腹膜前无张力修补腹股沟疝 74 例

涂永久[1a],陈 战[1a],刘宝华[2],杨大金[1b] (1. 解放军第 174 医院:a. 普通外科;b. 急诊科,福建 厦门 361003;2. 第三军医大学大坪医院野战外科研究所普通外科,重庆 400042)

[摘 要] **目的** 探讨腹膜前腹股沟疝无张力修补手术的疗效,以及以疝囊为中心进行腹膜前游离并接受腹膜前无张力疝修补术的手术方法。**方法** 应用美国巴德公司提供的定型产品内存弹力记忆环及定位袋的双层聚丙烯 Kugel 补片,以及北京天助畅运公司生产的善释腹膜前补片装置,对 74 例腹股沟疝患者进行以疝囊为中心腹膜前游离并行腹膜前无张力疝修补术。**结果** 74 例均顺利完成手术,每例侧手术时间平均 32 min,术后 6 h 下床活动。患者术后无伤口感染、阴囊血肿,1 例发生右侧阴囊积液,1 例股疝大腿根部积液。术后平均住院时间 4 d。术后随访 1 ~ 48 个月,未复发。**结论** 该手术是一种安全有效的手术方式,手术操作简单,实用性强。

[关键词] 腹股沟疝;腹膜前修补手术;无张力疝修补术

[中图分类号] R657.8;R615 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)04-0403-02

Preperitoneal tension freehernioplasty for inguinal hernia in 74 cases

TU Yong-jiu, CHEN Zhan, LIU Bao-hua, YANG Da-jin (Department of General Surgery, 174th Hospital of PLA, Xiamen Fujian 361003, China)

Abstract: Objective To evaluate the therapeutic effect of preperitoneal herniorraphy on inguinal hernia and to investigate the operation method of preperitoneal liberation around the hernial sac following preperitoneal tension freehernioplasty. **Methods** Totally 74 cases of inguinal hernia were underwent preperitoneal liberation around the hernial sac following preperitoneal tension freehernioplasty by Bard Kugel Hemia Patch with memory recoil ring and double-deck polypropylene allocation sack produced by American Bard company and Easy Prosthesi MESH D10 produced by Beijin Tian Zu Chang Yun company. **Results** Operations were successfully performed on 74 patients in 32 minutes average operation time. Patients were agreed to move on the ground at 6h after operation and the hospital duration averaged four days. No infection and seroma was found, one case developed right scrotal hydrocele and one case developed upper leg root fluidify. No recurrence was observed during 1 ~ 48 months' follow-up. **Conclusion** This operation is safe, effective, simple and practical.

Keywords: inguinal hernia; preperitoneal herniorraphy; tension free hernioplasty

腹股沟疝是一种外科常见病和高发病,目前手术治疗是一种疗效肯定的治疗方法。腹股沟疝的手术方式从传统的腹股沟疝修补术法开始,至今发展已有 100 余年。如何有效减少或避免手术创伤和术后复发,是人们一直探讨的课题和追求的目标。我院自 2004 年 10 月至 2010 年 10 月应用腹膜前无张力修补腹股沟疝的方法治疗了 74 例腹股沟疝,现将手术治疗的经验体会及近期随访结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 74 例均为腹股沟疝患者,其中男 59 例,女 15 例;年龄 20 ~ 86 岁,平均 62 岁。病史 1 个月至 40 年。其中双侧疝 6 例侧,斜疝 71 例侧,直疝 7 例侧,股疝 2 例侧。1 例双侧巨大疝,阴囊直径超过 30 cm,严重影响生活。初次疝修补 70 例侧,复发疝修补 4 例侧,其中 1 例曾行补片修补,3 例行传统张力修补术。伴发肝硬化腹水 4 例,前列腺肥大 26 例,2 例曾行前列腺切除术;慢性支气管炎肺气肿 18 例。

1.2 手术方法

修补材料采用美国巴德公司提供的定型产品 Kugel 补片,即有内存弹力记忆环及定位袋的双层聚丙烯补片[1-2]。补片采用北京天助畅运公司生产的善释腹膜前补片装置[3],该补片由下层补片和成型平片两部分组成,下层补片为直径 10 cm 带有 4 个放射状伸展条,有利于补片在腹膜前展平固定。采用连续硬膜外麻醉,选择内环至外环稍偏上切口,长 3 ~ 4 cm,切开皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜,钝性分离提睾肌,找到疝囊。如疝囊大可横断疝囊,如疝囊不大可整个疝囊游离。以疝囊为中心向高位游离,可见腹膜外脂肪时说明已至腹膜前间隙。用小拉钩、纱布等在腹膜外脂肪间向四周做钝性分离,如遇粘连及部分腹横筋膜可用电刀锐性分离,注意不可伤及腹膜。沿疝囊的游离确保精索完全与返折处腹膜及后腹膜分开。创建一个由内侧至下腹中线、内下侧缘至耻骨联合后面,外上缘在疝环

[作者简介] 涂永久(1966 -),男,湖北省武汉市人,副主任医师,硕士,主要从事普通外科临床方面的研究。E-mail:t2006254@sina.com

[通讯作者] 杨大金,E-mail:ydj2003@yahoo.com.cn

[收稿日期] 2011-04-25 [修回日期] 2011-05-10

外侧 3 ~ 4 cm,下缘至 Cooper 韧带以下的手术窗口。修补被分破的腹膜及打开的疝囊。将补片平铺在创建的腹膜前间隙,确认补片的 3/5 位于腹股沟韧带以上,2/5 位于腹股沟韧带以下并覆盖于髂血管的表面。补片与周围腹横筋膜稍做固定,避免补片的移位。

2 结果

本组 71 例患者每例侧手术时间 20 ~ 45 min,平均 32 min,术后6 h下床活动。术后住院时间 3 ~ 5 d,平均 4 d。术后无伤口感染、阴囊血肿等并发症。1 例双侧巨大疝发生右侧阴囊积液,经穿刺抽液 2 次后治愈,1 例股疝大腿根部积液经压迫后治愈。术后随访 1 ~ 48 个月,未发现复发病例,无髂腹股沟神经综合征。

3 讨论

传统的疝修补术要求广泛分离,强行将不同层次组织缝在一起,该手术方法容易导致手术失败。无张力补片法以腹股沟解剖为基础,用人工材料加强腹股沟管后壁,可以做到正确的解剖层次对合,克服了传统手术对正常解剖的干扰,而且不具有张力,使其更加符合机体生理,各方面均优于传统手术,从而为腹壁疝提供了一个较好的治疗方法[4]。20 世纪 80 年代,无张力疝修补概念的提出以及各种修复材料的使用,使无张力疝修补术成为现代疝外科发展的趋势。各种不同的无张力疝修补技术的快速发展,包括各种腔镜无张力疝修补与人们对腹股沟区解剖的重新认识也密切相关。法国医生 Fruchaud 创用了耻骨肌孔这个解剖名词,其后不断有学者强调了这个解剖结构的重要性。它包含了腹股沟区发生斜疝、直疝、股疝的 3 个潜在缺损。腹膜前无张力修补法恰能同时修补上述 3 个缺损,完善整个耻骨肌孔的防御机制,分散腹内压力的对抗,避免腹股沟后壁的薄弱变形[5],从而防止腹股沟斜疝、直疝和股疝复发。

腹膜前无张力修补法手术成功的关键是腹膜前间隙的游离。我们的体会是:①手术切口不要完全按 Kugel[6-7] 手术的切口,选择内环至外环稍偏上切口长 3 ~ 4 cm,此切口有利于游离疝囊。②以疝囊为中心进行腹膜前的游离。提起横断或者完整的疝囊,将疝囊周围的提睾肌及腹横筋膜用小拉钩钝性牵开,即可达到腹膜前的疏松组织,说明已至腹膜前间隙,用小拉钩、纱布等在腹膜外脂肪间向四周做钝性分离,如遇粘连及部分腹横筋膜可用电刀锐性分离,注意不可伤及腹膜,以此为中心,不仅前腹壁的分离不会有腹壁下动静脉及其分支的干扰,后腹膜也能有一定程度的分离,还能做到精索完全与返折处腹膜及后腹膜分开,保证精索的腹壁化[8]。③尽量保留提睾肌及腹横筋膜。以疝囊为中心所进行的钝性分离基本可以保证提睾肌及腹横筋膜的完整性,以减少疝复发可能。④腹膜前分离的空间足够大,保证补片能平整放置,并能完整覆盖耻骨肌孔[9]。⑤要根据疝大小选择合适大小的补片。我们在 1 例巨大疝中放置了 30 cm × 40 cm 的 Kugel补片,尽量将疝造成的薄弱腹壁进行覆盖,补片要做适当固定,以免移位。⑥术中仔细操作,确切止血,可以避免术后感染以及血肿的形成[10]。

本组 74 例患者以疝囊为中心,有疝囊的相对牵引作用,均能顺利游离出腹膜前间隙的腔隙,平整放置补片,手术过程顺利。Schroder 等[11-12] 报告 Kugel 疝修补术应用于复发疝、复合疝、直疝,术后复发率高,认为该术式不适用于复发疝、复合疝及大的直疝。本组术后随访 1 ~ 48 个月,未发现复发。1 例双侧巨大疝发生右侧阴囊积液是因为创面大,阴囊抬高不够引起,经两次穿刺抽液及阴囊抬高治愈。

[参考文献]

[1] 顾建华,王桂杰,王羽中. 内置弹力记忆环补片在治疗腹股沟疝中的临床应用[J]. 临床外科杂志,2006,14(11):743 - 744.

[2] Gilbert AI, Graham MF, Voigt WJ. 一种双层补片装置在治疗腹股沟疝中的应用[J]. 外科理论与实践,2002,7(11):479 - 480.

[3] 刘文生. 善释腹膜前装置局麻下无张力修补老年腹股沟复发疝[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2009,3(4):385 - 388.

[4] 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):C002.

[5] 蔡 昭,唐健雄,黄 磊,等. 经腹股沟切口单纯腹膜前修补腹股沟疝的治疗体会[J]. 外科理论与实践,2008,13(6):531 - 533.

[6] Kugel RD. Minimally invasive, nonlaparoscopic, preperitoneal, and sutureless inguinal herniorrhaphy[J]. Am J Surg, 1999, 178(4): 298 - 302.

[7] 罗成华,李基业,沈 笛. 前入路腹膜前放置 Kugel 补片修补治疗腹股沟疝(附 45 例报告)[J]. 外科理论与实践,2005,10(2):151 - 153.

[8] 陈海芳,张剑凯,李雪鹏,等. 腹股沟斜疝层次结构显示及其应用解剖学研究[J]. 局解手术学杂志,2010,19(1):10.

[9] 洪楚原,梁国健,林建生. 改良 Kugel 微创腹股沟疝修补术[J]. 广东医药,2006,27(6):900 - 901.

[10] 张佰方. 腹股沟疝无张力修补术 95 例分析[J]. 中国实用医药,2011,6(2):172 - 173.

[11] Schroder DM, Lloyd LR, Boccaccio JE, et al. Inguinal hernia recurrence following preperitoneal Kugel patch repair[J]. Am Surg, 2004, 70(2): 132 - 236.

[12] 赵云丰,洪永生,张 翥. 无张力疝修补术治疗腹腔疝的体会[J]. 中国冶金工业医学杂志,2011,28(1):90 - 91.

(编辑:周小林)