维普资讯 http://www.cqvip.com

手术治疗老年人腹股沟嵌顿疝的体会（附52例分析）

第一医院普外科 王济明

我院自1960～1988年6月共急诊手术治疗老年人腹股沟嵌顿疝52例，占本院同期收治老年人肠梗阻的23%。

临床资料

本组男性32例，女性20例，年龄60～90岁。平均70岁。其中60～69岁25例，70～79岁23例，80岁以上4例。斜疝29例(男27例，女2例)，股疝23例(男5例，女18例)。发生在右侧36例（69.2%），左侧14例(26%)，双侧2例(3.8%)。发病到就诊时间4小时～11天。平均49.5h。31例发生绞窄，发生率为59.6%，平均病程74.7h。其中股疝18例，平均病程100h；斜疝13例，平均39.5h。未绞窄的5例股疝，平均21.4h；18例斜疝，病程平均3.8h。26例有间歇腹股沟肿块史，最长80年。发病后有腹痛及腹股沟肿块压痛者45例；恶心，呕吐28例；大多数体温正常，脉搏超过90次/min者24例，(其中绞窄者占16例)。白细胞总数超过10×10^9/L者19/23例。13例腹部X线检查有明显肠梗阻症。伴随有老年人常见病慢性支气管炎15例，高血压15例，肺气肿、肺心病12例，冠心病12例，糖尿病、结核、脑病各1例。

患者从入院到急诊手术（包括术前准备）平均3.5h。施行局麻9例，持续硬膜外麻醉35例，全麻8例。疝内容物为小肠41例，大网膜及小肠8例，盲肠2例，乙状结肠1例。36例行嵌顿松解及疝修补术，其中同时行肠切除者6例，大网膜切除2例。仅作松解而未行疝修补者12例，同时行肠切除者9例。4例经腹手术，其中3例行肠切除，1例松解。

术后发生伤口感染7例，伤口裂开2例，代谢性酸中毒及感染性休克6例，心律紊乱4例，肺炎2例。2例因就诊晚、病情危重，于术后24小时内死亡，1例术后发生脑血管意外死亡。死亡率为5.8%。

本组病人术前及术后均接受了广谱抗生素治疗。平均住院11.6天。

讨　论

老年人疝嵌顿后到就诊时间长，其原因一是就诊不及时，二是误诊[1]。本组近半数患者在发病后不能提供明确的疝病史，平时对腹股沟区间歇出现的肿块，特别是较为隐蔽的股疝重视不够。对疼痛反应较迟钝，自觉症状往往模糊不清，常将疝嵌顿后的腹痛误为一般腹痛，因而就诊较晚而延误治疗（本组最长达11天）。疝嵌顿或绞窄后常有疝块突然增大，伴有明显压痛和急性肠梗阻三大症状[2][3]。对急腹痛者查体时不要遗漏腹股沟部及股部的检查。本组有二例因仅注意其腹部肠梗阻症而忽略了疝的存在而误诊，虽及时剖腹探查而未耽误治疗，应引以为戒。

老年人嵌顿疝发生绞窄与否和疝的种类，以及嵌顿时间长短密切相关[3][4]。本组嵌顿性股疝发生绞窄的机会远高于斜疝；绞窄发生率随嵌顿时间延长而增加。本组嵌顿疝的绞窄率为59.3%，其中股疝为78.2%，斜疝为44.8%。均高于其他年龄组。

手术应为治疗嵌顿疝的主要措施。由于疝发生嵌顿或绞窄，特别伴有肠襻坏死作肠切除者，死亡率较高[2]。加之老年人伴随病

维普资讯 http://www.cqvip.com

多，危险性会更大。老年人疝环弹性差，手法复位成功率低且有假复位或肠破裂的危险。故我们主张，嵌疝一旦确诊，应争取尽早手术，除非嵌顿时间短，无绞窄或有严重手术禁忌者可试用手法复位。同时强调，对无特殊手术禁忌症的老年人腹外疝应在可复期施行择期手术治疗，以减少嵌顿疝的发生。

手术时应注意：（1）老年人疝病史较长，疝囊内容物与疝囊壁常有粘连，故在切开疝囊时应小心勿误伤其内容物。（2）正确判断肠曲的生存能力。肠曲检查范围应包括腹腔内的邻接肠曲，对其生存能力不能肯定时，在病情许可情况下，宁可切除更为安全。（3）切开疝囊前疝内容物已回纳者也应检查肠曲及网膜，必要时可考虑剖腹探查。（4）本组术后发生伤口感染者，均为肠切除同时行疝修补者。因此，对于肠切除、感染较重者，应仅作疝囊高位结扎，不行修补术，皮下置引流。

认真对待老年人的伴随病，作好术前准备，提高患者对手术的耐受力。本组术后死亡3例。1例有高血压，慢支炎，冠心病，术前未予妥善处理，术后发生脑血管意外死亡。1例有糖尿病，慢支炎，心律不齐，术中发现回肠穿孔，术后17h因休克，肺水肿，肾衰死亡。另1例本身就诊太晚，术前即有休克，水、电解质紊乱，加之本身的慢支炎、肺心病结核等，虽经手术及术后积极抢救，终因病情太重而死亡。老年人自然生理老化，代谢功能和免疫功能都相应减低，若再加上长期存在重要脏器的疾病，一旦疝嵌顿或绞窄，在遭受手术打击下，必然出现各种并发症，导致病情加重而危及生命。为此，嵌顿症在治疗前应充分估计病情，认真处理伴随病及内环境失调，选择适当的麻醉，创造条件使老年人承受手术，从而获得妥善治疗。

参考文献

[1] Williams JS, et al. SGO 1966; 122: 100

[2] 钱礼. 腹部外科学 第2版 上海 上海科学出版社 1984; 26

[3] 吴阶平，等. 黄家驷外科学 第4版 北京 人民卫生出版社 1986; 892

[4] 刘绍魁，等. 老年人常见外科问题，第1版，上海，上海科学技术文献出版社 1983; 89

（上接151页）

参考文献

[1] Cramer M. Bruit. 1983; 7: 17

[2] Whitney RJ. J. Physiol 1953; 121: 1

[3] Barnes RW, et al. S.G.O. 1975; 141: 207

STRAIN-GAUGE PLETHYSMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF LOWER LIMB VENOUS INSUFFICIECY

Zhu Shiqin, et al.

(The Second Hospital)

From 1985 to 1987, thirty cases of lower limb deep venous insufficiency were examined with strain-gauge plethysmography. Doppler ultrasound examination were performed simutaneously in 28 cases and phlebography in 27 cases. Thirty normal lower limb served as controls. The methods for the detection of maximum venous outflow, maximum venous back flow and venous refilling time were introduced. The principles of these techniques were discussed

KEY WORDS Strain-gauge plthysmography, Venous insufficiency, Lower limb