·短篇论著·

下腹单小切口入路手术治疗双侧腹股沟疝临床分析

吴耀禄,姬 乐,贺晓斌,曹 波 (延安大学附属医院普通外科,陕西 延安 716000)

[摘 要] **目的** 探讨下腹单小切口入路手术治疗双侧腹股沟疝的临床应用价值。**方法** 对我院2006年8月至2013年1月经下腹单切口治疗双侧腹股沟疝26例患者临床资料进行回顾性分析,分析该术式的手术时间、术后并发症、住院时间及复发情况等。**结果** 26例双侧腹股沟疝中,手术时间(50.6±11.6) min,术后住院时间(5.8±1.4) d,并发症发生率3.8%,随访10~58个月,无复发病例。**结论** 采用下腹单小切口治疗双侧腹股沟疝修补技术安全可靠、疗效确切,具有操作简单、手术创伤小、切口愈合美观、恢复快、复发率低且费用低等诸多优点,符合微创化手术原则。

[关键词] 腹股沟疝;双侧疝;单小切口;疝修补术

[中图分类号] R656.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)05-0522-02

Single small incision herniorrhaphy for bilateral inguinal hernia

WU Yao-lu, JI Le, HE Xiao-bin, CAO Bo (Department of General Surgery, Yan'an University affiliated Hospital, Yan'an Shaanxi 716000, China)

Abstract: Objective To explore the surgical skills and evaluate the efficacy of single small incision herniorrhaphy for bilateral inguinal hernia. **Methods** From August 2006 to January 2013, 26 patients with bilateral inguinal hernia received single small incision herniorrhaphy, and the clinical data, including the operation time, hospital stay, postoperative complications and the recurrence, were analyzed retrospectively. **Results** In 26 cases of bilateral inguinal hernia, the operation time was (50.6±11.6) min, the postoperative hospital stay was (5.8±1.4) d, the incidence of postoperative complications was 3.8%. No recurrence occurred during the follow-up of 10 to 58 months. **Conclusion** The single small incision herniorrhaphy for bilateral inguinal hernia is proved to be effective, safe and convenient, and it has few postoperative complications. This method is worth popularizing in the clinical practice.

Keywords: inguinal hernia; bilateral hernia; single small incision; herniorrhaphy

目前治疗双侧腹股沟疝临床上仍以传统双侧斜切口入路手术为主,但此术式有操作费时、遗留切口瘢痕、创伤大、费用高等不足。我们在微创外科理念、临床解剖学提出的修补耻骨肌孔(myopectineal orifice, MPO)理念等理论的影响下,于2006年8月至2013年1月采用经下腹单小切口手术治疗双侧腹股沟疝26例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者26例,其中男24例,女2例;年龄最小1岁,最大70岁。小儿21例,平均1.5岁,成人5例,平均65.4岁。病程12个月至18年。双侧腹股沟斜疝23例,双侧直疝2例,左为直疝右为斜疝1例,均为可复性疝。复发疝2例,均为成人(包括1例双侧复发疝及1例单侧复发疝,其中1例为无张力修补术后),无嵌顿性疝及绞窄性疝。本组26例患者手术均由同一医疗小组医生完成。

1.2 手术方法

小儿患者均采用骶管麻醉加静脉麻醉。平卧位,取耻骨联合上方2 cm正中皮纹小切口,依次切开皮肤、皮下组织及浅筋膜深层,将切口向一侧牵拉。暴露腹外斜肌腱膜及外环,在外环处找到并提起精索,分开提睾肌,找到疝囊,注意保护精索血管及输精管,游离疝囊至内环口处,内荷包缝扎疝囊颈,切除多余之疝囊壁。用同样方法处理对侧。止血后浅筋膜及切口皮肤用5-0可吸收线间断缝合2~3针。

3例成人双侧腹股沟斜疝患者行前入路疝环充填式无张力疝修补术,取耻骨上横切口长4 cm,依次切开皮肤、皮下组织及浅筋膜,血管钳潜行分离,将切口向一侧外下方牵拉。显露腹外斜肌腱膜及外环,其他步骤同前入路手术,切开腹外斜肌腱膜,游离精索,内翻或横断疝囊,行疝环充填式无张力疝修补术,同法处理对侧。

2例复发疝行后入路法修补术,取下腹正中纵切口长约5 cm。逐层切开皮肤、皮下组织、腹白线,向两侧牵开腹直肌,纵行切开腹横筋膜,锐钝结合沿腹膜外间隙向一侧腹股沟区分离。游离范围内侧达耻骨后方,外侧达髂前上棘水平,侧后方显露精索及髂血管、耻骨肌孔、疝囊及耻骨梳韧带。如疝囊小,游离疝囊后将其内翻于腹腔。较大的斜疝疝囊,在疝囊距颈部2~3 cm处横断疝囊,近端缝扎,远端旷置。将精索血管和输精

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201405026

[收稿日期] 2014-01-15 [修回日期] 2014-01-26

管自内环水平的腹膜向近端至少游离 6 ~ 8 cm[1],使其与腹膜分开,即"精索腹壁化",将补片放置在精索和腹膜之间,使平网片展平并固定,要求完整覆盖耻骨肌孔,再使用同样的方法行对侧疝修补手术。间断缝合腹壁各层,术后用 0.5 kg 盐袋压迫双侧腹股沟区。

2 结果

所有手术顺利完成,无腹壁下血管及腹内脏器损伤。手术时间 30 ~ 70 min,平均(50.6 ± 11.6) min。麻醉清醒 5 ~ 6 h 后进食。术后疼痛轻,术后 6 h 可下床活动,术后住院时间 3 ~ 8 d,平均(5.8 ± 1.4) d。。术后无切口感染及阴囊血肿发生。随访 10 ~ 58 个月,平均(41.6 ± 5.2)个月,手术瘢痕不明显,术后无切口感染、顽固性疼痛、术后异物感、深部补片感染、局部慢性牵扯痛等病例。

3 讨论

儿童腹股沟斜疝的发生率为 0.8% ~ 4.4%,其中双侧斜疝的发生率为 10% 左右,常发生于 1 岁以内[2]。成人双侧腹股沟疝修补术占腹股沟疝手术的 5.04% ~ 29.03%[3-4],因其发病率较高,传统手术均取 2 个切口手术。我们应用现代外科微创及个体化理念,经下腹单小切口治疗双侧腹股沟疝手术,根据不同人群采用不同的术式。小儿腹股沟疝选择耻骨联合上皮纹小切口行疝囊高位结扎术;成人双侧腹股沟疝选择耻骨上单切口前入路疝环充填式无张力疝修补术;复发性疝选择单切口后入路无张力疝修补术。根据本组手术结果及复习相关文献,总结本手术入路的优点有:①小儿体形小,皮肤及皮下组织疏松,弹性好,使用单一切口治疗双侧疝手术方法与单侧操作基本一样,只是需要将切口用小甲状腺拉钩拉至对侧外环位置即可;②手术时间和住院时间短,医疗费用低,而且手术操作简单,不需特殊器械,适于在基层医院推广[5-6];③皮肤切口与深部切口不在同一平面,术后不易发生切口感染;④术后瘢痕小、美观,术后疼痛轻,当天即可下床活动。

2 例复发疝行单切口后入路无张力疝修补术,此手术是我们在腹腔镜腹膜外无张力疝修补术的基础上开展的,具有以下优点:①单一切口同时修补双侧腹股沟疝,不切开腹外斜肌腱膜,不解剖腹股沟管,不破坏腹股沟管内组织结构,可避免损伤精索,操作简单,最大限度地减少了手术创伤;②后入路腹膜前疝修补相比于 Lichtenstein 术在理念上更合理,补片放置于腹膜前间隙,可充分显露整个耻骨肌孔,能同时发现隐匿性疝的存在,并同时修复,降低漏诊率及复发率;③对复发性疝避开了解剖腹股沟管及腹股沟区的瘢痕组织,使手术难度降低,减少神经和输精管损伤的可能[7-10],术后并发症发生的概率亦明显减少;④技术要求不高,硬膜外麻醉即可开展手术,能在基层医院推广应用。

3 例成人双侧腹股沟斜疝行耻骨上单切口前入路疝环充填式无张力疝修补术,此手术为我们早期开展的手术,因当时对腹膜前修补术还没有确切的认识时开展的手术,具有以下优点:①和传统腹股沟切口前入路修补法深部解剖及手术方法相同,易于掌握;②腹股沟区皮肤无切口,手术后疼痛轻;③盐袋压迫不影响切口血运情况;④切口小、微创、美观。

总之,经下腹正中单切口入路修补双侧腹股沟疝,符合腹股沟疝的解剖特点及个体化、微创化的手术原则,具有操作简单,创伤小,恢复快及费用低等诸多优点,适宜在基层医院推广应用。

[参考文献]

[1] 樊 林,张丹杰,王曙逢,等. 单切口后入路手术治疗双侧腹股沟疝[J]. 山西医科大学学报,2013,44(2):145 - 147.

[2] Rowe MI, Clatworthy HW. Incarcerated and strangulated hernias in children: A statistical study of high risk factors[J]. Arch Surg, 1970, 101: 136 - 139.

[3] 李绍杰,唐健雄,陈 革,等. 无张力疝修补术治疗腹股沟疝 4438 例报告[J]. 中国实用外科杂志,2012,32(6):459 - 461.

[4] Lilly MC, Arregui ME. Lipomas of the cord and round ligament[J]. Ann Surg, 2002, 235(4): 586 - 590.

[5] 阿布都赛米·阿布都热依木,卡热也木,李水学,等. 耻骨联合上皮纹小切口治疗小儿双侧斜疝及鞘膜积液分析[J/CD]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2013,7(1):78.

[6] 肖志华,陈小梅. 小儿腹股沟斜疝手术治疗方法比较[J]. 航空航天医药,2010,21(11):1989.

[7] 赵象文,汤治平,梁志成,等. 腹股沟疝前、后入路无张力修补术的前瞻性随机对照研究[J]. 南昌大学学报(医学版),2010,50(4):56 - 58.

[8] 陈若飞,蒲建元,陈 伟,等. 腹横筋膜与腹膜前疝修补术 103 例分析[J]. 局解手术学杂志,2013,22(4):413 - 415.

[9] 马雪平,王晋峰,赵国发,等. 经典的疝修补术后复发疝 32 例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2003,12(3):198 - 199.

[10] 姜全明,陈跃宇,王建球,等. 单纯腹膜前修补与改良 Kugel 修补在腹股沟疝中的对比研究[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2014,(4):304 - 306.

(编辑:左艳芳)