临床研究 文章编号:0253-3626(2010)11-1767-02

腹腔镜全腹膜外无张力疝修补术 17 例的临床分析

潘俊江,朱 明

(四川宜宾市第二人民医院普外科,宜宾 644000)

【摘 要】目的:探讨腹腔镜全腹膜外无张力疝修补术(Totally extraperitoneal prosthetics,TEP)的操作体会。方法:我院普外科于 2009 年 2 月至 12 月期间收治的 17 例腹股沟疝患者(其中 12 例斜疝,5 例直疝)采用 TEP 方法行腹股沟疝无张力修补,回顾分析其临床资料,包括材料选择、手术步骤、术后处理和并发症情况。结果:17 例患者均顺利完成手术,手术时间 30~180 min,术中失血 15~100 ml,发生并发症 4 例,3 例阴囊气肿,1 例腹股沟区血清肿。结论:TEP 手术创伤小、痛苦轻、恢复快、效果好,值得推广,但其操作复杂,需要手术者有充分认识。

【关键词】腹腔镜;腹股沟疝;聚丙烯平片;全腹膜外修补

【中国图书分类法分类号】R69 【文献标识码】A 【收稿日期】2010-01-29

Clinic analysis of 17 patients with laparoscopic totally extraperitoneal prosthetics

PAN Jun-jiang, et al

(*Department of Surgery, the 2nd People's Hospital of Yibin*)

【Abstract】*Objective*: To discuss the clinic experiences of laparoscopic totally extraperitoneal prosthetics (TEP). *Methods*: From Februarey to December, 2009, 17 patients with inguinal hernia (12 indirect inguinal hernias and 5 direct inguinal hernias) treated with TEP. the data of these patients was retrospective analyzed, including mesh material, surgical procedure, postoperation treatment and complications. *Results*: All 17 operations have been completed successful. The operation time lasted form 30 to 180 minutes. The intraoperative blood lose was 15~100 ml. There are 4 complications, include 3 cases of scrotum emphysema and 1 case of inguinal seroma. *Conclusion*: Laparoscopic totally extroperitoneal prosthetics has less wounded, less painful, and faster recovered. It's worth to be spreaded, but need to be payed more attention of handling difficultly.

【Key words】Laparoscopy; Inguinal hernia; Polypropylene Patch; Totally extroperitoneal prosthetics

无张力修补术已经是成人腹股沟疝的金标准。手术入路分为前入路(传统开放手术)和后入路(腹腔镜疝修补)两种,将补片放置于腹股沟区,修补缺损。腹腔镜全腹膜外腹股沟疝无张力修补术(Totally extraperitoneal prosthetics,TEP)即属于后入路中最新的术式,具有创伤小、痛苦轻、恢复快等优点。我院从 2009 年 2 月至 12 月共完成 TEP 治疗腹股沟疝共 17 例,现将体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 17 例患者男性 16 例,女性 1 例;年龄 23~70 岁。腹股沟斜疝 12 例,直疝 5 例,其中 1 例直疝为复发疝,1 例右侧腹股沟斜疝患者有腹腔镜阑尾切除术病史。

作者介绍:潘俊江(1976-),男,主治医师,硕士,研究方向:普外、微创。

1.2 材料

15 cm × 7 cm 聚丙烯平片(Atrium,美国 Atrium 公司)。

1.3 手术实施

1.3.1 麻醉 采用气管插管全身麻醉。

1.3.2 体位 平卧,头低脚高 20°。

1.3.3 切口 脐下作 10 mm 长横切口,稍偏向患侧,放入 10 mm 套管针,在脐与耻骨联合之间 1/3,2/3 各做两个 5 mm 切口。

1.3.4 先在脐下切口内钝性分离,切开白线后进入腹膜外间隙,然后用刀柄游离出少许空间,置入 10 mm 套管针,开始充 CO_2,压力 10 mmHg,放入腹腔镜镜头,用镜头继续游离腹膜外间隙,直至耻骨联合,在明视下置入另 2 个 5 mm 套管针。以分离钳游离出腹膜外间隙,显露腹股沟韧带、腹壁下血管、陷窝韧带,同时注意避开髂血管。在显露出腹股沟韧带后,可以见到疝囊和精索进入腹股沟管内环,将精索"腹壁化"(相当于开放式手术中的游离疝囊)。将补片放入腹膜外间隙,展平,内侧超过陷窝韧带,外侧超过内环至游离出的间隙边缘,下缘超过腹股沟韧带并将边缘向内翻转,将游离出的疝囊放

置于翻转的边缘内侧,放止其再次进入疝环。

1.4 术后处理

术后采用去枕平卧位,患侧腹股沟区加压(1 kg)6 h,6 h 后进食流质饮食,并下床活动。预防应用抗生素 48 h,术后 3~4 d 出院并电话随访。

2 结 果

所有病人均顺利完成手术,手术时间 30~180 min,术中出血 25~100 ml,术后并发症包括伤口疼痛 4 例,均未使用止痛药;阴囊气肿 3 例,腹股沟区血清肿 1 例。所有患者均得到随访,至今无复发,无腹股沟区疼痛及不适。

3 讨 论

Mckernan[1]于 1993 年第一次报道了 TEP,并认为是一种最合理且值得推广的一种方法。其优点是对腹腔脏器没有任何影响,不会引起粘连及内脏损伤。其缺点在于操作空间小,难度大,无明显解剖标志,无法直接观察疝内容物,下腹有手术史患者腹膜发生粘连,多转成经腹腹膜外补片植入术。

与传统手术相比,腹腔镜疝修补可适用于Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ型[2]腹股沟斜疝、直疝、股疝等,且双侧疝可以经同一切口完成,即缩短手术时间,又避免二次手术,增加病人痛苦,节约住院费用。

手术的关键包括:①准确进入腹膜外间隙:在做脐下切口时,因为脐部的组织较致密,难以将腹膜与腹直肌后鞘分离,极易穿破腹腔,增加手术难度甚至导致转为开放手术或 TAPP。所以我们在适当远离脐部约 1 cm 做切口,则较容易的进入腹膜外间隙;②游离腹膜外间隙:在用剪刀切开腹直肌后鞘后,先用分离钳撑开,再用刀柄钝性游离。放置套管针时,不带内芯,然后放入 30°镜头并以此为工具,一边充气一边游离,同时用手在体表配合定位,直至耻骨。③先充分游离间隙,再将精索"腹壁化":因为在将精索腹壁化时,可能分破疝囊,导致 CO_2 进入腹腔影响视野,故最好先将间隙充分游离后,再将精索"腹壁化"。④补片下缘应向内翻转:本组全部患者均使用 15 cm × 7.5 cm 大小的聚丙烯平片进行修补,在腔镜下将补片展开,平铺在腹膜外间隙,内侧超过正中线,外侧可以超过内环口外缘 3 cm 以上,上缘可达联合腱下缘,并重叠 2 cm 平面,下缘可以超过腹股沟韧带并向内翻转 1 cm,完全覆盖腹股沟区,然后将游离后的疝囊放置于补片中央使其被补片"兜住"。这样既能够有效减少后期补片皱缩或者打折带来的影响,又可避免疝囊经过补片边缘再次进入腹股沟管。⑤腹腔内探查:操作完成后,将镜头穿透腹膜进入腹腔,检查腹膜完整性,同时也可以排除对侧隐匿性疝。而且由于腹膜外间隙是一个潜在间隙,CO_2 排出后,腹膜外间隙压力下降,受腹腔内压力影响,该间隙迅速消失,短时间内就可以闭合。⑥补片免固定:因为腹膜的再生能力远远强于肌肉及筋膜,故补片无需固定也可以迅速和周围组织相容,形成坚固的屏障,阻挡腹腔内容物的再次突出[3]。

不同于其它腹腔镜疝修补方式[4],TEP 术后主要的并发症为血清肿,Winslow[5]报道 TEP 术后血清肿发生率 15.8%,尿潴留 7.9%,暂时性神经感觉异常 2.8%。本组患者 1 例发生血清肿,发生率 5.9%(1/17),阴囊气肿 3 例,发生率 17.6%(3/17),无尿潴留和感觉神经异常发生。分析血清肿形成原因可能为早期开展时,术后腹股沟区未加压,导致创面渗液聚积,形成血清肿,我们从第 4 例患者开始,术后常规在腹股沟区压迫 1 kg 重物 6 h,有效避免了腹股沟血清肿的发生,其最终效果尚待进一步验证。由于我们在术前常规要求患者排尽小便,加上手术时间短,患者不感觉疼痛,早期还可以在家属的帮助下下床小便,减少了术后尿潴留的发生。阴囊气肿的形成原因估计为技术不熟悉、疝囊大、手术时间较长,术后腹股沟管内渗血,进入阴囊导致,经抬高阴囊后自行缓解。

TEP 作为无张力疝修补的最新方式,有着创伤小、疼痛轻、恢复快、效果好的优点,但是其操作复杂,学习曲线长,限制了其推广应用。随着研究深入,已经有越来越多的学者开始采用这种方法,相信能够通过大家的共同努力,推动 TEP 的发展。

参 考 文 献

[1] Mckernan J B, Laws H L. Laparoscopic repair of inguinal hernia using a totally extraperitoneal prosthetic approach[J]. Surg Endosc, 1993, 7(1): 26-28.

[2] 中华医学会外科学会疝与腹壁外科学组. 成人腹股沟疝、股疝手术治疗方案(修订稿)[J]. 外科理论与实际, 2004, 9(1): 84.

[3] 戎祯祥, 陆光生, 陈小伍, 等. 腹腔镜完全腹膜外补片植入不钉合固定术治疗腹股沟疝前瞻性随机临床研究[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2009, 3(2): 27-29.

[4] 李健文, 郑民华, 臧 璐, 等. 腹腔镜腹股沟疝修补术后复发与并发症分析[J]. 外科理论与实践, 2002, 7(6): 431-433.

[5] Winslow E R, Quasebarth M, Brunt L M. Perioperative Outcomes and complications of open vs Laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair in a mature surgical practice[J]. Surg Endosc, 2004, 18(2): 221-227.

(责任编辑:张学颖)