维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

腹股沟斜疝是一种常见的普外科疾病。多发生于老年病人，大多需要手术治疗，以往只能采取传统的有张力的 Bassini 法、Macvy 法、Halsted 法等进行手术。这类手术的特点是术中要求广泛分离，因此副损伤机会较多，术后疼痛明显，伤口需压沙袋 24 h，禁止下地 3～4 d，需镇痛治疗，且出现阴囊血肿，排尿困难等并发症。因其强行将不同组织缝合在一起，张力较大，愈合时间长，故手术易失败。据统计，其短期复发率高达 10%～15%[1]。Lichtenstein[2] 认为缝合组织的张力是疝修补术失败和术后复发的关键所在，因此，他认为使用补片来减轻张力。Lichtenstein 手术（即平片修补术）是依靠人工合成网片内增生纤维组织，形成较为坚实的组织结构。这种方法不破坏正常的解剖结构，没有缝合张力，操作技术简单、快速，疼痛少，恢复快和不限制体力活动及不复发等特点，是疝修补技术发展的一个里程碑，这在本组中已得到充分体现。

目前无张力平片修补术一般均采用加强腹股沟管后壁的方式，需游离精索，因而手术相对复杂，损伤相对较大。因为补片可以形成较为坚实的组织结构，可以加强疝外腹壁被盖，符合解剖及生理的要求。所以我们在高位结扎疝囊后尝试用补片加强腹股沟管前壁的方法来治疗腹股沟斜疝病人。这一术式无需游离精索，操作更为简便，手术时间短。全组病人术后均无剧烈疼痛、阴囊血肿及排尿困难等并发症，可以早期下床活动，随诊后未有复发。因此，本文认为，加强腹股沟管前壁的平片无张力修补法可以成为无张力疝修补术式的一个补充。

另外，在手术操作中，需注意在固定补片时应尽量使之展平，避免卷曲，补片应超过联合腱缘 2～3 cm，并超过耻骨结节 0.5～1.0 cm。有报道采用平片修补术的复发者中，补片卷曲是一个重要因素[3]。

小结：从本组的结果看，本文认为加强腹股沟管前壁的平片式疝修补术是一种安全有效的方法，具有无张力、不复发、痛苦少、损伤小、手术时间短及无并发症的优点，可成为无张力疝修补术式的一个补充。

参 考 文 献

1. 马颂章，李燕青，宋化峰，等. 疝充填式无张力疝修补术治疗原发性腹股沟疝 60 例次报告. 中华普通外科杂志，1999，14(2)：160.
2. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, et al. The tension-free hernioplasty. Am J Surg, 1989, 157(2): 188.
3. Robbins AW, Rntkon IM. Mesh plug repair and groin hernia surgery. Surg Clin North Am, 1998, 78(6): 1007.

（收稿日期：2003－04－14）

·个案与短篇·

恶性食管癌并发气管瘘成功置入食道近端覆膜支架一例

袁 华* 刘龙碧* 谭红莉* 刘晓莉*

我院消化科于 2002 年 11 月成功地置入食道近端覆膜支架，解决了 1 例恶性食管癌合并气管瘘患者的进食问题，系重庆市首例，现报告如下。

1 临床资料

病例，男，51 岁，于 2002 年 5 月无明显诱因出现吞咽梗阻，进普通饮食出现梗阻感，以第一口干饭时明显，偶感胸骨后胀痛不适，来院应诊后确诊为食管中段癌伴狭窄，在肿瘤科多次行化、放疗后感吞咽梗阻有所缓解，此次入院前半月患者出现剧烈咳嗽、咳白色泡沫痰，伴呕吐、胸痛、发热，自测最高体温 40℃，呕吐物系胃内容物，非喷射状。于 11 月 5 日以“食管癌食管中段鳞状上皮局部癌变化、放疗后双侧扁桃体炎；肺部感染”收入肿瘤科。查体：神志清楚，一般情况差，体温 36.5℃，呼吸 20 次/min，脉搏 90 次/分，血压 130/90 mmHg，双肺呼吸音粗，双侧扁桃体红肿充血，Ⅱ度肿大，声音斯哑。血常规，WBC 11.1×10^9，N 80.2%，L 8.2%，RBC 3.49×10^{12}/L，HGB 101 g/L，PLT 256×10^9/L。肝肾功能 ALT 52.00 IU/L，GLT 41.00 IU/L，GGT 64.00 IU/L。根据病情给予抗感染、止咳、化痰、止吐及对症支持治疗后咳嗽、咳痰有所缓解，体温正常，但仍感进食梗阻，饮水呛咳，行食道吞钡检查提示：食道气管瘘。于 11 月 12 日转入消化科

（下转 120 页）

* 作者单位：400037 重庆市第三军医大学新桥医院心血管外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

体，随着自我爱美意识的提高，保乳术更容易使患者从乳房切除术的身心创伤中恢复。因此，她们更容易恢复正常工作和社会生活。对原发乳腺癌所采取的乳房整形术中，LTF术式已显示其应用价值。

参 考 文 献

1. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan JH, et al. Ten - years results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage Ⅰ and Ⅱ breast cancer. N Engl J Med, 1995, 332: 907 - 911.
2. Arrigada R, Le MG, Rochard F, et al. Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer; Patterns of failure with 15 years of follow - up data. J Clin Oncol, 1996, 14: 1558 - 1564.
3. Lino Y, Takel H, Andoh T, et al. Subcutaneous mastectomy with axillary dissection plus breast reconstruction using latissimus dorsi myocutaneous flap (or latissimus dorsi muscle) for breast cancer. Anticaner Res, 1995, 15: 1511 - 1515.
4. Smitt MC, Nowells KW, Zdeblick MJ, et al. The importance of the Lumpectomy surgical margin status in long-term results of breast conservation. Cancer, 1995, 76: 25 - 267.
5. Gage I, Schnitt SJ, Nixon A, et al: Pathologic margin involvement and risk of recurrence in patients treated with breast-conserving therapy. Cancer, 1996, 78: 1921 - 1928.
6. Johnson JE, Page DL, Winfield AC, et al. Recurrent mammary carcinoma after local excision; A segmental problem. Cancer, 1995, 75. 1612 - 1618.
7. Raja MA, Straker VF, Rainsbury RM. Extending the role of breast-conserving surgery by immediate volume replacement. Br J Surg 1997, 84: 101 - 105.

(收稿日期：2003 - 03 - 20)

(上接117页)

继续治疗，复查胃镜：距门齿25～33 mm可见食管癌，瘘口位于距门齿30 cm，同时进行食道扩张。于11月13日下午14:30在电子胃镜下行食道覆膜支架置入术，应用LOT4236837号支架，钢丝引后，送入支架释放器，内镜监视下将支架释放于病变部位，退出支架释放器，见支架覆膜部分准确放于距门齿25～33 cm处，术中顺利。

2 护理

2.1 术前护理

(1)耐心细致的向患者及家属讲解置入食道支架的目的、步骤、配合方法及术后可能出现的并发症，消除患者焦虑、恐惧心理，积极配合手术。(2)常规检查凝血酶原时间、肝肾功能、电解质及心肺功能。(3)常规胃镜检查确定部位及了解狭窄病灶的内径及长度等。(4)禁食禁饮8 h以上。(5)术前1 d用生理盐水250 ml + 地塞米松5 mg + 丁安卡那霉素0.4g冲洗食道，每日4次。(6)准备好器械、急救物品。

2.2 术后护理

(1)病情观察：支架置入后可能发生食管穿孔、出血、支架移位及堵塞、胸痛、发热等并发症，这就要求术后1周内，尤其第1～3天应密切观察病情及生命体征，如出现胸骨后剧烈疼痛、气胸、皮下气肿、呕血、黑便或吞咽困难未能缓解等情况时，应及时报告医生并处理。本例患者术后第1～2天诉咽喉部及胸部疼痛，嘱患者用盐水漱口，遵医嘱给予多瑞吉贴剂及强痛定肌注后缓解，无其他并发症发生，生命体征平稳。(2)饮食护理：术后2 h嘱患者饮少量温开水，无呛咳，当天以进流质为宜，术后2～3 d进流质或半流质，以后酌情进软食，并将食物慢嚼细咽，以免引起阻塞，同时忌干、粗糙、硬性食物，进食后多饮水，防止食物卡在支架上，并叮属患者若出现进食呛咳、吞咽梗阻时应停止进食。(3)药物治疗护理：术后予抗感染、止咳、化痰、制酸、保护胃粘膜、止痛及对症支持治疗，密切观察药物的毒副反应，未诉特殊不适，无药物不良反应发生。(4)术后第5天复查胸片及上消化道钡餐，见食管支架置入良好，无移位，食道气管瘘已堵塞，双下肺纹理仍增粗，患者仍诉轻微咳嗽、咳痰、胸痛，改用抗生素，予以超声雾化吸入。

2.3 出院指导

患者恢复较好，一般情况可，咳嗽、咳痰减轻，体温正常，进食无呛咳，拟出院，嘱患者：(1)避风寒，清淡饮食；(2)定期复查胸片；(3)继续抗感染治疗；(4)建议至肿瘤科继续治疗；(5)出现症状及时就诊。

3 讨论

本例患者患绝症，到消化科治疗时已水米不进，体重下降约6 kg，全身情况极差，精神极度萎靡，通过置入支架，在他的食道处重新构建了食物通道，患者的痛苦迅速得到了缓解，进食畅通无阻。此例系本市首例采用进口覆膜支架治疗近端恶性食管癌合并气管瘘，这一全新疗法取得了成功为广大食管癌患者带来了福音，延长了病人生命，提高了生存质量。因此，本文建议中、晚期食管癌失去手术机会患者，为了迅速缓解吞咽困难，改善营养状况，延长生存期，本疗法不失为一种有效的姑息性治疗。本疗法有以下优点：(1)在胃镜下置入支架，避免了X线损害，定位准确，方法简单，成功率高。(2)安全，并发症少，且治疗费低。(3)疗效确切，病人耐受性好。(4)本疗法除起再造通道作用，使患者正常进食外，同时内支架本身压迫癌组织，防止出血，造成局部血运不畅，癌灶生长速度缓慢，能较长时间保持狭窄部通畅，阻止癌组织向内生长，值得临床推广。

(收稿日期：2003 - 04 - 03)