DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.11.039

（编辑 张 宁）

文章编号：1000-5404(2004)11-1029-01

个案与短篇

改良平片无张力疝修补术56例报告

Lichtenstein herniorrhaphy of inguinal hernia: a report of 56 cases

李义兵，陈 俊，冯怡墨 （武警重庆总队医院外一科，重庆 400061）

我院从2001年1月至2003年5月行平片无张力疝修补术（Lichtenstein）56例，结合我们的经验对手术步骤作了部分改进，效果满意，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

56例全部为男性，年龄48～87岁，平均68岁，直疝31例，斜疝17例，复发疝8例，按改良分型法[1]分型：Ⅰ型1例，Ⅱ型14例，Ⅲ型33例，Ⅳ型8例。伴有合并症32例次，其中慢性支气管炎、肺气肿9例，高血压性心脏病2例，前列腺肥大13例，糖尿病4例，肝硬化腹水2例，便秘2例。

1.2 材料

采用美国GORE-TEX公司的膨体聚四氟乙烯补片，补片规格：10 cm×5 cm，术中根据需要进行修剪。

1.3 麻醉

51例采用连续硬膜外麻醉，2例局部麻醉，3例局部麻醉加静脉复合麻醉。

1.4 手术步骤

①持硬麻醉，手术切口、疝囊的显露、精索的游离与传统疝手术相同，疝囊处理亦采用传统方法，即内荷包高位结扎并剪去剩余疝囊组织，若疝囊较大，则在中部横断后近端高位结扎、远端疝囊旷置。②显露耻骨梳韧带：先扪到耻骨结节，再找到与其相延续的耻骨支，用手指将耻骨支表面的脂肪结缔组织向下拨开，显露出附着于耻骨支表面的耻骨梳韧带，显露长度约2.5 cm。③将补片剪成滑板形状，后方剪一钥匙孔，平铺于精索后，精索从钥匙孔通过，补片圆头与耻骨结节表面的腱膜缝合，补片下缘内侧部分与耻骨梳韧带缝合2～3针，外侧部分与腹股沟韧带缝合3～4针，补片上缘与腹内斜肌、腹横肌边缘缝合，上下缘缝合均超过内环，将内环上方的钥匙孔裂隙缝合1～2针并与肌筋膜缝合固定，使钥匙孔除精索外仅能通过一小指尖。精索放回原位，依次缝合腹外斜肌腱膜、皮下、皮肤。

作者简介：李义兵（1953－），男，河北省三河市人，硕士，主任医师，主要从事胃肠外科疾病临床诊治方面的研究。电话：（023）66774702

收稿日期：2004-02-01；修回日期：2004-04-15

2 结果

术后当日诉切口疼痛明显、需用止痛药4例，其余病例疼痛不明显，无需处理。绝大多数患者术后第1天即可较自如的下床活动，无传统疝手术后常见的患者不敢伸髋、直腰现象。发生阴囊积液4例，皮下血肿1例，全部病例出院后随访2～28个月，无切口并发症，无复发病例。

3 讨论

膨体聚四氟乙烯补片柔软有弹性，植入体内后组织反应小，形成疤痕轻，患者无异物感，同其它材料的补片相比，该补片性状更接近机体组织，是理想的修补材料[2]。只要操作得当，运用于巨大疝的修补同样可收到较好的效果，对此，我们有如下体会：①疝囊宜采用传统的高位结扎而不是游离后返纳入腹腔，原因是该补片有一定弹性且无充填物填塞疝环，日后随腹压增加，返纳的疝囊可能会重新突向腹外。②利用耻骨梳韧带固定补片，与充填式疝修补对补片的缝合固定不甚强调不同，平片式补片是防止复发的仅有的一道防线，因此，补片的牢靠缝合尤显重要，补片下缘通常是缝在腹股沟韧带上[1]，而一些巨大疝或复发疝，其腹股沟韧带往往较薄弱，难以保证补片的牢靠固定，为解决该问题，我们，利用耻骨梳韧带缝合固定补片，该韧带十分坚韧，完全可承受腹压的冲击，这样的缝合也使补片更紧贴腹横筋膜，其加强腹股沟管后壁的效果更明显。需要注意的是，缝合时为防止误伤股静脉，可用左手指扪及耻骨梳韧带，一方面将股静脉和周围其它组织挡在缝合点以外，另一方面使缝合始终在触摸感觉下进行，一般缝合2～3针，长度不超过2.5 cm，补片下缘外侧部分仍缝于腹股沟韧带上，如此可保证股静脉不受压。

关键词：腹股沟；疝；外科手术
中图法分类号：R656.210.5 文献标识码：B

参考文献：

[1] 中华外科学会疝和腹壁外科学组. 腹股沟疝、股疝和腹壁切口疝手术治疗方案（草案）[J]. 中国实用外科杂志，2001，21(10)：插页.
[2] 马颂章. 无张力疝修补手术的进展[J]. 中国实用外科杂志，2000，20(9)：564－565.

（编辑 栗 嘉）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net