂志，2005，85(18)：1249-1253.

（编辑 张天春）