无张力修补腹股沟疝52例报告

A report about tension-free hernioplasty for inguinal herniain 52 cases

李登学[1],张宇华[1],万智双[2] (1.洪雅县洪川镇社区卫生服务中心,四川 洪雅 620360;2.眉山市人民医院,四川 眉山 620010)

[关键词] 无张力修补;腹股沟疝
[中图分类号] [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0339-01

疝修补术是普外科最常见的手术之一,临床上运用较多的腹股沟疝修补术有ichtenstein修补术、疝环充填式无张力疝修补术、PHS修补术、腹腔镜疝修补术等[1-2]。张力疝修补技术已成为目前手术治疗成人腹股沟疝的首选方法。我院自2006年至2007年用华利普疝修补装置行无张力疝修补术52例,取得了满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组腹股沟疝患者52例,其中男50例,女2例;年龄45~80岁,平均65岁。腹股沟斜疝48例,直疝4例,双侧疝2例,原发疝47例,复发疝5例(均为传统疝修补术后复发)。病程最短时间2个月,最长时间30年。并发支气管炎、肺气肿15例,前列腺增生5例,高血压12例,糖尿病1例,肝硬化1例。使用材料为华利康公司生产的华利普医用聚丙烯修补网(塞)。

1.2 手术方法

术前处理并发疾病并常规使用抗生素。手术在持续硬膜外腔阻滞麻醉下进行,内外环之间切口长5~6 cm,内侧显露腹股沟镰,外侧显露腹股沟韧带,游离并提起精索,找到疝囊,小疝囊完全剥离后回纳。大疝囊则横断,远断端旷置,近断端成形回纳。对于直疝侧在直疝三角游离回纳疝囊,将锥形网塞置于深环缺损处,网塞外瓣用华利康不可吸收聚丙烯缝线与疝环壁缝合4~8针,如疝环较小可剪掉网塞1~3片内瓣,疝环过大可缝合腹横筋膜缩窄内环后再填塞。根据腹股沟管情况修剪网片大小并置于精索后,精索从网片的缺口处通过,缝合缺口,网片铺放平整,边缘无卷曲,下缘要超过耻骨结节面2 cm,精索游离于皮下,于精索后网片前间断缝合腹外斜肌腱膜。

2 结果

大多数病人术后6 h即可下床活动、进食。术后切口疼痛需用止痛药者12例,术后并发尿潴留2例,阴囊积液3例,积血1例(经穿刺治愈)。术后局部硬块样僵硬感异物感6例,未经治疗,后缓慢消失。52例病人中5例失访,随访率90.4%,47例随访时间6个月~2年,均痊愈。

[收稿日期] 2008-08-10 [修回日期] 2008-09-15

3 讨论

传统的腹股沟疝修补术有较高的复发率及并发症,文献报道复发率在10%~15%[1]。复发的原因较多,如腹股沟区肌肉腱膜组织薄弱,慢性咳嗽、排尿困难、便秘等引起腹压增高,手术医生经验不足及手术适应证和手术时机掌握不当,手术技术失误或与术式本身的缺陷有关。疝环充填式无张力疝修补术操作简单,创伤小,无张力,术后疼痛轻微,康复较快,复发率低[2]。采用无张力疝修补术治疗腹股沟疝应该注意的事项:①术者要熟悉腹股沟区的解剖,正确理解无张力疝修补术原理,掌握无张力疝修补术的技巧,方能达到最佳疗效;②术中应高位游离疝囊,疝囊过大时可横断疝囊,远断端旷置,近断端成形回纳;③网塞具有很强的抗顶破力和抗张力,网塞置入深环内外瓣自然张开,应将网塞外瓣缝合于周围坚韧的组织上;④补片修剪成适合腹股沟管的尺寸,要保证铺放平整,边缘无卷曲,远端超过耻骨结节面2 cm,网片覆盖于腹股沟区包括内环及直疝三角;⑤精索游离于皮下,腹外斜肌腱膜缝合于精索下网片前,加强腹壁的修补,减少复发率[3-4]。

通过本组52例病人的实践,证明无张力疝修补术在腹股沟疝治疗中具有损伤小、并发症少、复发少的特点,病人反映普遍良好,是一类值得推广的手术方式。我们的体会是要在手术前后治疗好病人的合并症,对不同类型的病人采取个体化、规范化治疗,而是否有更好的生物材料用作补片原料,是否可以用一种标准、简单的术式统一腹股沟疝的修补,如何减少术后并发症和降低复发率、让每一例病人轻松愉快地接受治疗,将是我们今后继续值得探讨的问题。

[参考文献]

[1] 杨 斌. 腹股沟疝无张力修补术125例诊治体会[J]. 实用临床医学,2008,9(1):55-56.
[2] 骆衍新,黄奕华. 无张力疝修补技术进展[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(4):295-296.
[3] 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.
[4] 李进展,吴俊伟,方 喜. 无张力疝修补术在治疗复发腹股沟疝中的疗效[J]. 中国现代医学杂志,2008,18(9):1301-1302.

(编辑:左艳芳)