45例腹股沟疝传统手术法术后并发症临床分析

陈祖龙,孟 镔,张 辉,王 刚,张 智,洪 昕 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[摘 要] **目的** 探讨腹股沟疝术后并发症的原因及预防方法。**方法** 回顾性分析1999年至2009年腹股沟疝手术265例,总结相关病例及临床资料,分析腹股沟疝术后并发症的原因。**结果** 本组265例手术,产生并发症45例,并发症发生率为17.0%。其中出现复发疝23例,残留疝囊积液或阴囊血肿10例,神经损伤6例,切口感染4例,输精管损伤2例。**结论** 腹股沟疝术后并发症发生率高,提高术者的责任心,加强术者的手术基本功及解剖技能的训练,以及避免术后过早高强度体力劳动可降低并发症的发生率。

[关键词] 腹股沟疝;并发症;临床分析

[中图分类号] R656.21;R619 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)02-0110-02

Clinical analysis of the complication of inguinal hernia treated by traditional surgery in 45 cases

CHEN Zu-long, MENG Bin, ZHANG Hui, WANG Gang, ZHANG Zhi, HONG Xin (Clinical Surgical Group, College of Medicine, Anhui University of Science and Technology, Huainan Anhui 232001, China)

Abstract: Objective To explore the reason of inguinal hernia postoperative complications and prevention methods. **Methods** Totally 265 cases of inguinal hernia were retrospectively analyzed from 1999 to 2009. The relative cases and clinical data were summarized, and the complication reason of inguinal hernia treated by traditional surgery. **Results** There were 45 cases of complication among 265 cases; the incidence of complication was 17.0%. In detail, there were 23 cases of recurrent hernias, 10 cases of vestigital hernial sac pyema or scrotum hematoma, 6 cases of nerve damage, 4 cases of incision infection, 2 cases of deferens injured. **Conclusions** The incidence of inguinal hernia postoperative complications is high. Improving the responsibility of doctor, strengthening the basic operation technique and anatomical skills, and avoid high intensity physical labor during early postoperative period can reduce the incidence of complications.

Keywords: inguinal hernia; complication; clinical analysis

腹股沟疝(包括腹股沟斜疝、直疝和股疝)是腹部外科常见病,常需手术治疗,其术式有Ferguson、Bassini、Halsted、Mcvay法等,但术后易产生并发症[1],如复发疝、残留疝囊积液或阴囊血肿、神经损伤、切口感染、输精管损伤等。我院在1999年1月至2009年1月共收治265例腹股沟患者疝,现对其中45例发生并发症的病人进行临床分析,探讨腹股沟疝术后并发症的原因及预防方法。

1 资料与方法

本组例腹股沟疝患者265例,男204例,占77.0%,女61例,占23.0%。年龄在4~72岁,其中20岁以下56例,20~60岁172例,60岁以上37例。重体力劳动者58例,占21.9%。本组265例采用的术式为:疝囊单纯高位结扎34例,占12.8%,Bassini法126例,占47.5%,Ferguson法62例,占23.4%,Halsted法12例,占4.5%,Mcvay法11例,占4.2%,其它方法30例,占11.3%。

[作者简介] 陈祖龙(1983-),男,安徽省安庆市人,医师,学士,主要从事腹部外科临床与解剖方向的研究。电话:(0554)6669271, Email: chenzulong198810@yahoo.cn

[收稿日期] 2009-11-23 [修回日期] 2009-12-06

2 结果

本组265例手术,产生并发症45例,并发症发病率为17.0%。发生并发症的45例中出现复发疝23例,占51.1%(占手术病例的8.7%);残留疝囊积液或阴囊血肿10例,占22.2%;神经损伤6例,占13.3%;切口感染4例,占8.9%;输精管损伤2例,占4.4%。术后1~36个月发生并发症21例,37~72个月发生并发症17例,72个月以上发生7例。

3 讨论

3.1 复发疝

本组265例腹股沟疝修补术后的复发率为8.7%,直疝的复发率高达13%。复发的原因主要有[2]:①有些病人腹股沟区肌肉腱膜组织和结构薄弱,导致术后腹腔内容物又从薄弱区突出;②术后过早恢复重体力劳动;③术者对手术适应证掌握不当或手术技术失误。所以,手术时应注意:高位结扎疝囊;妥善修补内环;避免缝合修补处张力过大。术后过早高强度体力劳动,易致术后复发。因为在疝修补术中,采用肌肉、腱膜与韧带的缝合来加强腹股沟管后壁,而这些组织的血运和弹性均较差,有些缺损较大的疝修补后张力也较大,

这些因素均可影响组织愈合。本组4例腹股沟疝患者术后2月余,因从事重体力劳动,突感刀口呈撕裂样疼痛,不久疝复发。组织愈合所需的时间因个体差异而不相同。一般认为对腹股沟管后壁完整,腹环轻度扩大的小型疝需要3个月;后壁缺损不重,腹环中等扩大的中型疝约需要半年;而后壁严重缺损,腹环极度扩大达到腹直肌外缘的巨大疝往往要1年之后方可恢复重体力劳动。

3.2 残留疝囊积液或阴囊血肿

由于术者操作粗暴,剥离面过大,特别是切除粘连较重的大疝囊或止血不彻底,致术后出血形成疝囊积液或阴囊血肿[3]。另外,疝囊类似腹膜组织能够分泌液体,形成积液使阴囊肿大。为避免残留疝囊积液或阴囊血肿,要求术者操作轻柔,剥离面必须充分止血[4]。对离断疝囊的远端不一定要常规剥离,如果常规剥离,所有出血点都要彻底止血,尤其是精索血管的出血点,采用高频电凝止血效果更好。对于粘连重或较大的疝囊不做全部剥离或切除,仅在疝囊的中部游离切断,远端严密止血后留置于原位不加缝合让断端敞开,以便渗血或逐渐分泌的液体流出,被疏松结缔组织吸收,术后用小沙袋将切口压迫24 h。一旦产生残留疝囊积液或阴囊血肿,要及时抽出,若发生巨大的阴囊血肿可切开阴囊,清除血块或引流,然后辅以局部物理治疗,促进组织间积液的吸收。

3.3 神经损伤

行腹股沟疝手术时,可能损伤髂腹下神经、髂腹股沟神经、生殖股神经的生殖支,术者应特别注意保护。髂腹下神经在腹股沟区行于腹内斜肌与腹外斜肌之间,在腹股沟管浅环上方3 cm处穿腹外斜肌腱膜达皮下。在内环的外上方分离腹内斜肌或做腹直肌前鞘切开减压时,若不注意均有可能损伤此神经[5]。髂腹股沟神经在髂嵴前端附近穿过腹横肌,在该肌与腹内斜肌之间前行,继而穿经腹股沟管,伴精索或子宫圆韧带下行,自腹股沟管浅环穿出[6]。髂腹股沟神经损伤的原因有:①在切开腹外斜肌腱膜尤其是从外环向上剪开时,未游离出髂腹股沟神经,而导致该神经损伤。故在切开腹外斜肌腱膜时,应先在外环的外上方切开腹外斜肌腱膜少许,然后提起切开部使其与深层组织分离,在其深面潜行分离后,再向下剪开外环,以免损伤该神经。②当切口向内侧朝向腹直肌延伸时,髂腹股沟神经的前支常易损伤。③当腹内斜肌和腹横肌一起缝合时,髂腹股沟神经常被牵拉。生殖股神经生殖支于腹股沟管深环处进入该管,分布于提睾肌和阴囊。切开提睾肌及在内环处解剖时,易损伤生殖股神经的生殖支。神经损伤后将导致相应的皮肤区域感觉消失,如果是误将神经缝合或结扎,则手术后会发生持续性疼痛。术中应先钝性分离再切开腹外斜肌腱膜,然后仔细辨认该神经并加以保护。若发现神经被缝扎或切断,应及时加以松解或吻合切断的神经断端,以减少神经瘤形成的机会,避免术后产生持续性疼痛。

3.4 切口感染

会阴部的清洁度较差,该处皮肤细菌多为金黄色葡萄球菌和革兰阴性杆菌,疝修补术的切口感染率较其它同类手术高。由于感染而导致的疝复发率可高达45%~50%。单纯预防性应用抗生素并不能使切口感染率下降,因此疝修补术一般不必用抗生素。但在行复发疝、疝成形术和嵌顿疝修补时[7],术前1 h静滴足量针对性强的抗生素,可起到预防效果。因此术者要增强无菌观念,患者要在术前1 d洗澡,术日备皮以便消灭术区的细菌。术中切口边缘置皮肤保护巾,彻底止血,减少线结,在缝合切口时做到不留死腔,对预防切口感染有重要意义。

3.5 输精管损伤

在行腹股沟疝修补术时,如手术者操作粗糙、解剖不熟悉,就很可能并发输精管损伤。有时只注意避免精索血管损伤,防止术后睾丸的缺血性萎缩和术中出血,而未注意保护位于外方的输精管。分离疝囊特别是复发疝或较多次嵌顿有粘连疝时,难以辨认出输精管,误将其当作疝囊的粘连束带而切断。输精管是较坚韧的条索样组织,仔细观察与用手触摸不难辨认。若不慎将输精管切断,在年轻病人,应立即在显微镜下以5/0的血管缝线行对端吻合。对于老年病人则可将其断端结扎,不做吻合。

[参考文献]

[1] 万德培,赵 曦,张子通,等. 平片式无张力疝修补术并发症探讨[J]. 海南医学,2008,19(1):69-70.

[2] 李力波,何博华,张伟斌,等. 行疝囊底开窗术预防腹股沟斜疝术后阴囊积液的临床分析[J]. 中国现代医药杂志,2008,10(3):32-33.

[3] 沈 冰,陈 峰. 无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝的临床体会[J]. 局解手术学杂志,2007,16(6):443.

[4] 李登学,张宇华,万智双. 无张力修补腹股沟疝52例报告[J]. 局解手术学杂志,2008,17(5):339.

[5] 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):封二.

[6] 董 博,王学东,付能荣. 髂腹下神经的应用解剖及临床意义[J]. 解剖学研究,2008,30(1):57-58.

[7] 薄立伟,曹恒海,马秀丽,等. 腹股沟斜疝无张力修补术120例的术后并发症分析[J]. 中国计划生育学杂志,2007,15(3):165-167.

(编辑:左艳芳)