

表 1 两组患者治疗前后的生命指标监测结果评估(±s)

组别		GLU(mmol/L)	SBP(mm Hg)	DBP(mm Hg)	LDL(mmol/L)	HDL(mmol/L)	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)
观察组(n=18)	治疗前	8.90±1.61	150.11±9.80	89.21±7.30	4.30±0.89	1.00±0.22	3.50±0.89	5.49±1.19
	治疗后	6.81±1.70*	132.98±9.29*	79.31±6.89*	3.32±0.81*	1.52±0.31*	3.21±1.10*	3.49±0.89*
对照组(n=15)	治疗前	9.01±1.61	148.89±8.79	88.59±7.39	4.20±1.01	1.10±0.31	3.40±0.79	5.39±1.29
	治疗后	9.20±1.62	148.20±9.90	89.59±7.10	4.42±1.10	1.02±0.30	3.49±0.89	5.89±1.39

注:与治疗前和对照组比较,\*P<0.05。

### 3 讨论

糖尿病是临床常见的慢性内科疾病,主要表现为血脂、血糖、血压升高,全身动脉硬化加速、狭窄等,很容易并发多种脏器疾病,易导致心血管事件发生<sup>[5]</sup>。动脉硬化的早期阶段,患者血管内皮功能紊乱,继而内膜变厚,形成动脉硬化斑块<sup>[6]</sup>。动脉硬化斑块是导致心血管事件患者死亡的主要原因,而血脂异常则是导致动脉硬化的重要原因。

阿伐他汀标准药物具有有效预防冠心病一级和二级的作用,能有效减少临床心肌梗死、脑卒中和心血管疾病的发生率,降低病死率,对患者治疗前的 TC/LDL-C 水平升高现象也具有明显效果<sup>[7]</sup>。阿司匹林可以与缓解酶活性中的部分丝氨酸发生不可逆的乙酰化反应,减小血栓烷 A2 产生,进而抑制血小板功能。新版糖尿病指南一致推荐阿司匹林是预防心血管事件的一级防御基础药物,对于具有 10 年心血管疾病风险的中高位人群应使用小剂量阿司匹林治疗,不推荐使用常规阿司匹林。各国指南抑制推荐对具有心血管病史的糖尿病患者可给予阿司匹林二级预防,具体如下:对于糖尿病并发心绞痛的患者,且无用药禁忌的患者给予小剂量阿司匹林行二级预防,对于不耐受阿司匹林的患者可给予氯吡格雷代替;而糖尿病并发急性冠状动脉综合征患者的二级预防中,未行支架安装者每天给予 75~150 mg 的阿司匹林治疗;安装裸金属支架者每天给予 75~150 mg 的阿司匹林治疗,以及每天大于或等于 75 mg 的氯吡格雷;安装洗脱支架的患者长期服用 75~150 mg 的阿司匹林治疗,氯吡格雷大于或等于 75 mg。本研究中观察组 18 例患者采用阿伐他汀联合小剂量阿司匹林治疗,治疗后患者各项生命指标均明显改善,与对照组采用安慰剂治疗的指标水平比较差异有统计学意义(P<0.05);且观察组患者并发症发生率低于对照组,组间比较差异有统计学意义(P<0.05),

由此可见采用标准药物治疗 2 型糖尿病心血管病的临床疗效值得临床重视和推广。此外,患者应加强日常合理饮食和科学锻炼,增强身体免疫力,做好疾病的预防。

### 参考文献

- [1] 温宝书,傅洁民,王慧.他汀类药物抗动脉粥样硬化机制的研究进展[J].解放军药理学学报,2005,21(3):213-216.
- [2] 张新超,徐成斌,王申五.普伐他汀和辛伐他汀对载脂蛋白 E 缺陷小鼠主动脉粥样硬化形成及主动脉壁血管细胞粘附分子-1 表达的影响[J].中国动脉硬化杂志,2002,10(1):34-37.
- [3] 尤巧英,朱麒麟,斯徐伟,等.立普妥对 2 型糖尿病合并混合性高脂血症的疗效观察[J].实用糖尿病杂志,2006,2(4):58-59.
- [4] 石英,廖苇萍,石元刚.吡格列酮与胰岛素联合治疗 2 型糖尿病疗效观察[C].中国营养学会特殊营养第七届学术会议会议资料汇编,2012:120-121.
- [5] 郑海飞,杨影西,吴海波,等.2 型糖尿病肾病患者血清同型半胱氨酸的变化及临床意义[C].浙江省中西医结合学会糖尿病专业委员会第一次学术会议材料汇编,2011:195-196.
- [6] 苏颖,刘晓民,孙延明,等.辛伐他汀对 2 型糖尿病患者氧化应激的影响[C].2012 内分泌代谢性疾病系列研讨会暨中青年英文论坛论文汇编,2012:132-133.
- [7] 周北凡.中国人群心血管病危险因素作用特点的前瞻性研究[J].中华流行病学杂志,2005,26(1):58-61.

(收稿日期:2013-05-19 修回日期:2013-07-02)

## • 临床研究 •

# 局部麻醉下行无张力疝修补术在基层医院应用体会

陈 鸿,陈 亮(重庆市璧山县人民医院普外科 402760)

**【摘要】 目的** 观察局部麻醉下行平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的临床效果。**方法** 使用美国强生公司的疝修补片对 56 例各类腹股沟疝患者进行无张力修补治疗。观察手术方法、时间、手术指征、术后患者自主能力的恢复、术后伤口疼痛、并发症和复发率。**结果** 平均住院时间为 5 d,2 例患者出现切口周围红肿,3 例患者诉腹股沟处有异物感,无切口感染病例,术后随访 6 个月至 2 年,至今未发现有复发病例及因严重异物反应取出补片。**结论** 平片式无张力疝修补术具有方法简便、手术指征广、术后疼痛轻、恢复快、并发症少和复发率低的优点,适合在基层医院推广使用。

**【关键词】** 腹股沟疝; 无张力疝修补术; 基层医院; 局部麻醉

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.23.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)23-3181-02

本科室自 2010 年 9 月至 2012 年 10 月行腹股沟疝修补手术 121 例,其中使用美国强生公司研制的补片对 56 例不同类型腹股沟疝患者进行无张力疝修补术,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 患者分为观察组和对照组。观察组 56 例,采用无张力疝修补术,男 45 例,女 11 例;年龄 22~80 岁;斜疝 38

例(含双侧斜疝 4 例),直疝 18 例;复发性疝 6 例;有高血压、冠心病、前列腺增生等 12 例。对照组 65 例,采用传统疝修补术,男 53 例,女 12 例;年龄 19~77 岁。两组年龄、性别等一般资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 使用 1%利多卡因注射液,在股动脉搏动最明显处上方寻及内环皮肤投影区,在该处进针沿腹股沟斜切口分层局部浸润,特别应注意皮神经的阻滞,切开腹外斜肌腱膜,寻及髂腹股沟神经和髂腹下神经,在其根部封闭,在腹股沟内环处封闭生殖股神经。无张力修补材料均采用美国强生公司提供由等量不可吸收聚丙烯单丝纤维和可吸收的聚糖乳酸多丝纤维(微乔)编织而成的 6 cm×11 cm 补片。

**1.3 手术方式** 两组均取腹股沟斜切口,切开皮肤、皮下、腹外斜肌腱膜后,游离并显露腹股沟韧带、联合腱、腹横肌弓状缘和提睾肌,注意保护髂腹下神经及髂腹股沟神经。显露精索(或子宫圆韧带)及位于其内前方的灰白色疝囊。游离疝囊直至疝囊颈部,注意保护精索血管及较坚韧的索状输精管。若疝囊较大,于疝囊中部切开疝囊,还纳疝内容物后,近端游离后进行疝囊颈部高位结扎疝囊,切除近端多余的疝囊,远端疝囊彻底止血后旷置,较小疝囊可直接将疝囊还纳入腹腔。(1)对照组: Bassini 或 Shouldice 修补法进行疝修补。(2)观察组:将补片预裁合适大小,置于腹横筋膜前,精索后方,网片在内环对应处剪开后再剪一合适大小圆孔,以允许精索通过,将补片下方间断缝合在耻骨面的腱膜组织上,依次将补片的外侧间断缝合在腹股沟韧带和髂耻束缝合上,内侧间断缝合在联合腱上,上方间断缝合在腹直肌鞘外缘和腹横肌上,应注意髂腹股沟神经和生殖股神经切勿缝入,检查确定补片固定牢固、平整,创面无活动性出血点,缝合腹外斜肌腱膜,重建外环口,注意精索不致受压,缝合皮下及皮肤。

**1.4 术后处理** 术后切口常规压沙袋,术后均不预防应用抗菌药物。

## 2 结 果

**2.1 手术效果** (1)手术时间:观察组平均 40~60 min,对照组平均 40~50 min。(2)术后止痛剂应用:观察组 2 例,对照组 55 例术后应用止痛剂。(3)平均住院时间:观察组 4 d,对照组 7 d。(4)术后下床时间:观察组平均 4~6 h,对照组平均 12~24 h。(5)术后进食时间:观察组术后即可进食流质饮食,对照组平均术后 1~2 d 进食。(6)切口愈合情况:两组患者均为一期愈合,7~8 d 拆线;(7)恢复工作时间:观察组 3~12 d,对照组 3~4 周后进行轻度活动。

**2.2 并发症、复发率** 121 例患者均获随访。(1)术后尿潴留:观察组 3 例,对照组 18 例。(2)阴囊、切口下积液:观察组 1 例,对照组 5 例。(3)切口处异物感:观察组 5 例,对照组 3 例。(4)切口感染:两组患者均无切口感染病例。(5)复发:观察组无复发病例,对照组复发 9 例。

## 3 讨 论

我国腹股沟疝患者大部分在基层医院进行手术,传统术式治疗腹股沟疝术后复发率高,术后并发症多等问题均是困扰外科医生的难题<sup>[1-2]</sup>。无张力疝修补术所用材料由聚丙烯单丝编织而成,不可吸收,无排斥反应。该材料有较强的耐冲击性和较好的组织相容性,通过组织的黏合作用及人工合成网片内增生的纤维组织,形成较为坚实的组织结构,达到有效修复腹股沟管后壁的作用,且避免了为加强后壁而将缺损组织拉拢缝合的弊端<sup>[3]</sup>。局部麻醉下行无张力疝修补术较传统修补方法

有以下优点:(1)痛苦小,恢复快;(2)复发率明显降低<sup>[4]</sup>;(3)扩大了手术及麻醉范围(对于并发慢性呼吸系统疾病、前列腺增生排尿困难、肝硬化轻度腹水、习惯性便秘、心血管等疾病等可以放宽手术指征)。局部麻醉下行无张力疝修补术在进行手术操作时应注意如下几点:(1)局部麻醉位置恰当,麻醉充分,补片裁剪及放置妥当为手术关键,术中根据患者腹股沟管后壁的解剖情况,修剪补片大小适度、形状适宜,补片放置平整,应有适当的松弛度,要避免有张力,精索游离要充分,否则平片补片孔径小将精索卡压太紧,术后会引起精索水肿及睾丸的血液循环障碍;(2)缝合固定补片时要注意保护髂腹下神经、髂腹股沟神经及精索;(3)无张力疝修补术是人工材料植入,精细的手术操作、严格的无菌技术和术中确切止血,对避免术后感染和血肿等并发症很重要;(4)对嵌顿时间长、绞窄性疝及局部组织有明显炎性反应水肿者不适合用该麻醉及手术方式,年龄小于 18 岁者,身体发育尚未完成,补片可能会影响腹股沟区正常发育,本研究不主张用补片修补<sup>[5-6]</sup>。

作者认为,局部麻醉下行无张力疝修补术与传统手术方式相比,应用无张力疝修补术,可以通过在腹股沟区放置补片加强整个腹股沟壁,而不用将在解剖学上不是同一位置的结构缝合到一起<sup>[7]</sup>。无张力疝修补术既是治疗性的又是预防性的,可以保护整个薄弱的腹股沟区,局部麻醉下行无张力疝修补术解决了疝发生的解剖学缺陷,手术符合正常腹股沟管的解剖和生理,避免了腹股沟韧带和联合肌腱张力缝合,减少了髂腹下神经和髂腹股沟神经的损伤和缝扎,术后疼痛轻,一般无需用止痛药物。患者可早期下床活动,具有创伤小、恢复快、并发症少和复发率低的优点,患者术后无明显异物感<sup>[8]</sup>。无张力疝修补术不但拓宽了腹股沟疝手术适应证的范围,减轻或避免了椎管麻醉或全身麻醉后出现的尿潴留等,缩短了住院时间,简化了手术步骤,降低了麻醉风险,手术价位较合理,手术操作简单,基层外科医生易于掌握,而且不需要增添特殊设备即可开展,是治疗腹股沟疝理想的手术方法。无张力疝修补术值得在基层医院推广应用,特别是在广大农村基层医院。

## 参考文献

- [1] 李福年. 腹壁与疝外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:216.
- [2] 吴肇汉. 无张力疝修补术-疝修补术的新趋势[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(21): 65.
- [3] 赵玉沛. 2005 年普通外科进展的回顾与展望[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(5): 323.
- [4] 赵渝, 时德. 疝环充填式无张力疝修补术后复发疝再手术探讨[J]. 中华普通外科杂志, 2006, 21(7): 517-518, 522.
- [5] 中华医学会外科学会疝和腹壁外科学组. 成人腹股沟疝、股疝手术治疗方案(修订稿)[J]. 中华普通外科杂志, 2004, 19(2): 126.
- [6] 唐健雄. 从腹股沟解剖谈腹股沟疝无张力修补术的必要性[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(2): 66.
- [7] 周建平, 刘淇. 成人腹股沟疝无张力修补术随机对照试验的 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2005, 5(4): 303.
- [8] 许军. 腹股沟疝修补术人工材料感染的防治对策[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(11): 828.