维普资讯 http://www.cqvip.co

局解手术学杂志 2003年第12卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.2

加强前壁的腹股沟斜疝平片修补术的临床应用

李 翔* 朱 宏* 阴 莉*

【摘 要】 **目的** 总结应用补片加强腹股沟管前壁的平片法行无张力腹股沟疝修补术的临床效果。**方法** 采用mesh补片法，即在疝囊高位结扎后，不需游离精索，于精索前置入合适补片，修补腹股沟管前壁。**结果** 21例病人术后5～7 d痊愈出院，无并发症发生，随诊无一例复发。**结论** 加强前壁的平片疝修补术有无张力、不复发、痛苦少、操作简便及无并发症的优点，可以成为无张力疝修补术术式的一个补充。

【关键词】 无张力疝修补术；加强腹股沟管前壁；

Clinical application of tension-free hernioplasty by strengthening front wall of inguinal canal *Li Xiang, Zhu Hong, Yin Li. Department of General Surgery of Shengyang, Shengyang* 110023

【**Abstract**】 **Objective** To summarize the clinical effects on tension-free hernioplasty by strengthening front wall of inquinal canal. **Methods** 21 patients were operated by tension-free hernioplasty using mesh to repair front wall. **Results** A total of 21 cases were cured. The average operative time was 32 minutes, and the recurrences not occured. **Conclusion** Inquinal front wall tension-free herioplasty by strengthening front wall of inquind canal has some advantage of tension－free, no recurrences and small injury, quick recovery.

【**Key word**】 Tension-free hernioplasty; strengthen front wall of inquinal canal

腹股沟斜疝是一种常见的外科疾病，大多需要手术治疗。目前腹股沟疝的修补手术一般采用传统的方法，即Bassni、Mcvay、Halsted法等。但这些术式操作较复杂，并且破坏了原有的生理解剖结构，术后需要较长的卧床时间及恢复时间。近来开展的无张力疝修补术，由于其手术损伤小，修补无张力，术后可以早期活动，因而弥补了传统手术方式的不足，成为疝修补技术发展中的一个里程碑。但现广泛采用的补片式无张力疝修补术都采用加强腹股沟管后壁的方式，这种方法需游离精索，操作相对复杂，损伤也较大。我院从1999年12月到2001年4月应用补片加强腹股沟管前壁的修补方法治疗21例腹股沟疝病人。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

21例腹股沟斜疝病人均实施了加强腹股沟管前壁的平片无张力疝修补术。病人全部为男性，年龄36～89岁，平均66岁，60岁以上15例。其中15例为腹股沟嵌顿性斜疝，部分嵌顿时间较长，但均无弥漫性腹膜炎表现。7例有慢性支气管炎病史。

1.2 手术方法

均采用连续硬膜外麻醉。补片采用Bard公司的mesh补片。对所有病人术前均使用预防性抗生素。切口选择为内环体表投影点到耻骨结节连线。常规切开皮肤、皮下、腹外斜肌腱膜及外环口，向两侧适当分离。找到疝囊后切开，检查疝内容物，将疝内容物还纳腹腔后，分离疝囊与周围的粘连，可不游离精索。将疝囊横断，近侧疝囊高位游离直至显露腹膜外脂肪后位结扎，剪去多余疝囊。术区仔细止血后，根据局部缺损的大小选择补片，于精索前方置入补片，内侧上端固定于联合肌腱的后方20～30 cm处，使联合腱覆盖补片的内1/3，补片下方内侧固定于耻骨结节，外侧固定于腹股沟韧带上，周围固定数针以重建外环，使之可容纳食指尖。常规缝合腹外斜肌腱膜。

术后常规给予青霉素800万U及替硝唑0.8 g每日一次静滴，共4 d。

2 结果

21例病人均于术后5～7 d痊愈出院。手术时间最短50 min，最长100 min，平均62 min。术后病人恢复良好，均未用镇痛药物，无一例出现阴囊血肿。所有病人均在手术次日下床活动，术后均无尿潴留及排尿困难发生。

21例均获随访，随访时间为3～20个月，随访期内均未复发。

* 作者单位：110023 沈阳市第五人民医院普外二科

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

腹股沟斜疝是一种常见的普外科疾病。多发生于老年病人，大多需要手术治疗，以往只能采取传统的有张力的 Bassini 法、Macvy 法、Halsted 法等进行手术。这类手术的特点是术中要求广泛分离，因此副损伤机会较多，术后疼痛明显，伤口需压沙袋 24 h，禁止下地 3～4 d，需镇痛治疗，且出现阴囊血肿，排尿困难等并发症。因其强行将不同组织缝合在一起，张力较大，愈合时间长，故手术易失败。据统计，其短期复发率高达 10%～15%[1]。Lichtenstein[2] 认为缝合组织的张力是疝修补术失败和术后复发的关键所在，因此，他认为使用补片来减轻张力。Lichtenstein 手术（即平片修补术）是依靠人工合成网片内增生纤维组织，形成较为坚实的组织结构。这种方法不破坏正常的解剖结构，没有缝合张力，操作技术简单、快速，疼痛少，恢复快和不限制体力活动及不复发等特点，是疝修补技术发展的一个里程碑，这在本组中已得到充分体现。

目前无张力平片修补术一般均采用加强腹股沟管后壁的方式，需游离精索，因而手术相对复杂，损伤相对较大。因为补片可以形成较为坚实的组织结构，可以加强疝外腹壁被盖，符合解剖及生理的要求。所以我们在高位结扎疝囊后尝试用补片加强腹股沟管前壁的方法来治疗腹股沟斜疝病人。这一术式无需游离精索，操作更为简便，手术时间短。全组病人术后均无剧烈疼痛、阴囊血肿及排尿困难等并发症，可以早期下床活动，随诊后未有复发。因此，本文认为，加强腹股沟管前壁的平片无张力修补法可以成为无张力疝修补术式的一个补充。

另外，在手术操作中，需注意在固定补片时应尽量使之展平，避免卷曲，补片应超过联合腱缘 2～3 cm，并超过耻骨结节 0.5～1.0 cm。有报道采用平片修补术的复发者中，补片卷曲是一个重要因素[3]。

小结：从本组的结果看，本文认为加强腹股沟管前壁的平片式疝修补术是一种安全有效的方法，具有无张力、不复发、痛苦少、损伤小、手术时间短及无并发症的优点，可成为无张力疝修补术式的一个补充。

参 考 文 献

1. 马颂章，李燕青，宋化峰，等. 疝充填式无张力疝修补术治疗原发性腹股沟疝 60 例次报告. 中华普通外科杂志，1999，14(2)：160.
2. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, et al. The tension-free hernioplasty. Am J Surg, 1989, 157(2): 188.
3. Robbins AW, Rntkon IM. Mesh plug repair and groin hernia surgery. Surg Clin North Am, 1998, 78(6): 1007.

（收稿日期：2003－04－14）

·个案与短篇·

恶性食管癌并发气管瘘成功置入食道近端覆膜支架一例

袁 华* 刘龙碧* 谭红莉* 刘晓莉*

我院消化科于 2002 年 11 月成功地置入食道近端覆膜支架，解决了 1 例恶性食管癌合并气管瘘患者的进食问题，系重庆市首例，现报告如下。

1 临床资料

病例，男，51 岁，于 2002 年 5 月无明显诱因出现吞咽梗阻，进普通饮食出现梗阻感，以第一口干饭时明显，偶感胸骨后胀痛不适，来院应诊后确诊为食管中段癌伴狭窄，在肿瘤科多次行化、放疗后感吞咽梗阻有所缓解，此次入院前半月患者出现剧烈咳嗽、咳白色泡沫痰，伴呕吐、胸痛、发热，自测最高体温 40℃，呕吐物系胃内容物，非喷射状。于 11 月 5 日以“食管癌食管中段鳞状上皮局部癌变化、放疗后双侧扁桃体炎；肺部感染”收入肿瘤科。查体：神志清楚，一般情况差，体温 36.5℃，呼吸 20 次/min，脉搏 90 次/分，血压 130/90 mmHg，双肺呼吸音粗，双侧扁桃体红肿充血，Ⅱ度肿大，声音斯哑。血常规，WBC 11.1×10^9，N 80.2%，L 8.2%，RBC 3.49×10^{12}/L，HGB 101 g/L，PLT 256×10^9/L。肝肾功能 ALT 52.00 IU/L，GLT 41.00 IU/L，GGT 64.00 IU/L。根据病情给予抗感染、止咳、化痰、止吐及对症支持治疗后咳嗽、咳痰有所缓解，体温正常，但仍感进食梗阻，饮水呛咳，行食道吞钡检查提示：食道气管瘘。于 11 月 12 日转入消化科

（下转 120 页）

* 作者单位：400037 重庆市第三军医大学新桥医院心血管外科