临床研究 文章编号:0253-3626(2010)03-0474-02

腹壁巨大切口疝的腹腔内修补术(附 6 例报告及文献复习)

余向锋[1],刘雪琴[1],王静波[1],顾 敏[2],赵 渝[3]

(1.重庆北部新区高新园人民医院外一科,重庆 401121;2.重庆长寿区人民医院外一科,重庆 401220;3.重庆医科大学附属第一医院普外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨腹壁巨大切口疝的修补方法及围手术期处理。方法:回顾性分析 2005~2008 年期间收治的 6 例腹壁巨大切口疝患者的临床资料:男 5 例,女 1 例,年龄 52~71 岁,平均 63 岁。发病 5~22 月,平均 12 月。疝环缺损直径 12~20 cm,平均 15 cm。合并双下肢深静脉血栓形成并高血压、高心病、多囊肾及肾功能不全 1 例,慢支炎、肺气肿并腹股沟巨大复发疝 1 例,高血压并糖尿病 1 例,前列腺增生症 1 例,低蛋白血症 1 例。6 例均行开放手术用复合补片 Composix 行腹腔内修补(Underlay),1 例合并腹股沟巨大复发疝者加用超普(Ultrapro)网片行腹股沟区腹膜前修补。结果:全部病例均安全度过手术期,经随访 8 个月~3.5 年,无 1 例出现复发、肠梗阻等并发症。结论:围手术期处理甚为关键,主要包括控制基础疾病、预防性使用抗生素和防止腹内压改变对机体产生的不良影响。复合补片腹腔内修补腹壁巨大切口疝是一种安全、有效的治疗方法。

【关键词】腹壁巨大切口疝;复合补片;腹腔内修补

【中国图书分类法分类号】R656.24;R616.6 【文献标识码】B 【收稿日期】2009-08-31

Intraperitoneal repair of huge incisional hernia on abdominal wall

YU Xiang-feng, et al

(*The First Department of Surgery, Gaoxingyuan People's Hospital, Aera of North Chongqing*)

【Abstract】*Objective*: To investigate intraperitoneal repair and perioperative management of huge incisional hernia on abdominal wall. *Methods*: A retrospective study was done to analyze the clinical data of 6 patients who had undergone intraperitoneal repair for huge incisional hernia on abdominal wall from 2005 to 2008. Five males and 1 female, with an average age of 63 years (range, 52 to 71 years), and duration of illness ranged from 5 to 22 months (average, 12 months) were included. The diameters of defective hernial sac varied from 12 to 20 cm, averaging 15 cm. One case was complicated with hypertension, hypertensive cardiopathy, polycystic kidney and organic renal insufficiency and deep vein thrombosis (DVT) at lower limbs; one with chronic bronchitis, emphysema and huge inguinal recurrent hernia; one with hypertension and diabetes; one with hyperplasia of prostate and one with hypoproteinemia. Open Underlay surgery was performed to repair the 6 cases with Composix. The patient complicated with huge inguinal recurrent hernia received additional repair with Ultrapro mesh in the preperitoneal inguinal region. *Results*: All cases went through the operation period uneventfully. Follow-ups from 8 months to 3.5 year revealed no such complications as recurrence and intestinal obstruction. *Conclusion*: The crucial perioperative managements mainly include control of the basic complicated diseases, preventive use of antibiotics and prevention of adverse effects caused by changes in intra-abdominal pressure(IAP). Underlay with Composix is a safe and effective method of repairing the huge incisional hernia on abdominal wall.

【Key words】Huge incisional hernia on abdominal wall; Composix; Underlay

腹壁切口疝是腹部外科手术后较常见的并发症,其发生率为 2%~11%[1,2]。巨大切口疝患者疝环缺损≥10 cm[3],是一个明显地影响病人全身健康的疾病,其治疗棘手,复发率高,常给患者造成极大的痛苦与不便。我们于 2005 年 3 月~2008 年 12 月期间,采用开放手术复合补片腹腔内修补(Underlay)治疗 6 例腹壁巨大切口疝患者,治疗效果满意,现报告如下。

作者介绍:余向锋(1962-),男,副主任医师,研究方向:普外和泌尿临床研究。

通讯作者:顾 敏,男,副主任医师,E-mail:GXL1101@yahoo.cn。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 6 例,男 5 例,女 1 例,年龄 52~71 岁,平均 63 岁。发病 5~22 月,平均 12 月。测量疝囊范围 14~28 cm,平均 16 cm。疝环缺损直径 12~20 cm,平均 15 cm。初发疝 5 例,复发疝 1 例。合并双下肢静脉血栓形成并高血压、高心病、多囊肾及肾功能不全 1 例,慢支炎、肺气肿并腹股沟巨大复发疝 1 例,高血压并糖尿病 1 例,前列腺增生症 1 例,低蛋白血症 1

例。检查均发现腹壁切口周围可复性巨大包块,疝囊最大者达 28 cm × 26 cm 大小,伴有腹部不适感,常需平卧或使用腹带压迫。修补材料为美国巴德公司复合材料补片 Composix 和强生公司超普(Ultrapro)网片。

1.2 手术方法

常规手术准备并强调对心、肺、肾功能的专科检查,对相关并发症均控制平稳后再手术。合并下肢深静脉血栓形成患者予肠溶阿司匹林、低分子肝素、蕲蛇酶等抗凝祛聚治疗 1 月,复查双下肢深静脉血栓消失,停用抗凝药物 10 d;合并前列腺增生患者行经尿道等离子前列腺切除术后 2 周,排尿困难症状消失。6 例患者全部采用腹带束扎腹部准备 2 ~ 4 周。预防性应用抗生素,肠道准备,术前留置胃、尿管减压,均选择全麻下用复合补片行腹腔内修补术。取原切口或从原切口旁进入腹腔,分离小肠与腹壁粘连,测量腹壁缺损范围,使用美国巴德公司膨体聚四氟乙烯 (ePTFE)/ 聚丙烯复合材料修补片 Composix, 将补片四角稍作修剪后直接放置于缺损处,将防粘连的膨体聚四氟乙烯面朝向腹腔,补片四周均超出疝环边缘约 5 cm。围绕补片每隔约 3 ~ 4 cm,进针距补片边缘约 1.0 cm,缝线为单股的 0# 聚丙烯线,将固定补片的缝线用穿线针经全层腹壁拉出收紧打结固定于皮下。补片前放置左、右两根乳胶引流管,逐层关闭腹腔和切口。1 例合并腹股沟巨大复发疝患者同时加用强生公司超普网片行腹股沟区腹膜前修补。手术后给予营养支持、输血、抗生素等对症处理和治疗。术后连续腹带包扎 3~6 个月。

2 结 果

手术时间 85~186 min, 平均 123 min。平均失血量 128 ml。术后常规应用抗生素 5~7 d。1 例(合并双下肢深静脉血栓形成患者)伤口引流管引流量(血性)较多,术后第 1 d 750 ml,第 2 d 590 ml,多次予输血、血浆、血小板及巴曲亭等治疗;术后第 3 ~10 d 逐渐从约 180 ml/d 减至约 100 ml/d,第 11 ~20 d 从约 90 ml/d 逐渐减至约 30 ml/d, 术后 15 d 右侧引流管少于 10 ml/d 后予以拔出,术后 24 d 左侧引流管引流量少于 10 ml/d 后拔管。1 例(合并腹股沟巨大复发疝患者)术后早期出现发热,体温 37.6℃~38.5℃,经连续使用抗生素 3 d 后降至正常。所有患者切口一期愈合,术后恢复良好。随访 8 个月 ~3.5 年,未出现疝复发、肠梗阻和其它术后并发症,患者生活质量良好。

3 讨 论

腹壁切口疝是腹内脏器或组织经腹部手术切口所致缺损突出的疝,多见于老年人,与腹内压增高、切口感染或裂开、关腹缝合技术及麻醉配合、低蛋白血症、糖尿病组织愈合能力差等有关。手术修补是唯一有效的治疗方法,但切口疝修补手术的危险性和复发率都较高[4]。切口疝修复常较困难,初发疝一般要等到手术后 6 个月即塑型期后再修补,过早修补容易复发[5]。而巨大切口疝患者常常由于年老体弱,疝体积巨大,腹壁肌张力不足,生理紊乱特别是呼吸功能不全[6]以及缺损过大难以将组织拉拢对合边缘缝合修补等,曾被认为是外科无法修补的可怕的致残性病变。

无张力疝修补术的优势是不过分的剥离、强拉缝合组织而采用补片修补,手术损伤相对较小、手术操作相对简便,所以术后疼痛轻、恢复快、并发症较传统修补少,且复发率低,但各种补片修补方式有所区别。近年来随着材料学的迅猛发展,各种疝修补材料已广泛应用到临床中,应针对患者的实际情况选择合适的修补材料实施疝手术[7]。目前常用 Bard 公司的 Composix 补片是由 2 层聚丙烯和 1 层 e-PTFE 构成,特点是兼顾了聚丙烯和 e-PTFE 的优点,即聚丙烯网组织长入好,植入后在腹壁生长牢固,抗张力和抗感染力强[8],而 e-PTFE 材料几乎不产生炎症和异物反应,其独特的多微孔结构使得这种补片具有柔软、不磨损和顺应性好的特性,而且允许细胞浸润、组织与网片相容,可放入腹腔内与内脏接触,在显微镜下可见到 e-PTFE 与腹腔脏器接触面间有一层间皮样组织形成,因而具有较好的防粘连作用[7-9]。因此,这类材料分为与腹壁接触面和与内脏接触面,常作为巨大腹壁切口疝的修补材料。Millikan 等采用腹腔内修补术治疗腹壁切口疝 102 例,认为选择复合补片 Composix 放置于腹腔内,e-PTFE 一面朝向脏器,网片二侧紧贴前腹壁的壁层腹膜,较其它方法更能直接阻挡腹内压对腹壁的冲击。

本组 6 例患者腹壁缺损均超过 10 cm,最大达 20 cm,其中 5 例患者分别合并高血压、糖尿病、慢支炎、肺气肿、双下肢深静脉血栓形成、前列腺增生症、肾功能不全等基础疾病,1 例同时合并腹股沟巨大复发疝,给手术治疗带来更多困难。经过积极的术前准备和治疗合并症,适时合理地选择了腹腔内修补方法和修补材料,6 例患者均安全度过了手术期,经过较长时间随访确定治疗效果良好。我们体会:(1)巨大切口疝以老年人多见,常伴有全身性疾病,术前应重视对内科基础疾病以及引起腹内压增高的疾病(如高血压、糖尿病、慢支炎、前列腺增生等)进行针对性治疗,待消除切口疝促发因素,全身情况改善后再行手术。(2)术前做好腹腔减容准备如采用腹带束腹训练(目的是使膈肌抬高)使患者能逐步适应新的腹内压,并进行腹部顺应性锻炼。束扎初期应密切注意患者的呼吸功能,防止突发呼吸衰竭。腹带束扎准备时间一般为 2~3 周,基本可替代有一定创伤且较繁琐的人工气腹操作。(3)强调预防性使用抗生素和术后持续应用数天有利于防治感染。因为一旦感染发生,不单会造成材料成本(价格昂贵)浪费,且不得不再次手术去除补片,给病人带来痛苦和经济损失。(4)腹腔内补片置入方法是腹膜难以关闭的巨大切口疝较为理想的手术方式,操作简单,无需过多解剖腹壁肌层。由于补片与腹腔内腹膜固定缝合,使切口处张力明显降低,有利于伤口愈合和减少术后复发。术中注意将防粘连的膨体聚四氟乙烯面朝向腹腔,补片四周均要超出疝

个案与短篇 文章编号:0253-3626(2010)03-0476-02

食管癌术后心律失常 235 例临床分析

母存富,向家勇,张文林,杨晋平
(四川省广元市第一人民医院胸心外科,广元 628017)

【中国图书分类法分类号】R655.4;R541.7 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-07-15

我院 1998 年 1 月至 2007 年 12 月共施行食管癌切除术 1166 例,所有患者术后均行 48 h 心电监测,共发生心律失常 235 例。现结合本组患者的临床资料,总结食管癌切除术后心律失常的预防和治疗方法。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组不包括术前存在心律失常而术后仍为相同类型心律失常病例。本组共 235 例,男性 128 例,女性 107 例。年龄 40~78 岁,中位年龄 62.5 岁。60 岁以上老年病例 186 例,占 79.1%。食管上段癌 33 例,食管中段癌 165 例,食管下段癌 37 例。合并慢性阻塞性肺病(Chronic obstructive pulmonary disease,COPD)68 例,低钾血症 35 例,高血压 52 例,心电图缺血性 ST 段改变 80 例。

1.2 治疗方法

本组病例均施行食管癌切除、食管胃或食管结肠吻合术,其中颈部吻合术 38 例,主动脉弓上吻合术 173 例,主动脉弓下吻合术 24 例。术后使用镇痛泵持续硬膜外镇痛 150 例,血小板低于 6×10^9 个 /L 禁忌使用。术后连续吸氧 3 d,吸氧流量 4~6 L/min。术后第 1 d 复查血常规,术后第 2 d 复查电解质。术后常规心电监测 48 h,发生心律失常时行 12 导联心电图分析确定心律失常类型。根据心律失常不同类型选用相应药物或电击复律,常用药物有利多卡因、乙胺碘呋酮、西地兰、山莨菪碱等。

作者介绍:母存富(1975-),男,副主任医师,
研究方向:心胸外科。

2 结 果

同期食管癌切除术 1 166 例,发生心律失常 235 例,发生率 20.2%。出现心律失常时间:手术后 24 h 内 192 例,占 81.7%(192/235),术后 48 h 内 218 例,占 92.8%(218/235),48 h 以后仅占 8.2%(17/235)。心律失常类型:窦性心动过速 156 例,窦性心动过缓 32 例,房性及交界性早搏 65 例,室性早搏 48 例,心房纤颤 21 例,阵发性室上性心动过速 15 例,室颤 3 例。其中快速性心律失常最多见,占 91.5%(215/235)。本组 1 例死于室颤,2 例死于急性呼吸衰竭,其余 232 例经治疗出

环边缘约 5 cm 且不能卷曲,不能让聚丙烯面接触到腹腔脏器,否则可能导致肠粘连、肠瘘等严重并发症。(5)1 例术后渗血量大且持续时间长,考虑与术前治疗下肢深静脉血栓使用抗凝药物有关,建议对术前有使用抗凝药物者应停药 1 周以上,手术创伤大者最好能停药 2 周以上。(6)常规放置引流管并保持通畅,引流管拔除时间应根据引流量多少而定,24 小时引流量连续 3 d 少于 10 ml 方可拔管,拔除过早可能导致血肿或血清肿。(7)合理选择修补材料和修补方法,认真重视围手术期处理,充分的术前准备,是手术成功的保障。

参 考 文 献

[1] Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional[J]. Lancert, 2003, 362(9395): 1561-1571.

[2] Uyen B, Gina L, Richarad W, et al.Laparoscopic Incisional Hemia Repair: A Technical Advance[J]. Current Surgery, 2003, 60(3): 287-290.

[3] 中华医学会外科学会疝和腹壁外科学组. 腹部手术切口疝手术治疗方案(草案)[J].中华普通外科杂志, 2004, 19(2): 125.

[4] 郑民华, 毛志海.腹壁切口疝的腹腔镜修补术[J].临床外科杂志, 2005, 13(2): 119-121.

[5] 朱晓强, 龚鼎铨. 应用补片修补巨大腹壁切口疝 26 例报告[J].中国实用外科杂志, 2006, 26(6): 446-447.

[6] Robert J. 马颂章. 主译. Nyhus & Condon's Hemia[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005.335.

[7] 申英末, 陈 杰, 王振军, 等.疝修补材料的发展与新进展[J].中华疝和腹壁外科杂志, 2007, 1(1): 56-59.

[8] 孙久运, 冯寿全, 张晓东, 等.腹壁巨大切口疝修补术(改良 Rives-Stoppa 修补术)[J].中国现代手术学杂志, 2008, 12(4): 243-246.

[9] 田 文, 马 冰, 杜晓辉, 等.腹腔镜下腹壁巨大切口疝修补术的临床应用[J].中国普通外科杂志, 2007, 16(12): 1149-1151.

(责任编辑:关蕴良)