维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.1

股疝无张力修补方式(附24例报告)

康俊升,乔 峰,聂 磊,王 焱,何少武,吴 波,季风存 (解放军88医院普外科,山东 泰安 271000)

[摘 要] **目的** 从股疝的解剖结构探讨股疝无张力的合理修补方式。**方法** 1999年至2004年使用聚丙烯网塞及平片治疗股疝24例,不充填股环,重点充填修补股环上方的腹壁缺损区。**结果** 24例接受此手术患者均术程顺利,恢复良好,随访0.5~4年无复发。**结论** 应该重新正确认识股疝的解剖结构,以达到最大限度地恢复局部正常解剖及生理功能之目的。

[关键词] 股疝;疝修补术
[中图分类号] R656.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2005)01-0017-02

Tension-free hernioplasty for femoral hernia: a report of 24 cases

KANG Jun-sheng, QIAO Feng, NIE Lei, WANG Yan, HE Shao-wu, WU Bo, JI Feng-cun (Department of General Surgery, No. 88 Hospital of PLA, Tai'an 271000, Shandong Province, China)

Abstract: Objective To investigate the reasonable repair patterns for the tension-free hernioplasty of femoral hernia from the point of anatomical structure of the femoral hernia. **Methods** Tension-free hernioplasty with mesh and plug was performed in 24 cases of femoral hernia. The defected area of the abdominal wall above the femoral ring was filled, but the femoral ring was not filled. **Results** All operations were successful and the patients had a smooth recovery. No recurrence was found during the follow-up period of 4-6 months. **Conclusion** We must re-understand the anatomy of femoral hernia correctly so as to restore the anatomic and physiologic functions at this region optimally.

Keywords: femoral hernia; hernioplasty

作为腹壁疝的一种特殊类型,股疝有别于常见的腹股沟斜疝及直疝,其修补方法也有不同。过去常规的经腹股沟及经股部修补以及近来所介绍的网塞充填法修补是否合乎生理,值得商榷。我科从1999年10月始开展无张力疝修补术。现对股疝修补的手术方式进行探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组无张力疝修补术306例,其中治疗股疝24例,占总手术量的7.84%。24例患者,23例女性,1例男性,年龄41~63岁,平均年龄52.5岁,均未发生嵌顿、绞窄。

1.2 修补材料

使用美国外科公司及美国巴德公司生产的聚丙烯网塞及平片。

1.3 麻醉方式

8例应用连续硬膜外麻醉,16例在局部麻醉下实施手术。

1.4 手术方法

①取常规腹股沟入路,腹股沟韧带中点上方1.5 cm至耻骨结节做切口,剪开腹外斜肌腱膜,游离子宫圆韧带或精索;②在腹壁下动脉内侧切开腹横筋膜,显露疝囊颈部,将疝囊自股管内锐性加钝性游离出;③彻底游离疝囊颈部,不做高位结扎,将疝囊推入腹腔,再将聚丙烯网塞放置于腹膜前(注:不是充填在股环内),与腹横筋膜内侧、耻骨梳韧带及陷窝韧带外侧缘缝合固定6~8针,经增加腹压聚丙烯网塞不向外突出;④尽量修复腹横筋膜,如果较完整,可将网塞完全置于腹横筋膜后方;⑤可根据腹横筋膜薄弱或缺损情况决定是否放置平片;⑥术后用500 g沙袋压迫局部6~8 h。

2 结果

2.1 手术时间

手术耗时30~45 min,平均36.8 min。术后应用抗生素1~2 d,嘱病人手术后6 h即可下床活动。无病人需要导尿,3例口服镇痛剂。所有病人1期愈合。2例随访4年,5例随访3年,9例随访2年,6例随访1年,2例随访不足1年,全部病人均无复发,9例病人诉3~5月内感觉局部硬块,半年后逐步软化消失。

3 讨论

3.1 设计理念

内脏和疝囊经股凹、股环、股管、隐静脉裂孔突出于股根部前方皮下,称为股疝。女性因股环较大,股疝的出现率高于男性。过去介绍的股疝的修补方式最常用的是经腹股沟的McVay修补法和经股部的修补法。前者的手术要点在于将腹股沟韧带、耻骨梳韧带以及联合腱一并缝合,既加强了腹股沟管后壁,又同时缝闭了股环。而后者则为将疝囊高位结扎后缝闭股环。不管是经腹股沟还是经股部的修补法都是有张力的修补,尤其是经股部修补,在疝囊过大时将腹股沟韧带和

[作者简介]康俊升(1963-),男,山东省泰安市人,主任医师,博士,从事普通外科的临床及科研工作。电话:(0538)6213183

[收稿日期] 2004-08-15 [修回日期] 2004-09-25

维普资讯 http://www.cqvip.com

耻骨梳韧带缝合有时张力过大，很难达到有效满意的缝合修补。现介绍的无张力股疝修补术多主张在疝囊回纳后用网塞置于股环处，不再使用成形补片置于网塞的浅面。而且近年的报告主要是在这一观点的指导下进行的，而仍采用 McVay 手术的亦不在少数。疝修补手术目的是阻断内脏向股管坠落的通道[1-2]。而无张力疝修补术是优于其它任何术式的手术[3]。基于以上原则，设计了高位腹膜前无张力股疝修补术。本术式设计理念在于对股疝内口的部位要有一个明确的认识。认为股环以及股管只是股疝下降的通道，而真正的股疝内口是位于股环之上，亦即由外侧腹横筋膜裂孔，上内方联合肌腱弓及下方的耻骨梳韧带构成，在此处修补既符合高位修补又符合腹膜前修补的原则。从这一认识出发，不管是经腹股沟还是经股部对股环处进行网塞充填都是不妥当的，因为这样修补既达不到修复腹壁之目的，又可能对股管内的股静脉造成压迫，引起下肢深静脉血栓形成。

3.2 麻醉方法的选择

对于麻醉的选择应注意根据具体情况加以区别对待。局部浸润麻醉对病人的生理状态影响小，术后病人恢复快，基本不影响病人术后下床排尿，故如有可能局麻应为首选。而硬膜外麻醉疼痛阻滞完全，在提拉疝囊时腹膜牵拉反应相对较轻，分离至疝囊颈部毫无困难[4]。具体来说局部浸润麻醉适用于以下情况：身体体形较瘦者；初次手术者；年老、全身状况尤其是心肺功能不良者；非急诊手术者。而硬膜外麻醉适用于：疝手术后复发、粘连较重、分离困难者；身体过于肥胖，预计局麻效果差者。

3.3 术式优点及适应征

①不压迫股静脉。过去所介绍的修补方法主要是以缝闭股环为目的，而目前文献所介绍的股疝无张力修补术均以聚丙烯网塞充填股环股管为主要手段，本文认为两者均不能最大程度地恢复腹股沟及股环区的正常解剖和生理功能，另外不管是缝闭还是网塞充填股环股管都有可能对股管内的股静脉造成压迫，引起下肢深静脉血栓形成，因病人股环股管内径不完全相同，如何裁剪网塞内花瓣不易掌握，这些均增加了手术后并发症出现的可能性。本术式不需充填股环股管，可以完全避免上述问题的出现。②避免了损伤起源异常的闭孔动脉。变异的闭孔动脉常在股环内侧绕行后进入闭孔，过去的术式几乎都提及如何避免损伤变异的闭孔动脉。本术式因为不对股环进行处理，所以可完全杜绝损伤异常起源的闭孔动脉的危险。③虽然过去文献不推荐使用平片，但是考虑到腹股沟管的先天薄弱，而且手术本身需要切开腹横筋膜，对此部位造成一定的医源性损伤，将来有形成腹股沟疝的可能，我们还是选择性地放置平片。④适应症方面，为妥善起见，我们选择的病人均未发生嵌顿、绞窄；但有文献报道嵌顿疝如无肠坏死或局部感染，也可考虑使用聚丙烯补片行无张力修补术[4]，此问题有待进一步探讨。

[参考文献]

[1] 吴阶平，裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2000. 918-919.

[2] Swamkar K, Hopper N, Nelson M, et al. Sutureless mesh-plug femoral hernioplasty[J]. Am J Surg, 2003, 186(2): 201-202.

[3] 康俊升，何少武，王 焱，等. 疝环充填式腹股沟疝无张力修补术[J]. 实用医药杂志，2002, 19(4): 252.

[4] 鲁 珏，陈小东，冼沛中，等. 无张力疝修补术在治疗腹股沟疝和股疝中的应用[J]. 广东医学院学报，2002, 20(5): 362-363.

（编辑：邱全光）

（上接16页）

若牙根阻力较大且根分歧较高者，可用钻针分根后挺出；如根阻力是由于融合根则用牙钻在牙颈部或近牙颈部作横向切割，至冠根完全断离后挺出牙冠，再挺出牙根；如牙位过低，冠周阻力去除后将冠挺出，再纵行切断牙根后分别挺出。

2 结果

本组病例术后轻微疼痛5例，轻度肿胀2例。术后均在拔牙创口内放置碘仿海绵，所以无干槽症病例。无术后出血、开口困难、舌神经及下牙槽神经损伤等并发症。

3 讨论

高速涡轮钻拔除下颌阻生齿具有震动轻且准确性好的特点；既能清除患者对劈凿的恐惧心理，又能减少手术时间及手术中不必要的损伤，是临床广泛应用的一种拔牙方法。但在临床操作中应注意以下事项：①增隙时尽量多切割牙体，少去除骨组织，以防止损伤神经[2]；②应注意翻好粘骨膜瓣并压向两侧，以免卷入钻头造成损伤；③切冠应自牙颈部以上冠面中央处开始，逐步深入切向颊舌侧，注意邻近颊舌侧边缘时，逐渐减小切入深度，稍加大广度，以免伤及骨组织；④使用吸引器，保持术野清晰，尽量减少不必要的损伤。

[参考文献]

[1] Petrie A. Permanent damage to inferior alveolar and lingual nerves during the removal of impacted mandibular third molars[J]. Br Dent J, 1992, 172(12): 437.

[2] 郑麟蕃，张震康. 实用口腔科学[M]. 北京：人民卫生出版社，1993. 952.

（编辑：雷 艳）