难复性腹股沟疝超高位结扎术的疗效分析

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

[摘 要] **目的** 探讨嵌顿性或绞窄性腹股沟疝经腹入路行疝囊内翻超高位结扎悬吊术的价值及疗效。**方法** 对 19 例经手法复位治疗腹外疝失败的患者经腹行疝囊内翻超高位结扎悬吊术,对其疗效进行总结分析。**结果** 所有 19 例患者,手术中无副损伤,手术后无阴囊积液、血肿形成及严重疼痛等并发症。随访 6 个月至 4 年,无复发病例,无睾丸上提、睾丸萎缩及腹股沟区疼痛病例。**结论** 难复性腹股沟疝超高位结扎术方法简单、疗效确切,对手术者要求不高,易掌握。

[关键词] 腹股沟疝;经腹入路;疝修补术

[中图分类号] R6 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)05-0502-02

Curative effect analysis of ultra-high ligation for irreducible inguinal hernia sac

WU Yao-lu, HE Xiao-bin, JI Le, CAO Bo (Department of general surgery, Yan'an University affiliated Hospital, Yan'an shaanxi, 716000)

Abstract: Objective To investigate the value and efficacy of transabdominal ultra-high ligation for treatment of incarcerated or strangulated inguinal hernia sac. **Methods** 19 cases of hernia patients, who have underwent unsuccessful manual reduction treatment, were given transabdominal ultra-high ligation and the curative effect were analysed. **Results** There was no side injury, no postoperative scrotal effusion, no hematoma, no severe pain orany other complication occurred among the 19 patients. During the follow-up of 6 mouths to 4 years, there was no recurrence, no iatrogenic cryptorchidism, no testicular atrophy or groin pain happened. **Conclusion** The method is simple, curative, and easy to grasp.

Keywords: inguinal hernia; transabdominal approach; hernia repair

腹股沟疝为外科常见疾病,易发展为嵌顿性或绞窄性疝,后者如不及时处理可发生严重的并发症,甚至因肠穿孔、腹膜炎而危及生命[1]。笔者 2008 年至 2012 年行嵌顿性或绞窄性疝经腹疝囊内翻超高位结扎悬吊术 19 例,其方法简单、快捷,疗效确切,对手术者要求不高,易于掌握,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共 19 例患者,男 8 例,女 11 例,年龄 50 ~ 80 岁,平均年龄 68.45 岁。其中腹股沟斜疝 11 例,股疝 7 例,左侧闭孔疝 1 例。嵌顿至入院时间 12 ~ 96 h,均经外院及本院门诊行手法复位失败。入院时均有典型的肠梗阻症状和局限性腹膜炎体征。探查见所有患者均有腹腔积液,其中淡黄色清亮积液者 6 例,血性积液 10 例,脓性积液 3 例。肠坏死行肠切除吻合者 10 例,坏死肠管均为小肠,其中 1 例伴输卵管嵌顿坏死,同时行输卵管切除术。1 例为滑动性疝,盲肠构成部分疝囊壁。

1.2 方法

根据患者情况可采用连续硬膜外麻醉和蛛网膜下腔麻醉或全身麻醉等多种方法。仰卧位,头低脚高,并向患侧倾斜[2]。严格消毒会阴部及阴囊皮肤。取下腹部患侧旁正中切口(下端距内环水平约 5 cm),按层依次切开皮肤、皮下组织、腹直肌前后鞘、腹膜,进腹。保护切口,看有无血性及感染性积液,如有立即吸尽。查看疝内容物及其嵌顿情况,手术者左手位于腹腔内之内环处,触及内环口大小及紧松度,可以用小指尖缓慢扩大内环,或用小血管钳扩大内环。右手于切口外手术单外挤压疝块还纳疝内容物,注意先还纳大网膜、后还纳肠管。如不能还纳,可用剪刀与腹壁下动脉前外侧扩大内环。还纳后用温盐水浸泡肠管,观察其血运情况。如有肠坏死先行肠切除吻合术。

左手持卵圆钳深入疝囊内夹住疝囊内壁,右手抓住睾丸及附睾对抗卵圆钳牵拉,通过卵圆钳不同方位牵拉疝囊使疝囊完全内翻。在疝囊肩部(距疝囊颈部 0.5 cm 处)用圆针 7 号丝线间断 U 型缝扎疝囊,注意两 U 型缝针针距为 3 mm,不能交锁,以免内翻疝囊缺血坏死。超高位缝扎疝囊后,将疝囊牵向内环后外侧,应有一定的张力,周边间断 4 号丝线将疝囊周边与腹膜固定。注意有一定张力牵拉内环处腹膜起到悬吊作用,同时避免缝合过松内疝形成。冲洗腹腔,再次探查肠管血运情况及腹腔内有无其他器质性病变,避免漏诊。逐层缝合腹壁各层组织关腹。

2 结果

所有 19 例患者手术均取得成功,手术时间 30 ~ 90 min,平均 59.34 min。手术中无精索、膀胱损伤等并发症,手术后无阴囊积液、血肿形成及严重疼痛等手术并发症。19 例患者都随访

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305018

[收稿日期] 2013-06-23 [修回日期] 2013-07-26

6 个月至 4 年,无复发病例,无睾丸上提,无睾丸萎缩及腹股沟区疼痛病例。

3 讨论

嵌顿性或绞窄性疝经腹疝囊内翻超高位结扎悬吊术的注意事项:选择本手术修补的前提是正确的诊断和判断有无肠管绞窄坏死,如无绞窄可能则取常规切口行疝还纳、疝囊超高位结扎及修补术。彻底消毒会阴部及阴囊皮肤,内翻疝囊后更换手套,严格遵循无菌技术。扩大内环时注意损伤腹壁下动脉、以及股血管、阴部内动脉等重要组织器官,注意避免将睾丸牵拉到腹股沟管内,如疝囊巨大不能内翻,则将内翻疝囊部分横断,远端旷置于腹膜外,内翻部分超高位缝扎后悬吊。

嵌顿性或绞窄性疝经腹疝囊内翻超高位结扎悬吊术的特点:①手术进腹快,可及时内外结合还纳疝内容物,避免复位时损伤肠管;②手术探查彻底,避免在逆行性嵌顿疝等情况下将坏死肠管遗留于腹腔,同时可发现并处理腹腔内其他病变;③当肠梗阻严重时,便于彻底进行肠减压,如有长段长管坏死,手术切除及吻合较为方便,避免另行切口行肠切除吻合术[3];④手术于疝囊"肩部"超高位缝扎疝囊,不会有小疝囊遗留,符合疝手术之"颈-肩技术"[4-5],减少疝复发几率;⑤疝囊内翻悬吊技术既使内环处腹膜悬吊于腹壁,又可加强此处腹膜张力,避免疝复发或新发疝发生。⑥经腹腔手术可避免斜疝合并直疝等复合疝等情况下发生遗留疝可能;⑦手术不解剖腹股沟管,同时又将疝囊浆膜面完全还纳于腹腔,无残留疝囊积液可能[6],避免损伤精索,同时腹股沟管可通过纤维性愈合,减少复发可能。手术不用行广泛分离,没有将不同层次的组织缝合在一起,没有无张力疝修补术后的腹股沟区疼痛[7-9],亦无异物感及补片感染等并发症[10-12]。如有疝复发,二次手术解剖层次清楚。⑧如没有肠坏死,可同时行腹膜外无张力疝修补术。

嵌顿性或绞窄性疝经腹疝囊内翻超高位结扎悬吊术适应症:①绞窄性腹股沟疝;②嵌顿性腹股沟疝可疑肠坏死可能者;③腹股沟疝多次手法复位失败者;④同时合并腹腔内需要择期处理之病变者;⑤闭孔疝;⑥股血管周围疝。

总之,嵌顿性或绞窄性疝经腹疝囊内翻超高位结扎悬吊术简单易行,易掌握,患者创伤小、恢复快,且并发症少、复发率低,是治疗嵌顿性或绞窄性疝的最佳选择。

[参考文献]

[1] 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[J]. 中国实用外科杂志,2012,32(10):833-835.

[2] 陈 双,杨 斌,周 军,等. 下腹正中小切口修补双侧腹股沟疝[J]. 中国实用外科杂志,2009,29(4):369-370.

[3] 何海清,王成毅,金 洋,等. 改良经腹斜疝修补术治疗绞窄性疝[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2004,7(4):315-315.

[4] 唐健雄. 谈普理灵疝装置修补腹股沟山的技术要点[J]. 外科理论与实践,2004,9(2):165-166.

[5] Gilbert AI, Young J, Graham MF, et al. Combined anterior and posterior inguinal hernia repair: intermediate recurrence rates with three groups of surgeons[J]. Hernia, 2004,8(3):203-207.

[6] 陈祖龙,孟 镔,张 辉,等. 45 例腹股沟疝传统手术法术后并发症临床分析[J]. 局解手术学杂志,2010,19(2):110-111.

[7] 赵渝. 腹壁疝修补术后并发症原因及防治[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(12):1070-1071.

[8] 胡世雄,黄 侃,王三明,等. "腹股沟疝 24h 出入院"治疗模式临床应用[J]. 中国实用外科杂志,2012,32(10):851-852.

[9] 陈 双,杨 斌,周志鹏,等. 欧洲疝学会《成人腹股沟疝治疗指南》的解读[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2011,5(2):251-255.

[10] 陈 磊,孟 镔,赵 凯,等. 腹股沟斜疝传统手术法与无张力补片法疗效的临床分析[J]. 局解手术学杂志,2009,18(1):5.

[11] 涂永久,陈 战,刘宝华,等. 腹膜前无张力修补腹股沟疝 74[J]. 局解手术学杂志,2011,20(4):403-404.

[12] 王 进,安伟德. 无张力疝修补术后 16 例补片感染的临床分析[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2011,5(2):251-255.

(编辑:蒋登金)

(上接第 501 页)

[3] 肖嵩华,郑国权,王 岩,等. 后路局限性减压 Wallis 棘突间动态固定治疗腰椎管狭窄症的早期临床观察[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2011,21(2):89-92.

[4] 刘尚礼,黄东生,梁安靖,等. 人工腰椎间盘置换对维持腰椎活动度和椎间隙高度的作用[J]. 中华医学杂志,2005,85(1):41-44.

[5] Sénégas J, Vital JM, Pointillart V, et al. Long-term actuarial survivorship analysis of an interspinous stabilization system[J]. Eur Spine J,2007 16(8):1279-1287

[6] Sénégas J, Vital JM, Pointillart V, et al. Clinical evaluation of a lumbar interspinous dynamic stabilization device (the Wallis system) with a 13-year mean follow-up[J]. Neurosurg Rev,2009,32(3):335-341.

[7] Korovessis P, Repantis T, Zacharatos S, et al. Does Wallis implant reduce adjacent segment degeneration above lumbosacral instrumented fusion? [J]. Eur Spine J,2009,18(6):830-840.

[8] 徐西强,李 峰,吴 华. 棘突间动态稳定系统(Wallis)在腰椎退变性疾病中的临床应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2012,27(1):18-19.

(编辑:左艳芳)