

· 经验交流 ·

老年患者嵌顿性股疝伴肠坏死的局部麻醉手术临床体会

冯苏, 贾高磊, 奚海林, 田志龙*

(徐州市中心医院, 东南大学医学院附属徐州医院普外科, 徐州 221009)

【关键词】 老年人; 股疝; 肠坏死

【中图分类号】 R592; R657.8

【文献标志码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2019.03.043

股疝发病率较低,约占腹外疝的3%~5%^[1],多发生在老年女性患者中,嵌顿率较高,一旦发生嵌顿需要手术治疗。老年患者一般伴有多种疾病,越是高龄患者实施手术风险越大,往往因凝血功能异常或伴心肺功能异常,不适宜接受硬膜外麻醉,若采取全麻则术后患者恢复慢,增加死亡的风险^[2]。采取局麻可以相应减少麻醉带来的副作用,患者应激励小,术后利于恢复,相对安全。随着我国老年患者逐年增多,股疝的发病例数也随之增高^[3],相应的股疝伴嵌顿的数量也在增加,本文就嵌顿性股疝伴肠坏死的患者行局麻下疝修补加小肠切除的临床效果予以归纳分析,为嵌顿性股疝伴肠坏死的患者探索一种安全有效的治疗方式。

1 临床资料

收集2012年1月至2016年12月徐州市中心医院普外科收治的嵌顿性股疝伴小肠坏死患者17例,其中男性4例,女性13例,年龄(80.8±8.7)岁,发病时间(18.2±8.5)h。既往病史:有2例伴有2种基础疾病,4例伴有3种基础疾病,11例伴有≥4种基础疾病。纳入研究的患者临床资料完整,所有符合标准的患者确诊后均急诊行局麻下小肠切除加疝修补术。

手术方式 常规消毒铺巾,配置局麻药,盐酸利多卡因注射液(5 ml, 100 mg)2支、盐酸罗哌卡因注射液(10 ml, 20 mg)1支和生理盐水20 ml混合均匀。采取腹股沟韧带下入路方式,在嵌顿疝顶端皮内浸润注射配置的局麻药,然后沿顶端浸润处分别向上向下继续浸润皮内及皮下组织,逐层切开皮肤达疝囊处充分浸润疝囊表面组织。钝性分离疝囊后在疝囊颈部环周浸润,后再浸润疝环口深部组织,在浸润深部组织过程中反复抽吸,避免注入血管中。打开疝囊,明确坏死的小肠,予以肠钳夹持坏死小肠或坏死小肠系膜,松解疝环口向外脱出小肠直达正常肠管,在肠系膜根部浸润麻醉,切除坏死小肠,行小肠端端吻合,肠系膜缝合关闭,观察小肠颜色和蠕动正常后送回腹腔。关闭股环,切口内置引流管,待痊愈后3个月返院二次行股疝无张力修补术。个别疼痛敏感的患者可在麻醉师辅助下予以静脉镇痛处理,需要腹腔探查时改全麻。

术后情况 17例患者手术顺利。其中1例肥胖患者不能耐受局麻改全麻实施,手术顺利;2例患者因需腹腔探查改全麻,术后死亡1例,考虑为感染性休克;余13例患者局麻下实施顺利,无死亡病例,术中患者疼痛能接受,心电图监护、血压监测等生命体征平稳,血压未因局麻有较大波动,切除坏死小肠长度(16.2±3.5)cm,手术时间(62.3±11.2)min,术后住院时间(7.9±3.5)d,术后引流天数(1.7±0.3)d,术后引流量约(43.6±15.3)ml。3例患者出现切口感染,占比17.6%,予以充分引流换药,加强抗感染治疗后痊愈。术后即可少量饮水,术后12h内排气15例,占比88.2%,12~24h排气2例,占比11.8%。排气后流质饮食。

术后随访 术后共13例返院行局麻下股疝无张力修补术,其中12例在3个月后返回,1例在术后2个月时出现腹股沟疼痛感,经彩超证实为股疝复发,予以行局麻下股疝无张力修补术。3例患者感觉无异常,未返院再次行股疝无张力修补治疗,只予以门诊观察。术后9个月随访15例(12例行无张力疝修补,3例未行)未见复发,1例去世(已行二次无张力疝修补)失访。

2 讨论

股疝嵌顿之后往往很难手法复位,绞窄的风险也较大^[4]。若嵌顿的股疝伴有肠坏死,强行复位可能会引起全腹膜炎体征,增加内环境紊乱的程度,尤其给体质较弱的老年患者带来生命危险^[5]。我们主张,一经确诊为股疝,第一时间局麻下探查,若肠管无异常行股环口松解后小肠还纳,随后行股疝无张力修补术;如仅出现疝环口外小肠坏死,可予以局麻下行小肠切除加疝囊高位结扎疝环口,待二期行股疝无张力修补术;如疝环口以内出现小肠坏死,可配合全麻下行腹腔探查,再行小肠切除加疝囊高位结扎疝环口。急诊股疝伴嵌顿的患者往往病情重,其中伴有肠坏死的较为棘手,根据以往经验,可先局麻下探查,全麻作为备用方案。一方面考虑多数患者为老年,体质较差,多伴有基础疾病,发病时多数凝血功能异常,有硬膜外麻醉禁忌,全麻风险大,即使手术成功也不利于患者恢复。另一方面,小肠对于切割疼不敏感,坏死小肠较短,无需大范围牵拉,局麻实施有可行

性^[6,7]。本研究有3例患者改全麻,1例患者因肥胖局麻效果不佳;2例患者松解内环口见腹腔内存在坏死小肠,予以腹腔探查,术后其中1例患者考虑高龄加上基础疾病较多,因感染性休克死亡。

当前对于嵌顿疝往往采取全麻或硬膜外麻醉^[8,9],主要考虑局麻腹腔内肠管坏死的切除操作不能实施。由于嵌顿性股疝肠坏死不易还纳而且肠管坏死比较局限,存在不进入腹腔即可以行肠坏死切除的条件。患者年龄较大,疼痛敏感小,一般都能够耐受局部麻醉,具备一定的实施条件,但局部麻醉的效果有一定的局限性,个别疼痛敏感的患者需要配合全麻。局麻可减少全麻的风险,能加速术后康复的过程。股疝中小肠坏死的长度较短,使得局麻下实施小肠切除具有可行性。分析以往我院嵌顿疝伴肠坏死的病例,我们认为患者死亡不是疾病本身,而是疾病带来的内环境紊乱。患者往往手术很成功,但未能渡过危险期,因多数死于感染性休克、内环境紊乱及心肺功能衰竭等情况。因此外科医师需尽可能减少创伤,阻止疾病的进一步发展,为患者争取康复的时间。本研究第一时间切除坏死小肠,解决感染源,能最大程度减少对患者心肺功能的影响,恢复患者的肠道动力及营养代谢。

通过以上分析及临床经验总结,我们认为对于伴发肠坏死的嵌顿性股疝,局麻可以作为作为一种选择,而且具备一定的优势,但需做好随时实施全麻准备。局麻下小肠切除后端吻合手术安全有效,容易实施,患者耐受性好,基层医院具备开展这方面手术的条件,也具备时间上的优势,这于患者是有益的。但我们不推崇所有的股疝都选择局麻下手术,要根据医师的习惯、医院的相关条件以及患者的耐受情况具体分析,最终提供一种有效选择方案。由于股疝伴小肠坏死的病例数较少,缺乏大样本的对照研究,随访时间短,远期疗效还有待进一步观察。

【参考文献】

[1] 刘素君,陈杰,王帆,等.局麻下股疝的术式选择及手术技巧[J].中华普通外科杂志,2010,25(8):661-664. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-631X.2010.08.019.

Liu SJ, Chen J, Wang F, et al. Femoral hernia repair under local anesthesia[J]. Chin J Gen Surg, 2010, 25(8): 661-664. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-631X.2010.08.019.

[2] 朱雷,唐文皓,唐健雄,等.成人腹股沟嵌顿疝和绞窄疝的急诊手术[J].Chin J Gen Surg, 2016, 43(10): 712-715. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4203.2016.10.022.

Zhu L, Tang WH, Tang JX, et al. Emergency surgery of groin incarcerated hernia and strangulated hernia in adults[J]. Chin J Gen Surg, 2016, 43(10): 712-715. DOI: 10.3760/cma.j.

issn.1673-4203.2016.10.022.

[3] 何智勇,苏志坚.老年嵌顿性腹股沟疝患者肠缺血坏死的危险因素[J].中国老年学杂志,2016,36(20):5092-5093. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2016.20.072.

He ZY, Su ZJ. Risk factors of intestinal ischemic necrosis in elderly patients with incarcerated inguinal hernia[J]. Chin J Gerontol, 2016, 36(20): 5092-5093. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2016.20.072.

[4] Chia CF, Chan WH, Yau KW, et al. Emergency femoral hernia repair: 13-year retrospective comparison of the three classical open surgical approaches[J]. Hernia, 2017, 21(1): 89-93. DOI: 10.1007/s10029-016-1549-8.

[5] 黄忠明,朱光辉,姚凯,等.嵌顿性股疝肠坏死的危险因素分析[J].蚌埠医学院学报,2015,40(12):1673-1674,1677. DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.12.019.

Huang ZM, Zhu GH, Yao K, et al. Risk factors for intestinal necrosis of incarcerated femoral hernia[J]. J Bengbu Med Coll, 2015, 40(12): 1673-1674, 1677. DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.12.019.

[6] 中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组.成人腹股沟疝诊疗指南(2012年版)[J].中华外科杂志,2013,51(1):4-6. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2013.01.002.

Hernia and Abdominal Surgery Group, Surgical Society of Chinese Medical Association. Guidelines for the diagnosis and treatment of adult inguinal hernia (2012 edition)[J]. Chin J Surg, 2013, 51(1): 4-6. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2013.01.002.

[7] 李建华,陈杰,申英末.局麻下无张力疝修补术在成人股疝治疗中的应用[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2008,2(2):206-208. DOI: 10.3969/j.issn.1674-392X.2008.02.020.

Li JH, Chen J, Shen YM. Application of tension-free repair in adult patients with femoral hernia under local anaesthesia[J]. Chin J Hernia Abdom Wall Surg (Electron Ed), 2008, 2(2): 206-208. DOI: 10.3969/j.issn.1674-392X.2008.02.020.

[8] 杨东,王荫龙.股疝的治疗策略(附170例报告)[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(6):581-584. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2015.06.010.

Yang D, Wang YL. Treatment strategies of femoral hernia (report of 170 cases)[J]. Chin J Surg Integr Tradit Western Med, 2015, 21(6): 581-584. DOI: 10.3969/j.issn.1007-6948.2015.06.010.

[9] Kim G, Yan So JB, Shabbir A. Totally extra-peritoneal repair for acute incarcerated femoral hernia with intestinal obstruction[J]. Int J Surg Case Rep, 2017, 32: 16-18. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.01.034.

(编辑:张美)