

文章编号:1005-6947(2005)11-0877-02

· 临床报道 ·

# 普理灵疝装置治疗腹股沟疝 36 例报告

陈开, 戴毅, 刘崇清, 幸天勇, 武国

(川北医学院附属医院 普通外科, 四川 南充 637000)

**摘要:**采用普理灵疝装置治疗腹股沟疝患者 36 例, 全部治愈。术后出现尿潴留 2 例, 阴囊积液 1 例, 伤口积液 1 例; 无伤口感染。随访 3 个月至 2.5 年, 无 1 例复发。该手术具有操作简便, 疗效可靠, 术后疼痛轻, 恢复快, 住院时间短, 并发症少和复发率低等优点, 尤其适合于老年人。

**关键词:**疝, 腹股沟/外科学; 腹股沟/外科学; 病例报告

**中图分类号:**R615 **文献标识码:**B

平片修补及疝环充填式修补等经前路的无张力疝修补术已广泛应用于临床<sup>[1,2]</sup>, 但尚存在不足, 即不能完全对耻骨肌孔的薄弱区进行修补。为了弥补其不足, 我院从 2002 年 2 月 ~ 2004 年 8 月采用普理灵疝装置 (polypropylene-prolene hernia system, PHS), 对 36 例腹股沟疝患者进行了无张力修补治疗, 效果满意, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组均为男性。年龄 49 ~ 77 (平均 66.4) 岁; 60 岁以上 31 例 (86.1%)。原发性腹股沟疝 34 例, 其中斜疝 21 例, 直疝 13 例 (包括双侧直疝 1 例); 复发性腹股沟疝 2 例, 其中斜疝、直疝各 1 例。疝环缺损大于 3 cm 者 6 例。并存心脑血管疾病、肺部疾病、糖尿病和前列腺增生症等 19 例。

### 1.2 修补材料

普理灵疝装置由美国强生公司生产。这种聚丙烯修补装置的独具特征是其三位一体的结构, 即由一个圆形下层片和一个椭圆形上层片及连接二者的柱状结构所构成。

### 1.3 手术方法

采用连续硬膜外麻醉。手术切口、显露疝囊、游离精索等与传统手术相同。切开腹外斜肌腱膜后, 在其深面进行充分游离, 建立第一个修补间隙放置上层补片。对于斜疝, 游离疝囊至疝囊颈部的腹横筋膜。然后经内环置入一块 4 cm × 4 cm 的柔软普理灵纱布, 在腹横筋膜与腹膜之间进行游离, 使之腹膜前间隙化, 其范围直径约 10 cm, 以容纳下层补片。对于直疝, 在缺损部位的基底部环行切开腹横筋膜, 充分游离疝囊后, 再用纱布游离腹膜前间隙。小疝囊直接送回腹腔; 如过大的疝囊则行疝囊中部横断, 近端结扎后再送回腹腔。将上层补片对折并用血管钳夹住, 再把下层

补片叠成伞状, 经疝环缺损处置入腹膜前间隙并展平, 再将上层补片展开, 放在腹外斜肌腱膜的深面, 上缘要超过腹横肌的弓状下缘, 下缘要超过耻骨结节面 2 cm。在上层补片上作一精索开口, 使精索通过, 然后缝合该缺口。将上层补片缝合固定在耻骨结节、腹横肌弓状下缘和腹股沟韧带上, 精索置于上层补片的上方。创面彻底止血后, 缝合切口各层。术后用小沙袋压迫切口 4 ~ 6 h。

## 2 结果

36 例均于术后 6 ~ 24 h 下床活动, 12 ~ 24 h 进食。住院时间 2 ~ 6 d, 平均 4 d。伤口疼痛较轻, 仅有 4 例耐受力差者肌肉注射镇痛剂或口服止痛片即可止痛。术后出现尿潴留 2 例, 阴囊积液 1 例, 伤口积液 1 例。无伤口感染。术中术后无 1 例引起其他并发症或加重并存疾病。36 例中有 3 例失访, 随访率 91.7%。随访 3 个月至 2.5 年, 无 1 例复发。

## 3 讨论

近年来国内开展的无张力疝修补术已取得了良好的效果, 但时有复发或再发的报道。法国 Fruchaud 通过腹腔镜经腹股沟管的后路进行观察, 提出了“耻骨肌孔”这一解剖概念; 法国的 Stoppa, Rivers 及美国的 Wantz 同样强调了“耻骨肌孔”解剖结构的重要性<sup>[3]</sup>。“耻骨肌孔”是一个位于下腹前壁与骨盆相连的卵圆型裂孔, 其下界为上耻骨支的骨膜, 上界为腹外斜肌和腹横肌, 内侧是腹直肌, 外侧是髂腰肌。它被位于前面的腹股沟韧带和后面的髂耻束分隔为上、下 2 个区域: 上区有精索、内环及直疝三角; 下区有股血管、神经及卵圆窝, 其上有陷窝韧带防护。此区域的缺损可导致股疝的发生。

平片修补主要用于加强腹股沟管后壁, 未对疝环进行充填治疗。网塞修补的主要缺陷在于修补的覆盖面小。无论网塞修补还是平片修补都无法对来自于耻骨肌孔下区的股疝进行修补。因此增加了疝复发和再发的危险性。普理灵疝装置能对来自耻骨肌孔的所有类型的疝进行永久性的防御治疗, 包括股疝。该装置的独具特征在于其三个部分的一体化。下层补片被设计用于对腹股沟管后壁的后方,

收稿日期:2004-12-01; 修订日期:2005-08-30。

**作者简介:**陈开 (1963-), 男, 天津人, 川北医学院附属医院副教授, 硕士, 主要从事普通外科及血管外科方面的研究。

**通讯作者:**陈开 电话:0817-2262418(0), 13909071901(手机);  
E-mail:chenkai446@yahoo.com.cn。

文章编号:1005-6947(2005)11-0878-02

· 临床报道 ·

# 急性阑尾炎术后切口长期不愈的原因及防治

张传国, 刘允, 吕超

(山东省滕州市中心医院 普通外科, 山东 滕州 277500)

**摘要:** 回顾性分析近10年来行阑尾切除术后切口感染长期不愈42例患者的临床资料, 结果示切口感染的处理不当、腹壁窦道的形成、肠痿的发生等是其局部因素, 营养不良、合并其他严重疾病、脏器功能衰竭等为全身因素。提示防治术后切口感染、腹壁窦道的形成、肠痿的发生及纠正营养不良、治疗合并症、改善全身状况等是降低术后切口长期不愈发生率的关键。

**关键词:** 阑尾切除术/副作用; 外科伤口感染/病因学; 外科伤口感染/预防和控制

**中图分类号:** R656.8; R619.3

**文献标识码:** B

急性阑尾炎居外科急腹症之首, 约占外科住院病人的10%~15%<sup>[1]</sup>。由于是感染性疾病, 切口感染仍是其术后最常见的并发症。阑尾切除术后超过3周切口仍不能愈合者即为长期不愈合<sup>[2]</sup>。临床并非罕见。我院1994年1月~2004年1月共收治急性阑尾炎并行阑尾切除1671例, 术后

切口感染107例, 其中切口长期不愈的42例, 报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

阑尾切除1671例, 术后切口感染107例(6.4%)。切口长期不愈者42例, 占切口感染患者的39.3%, 占阑尾切除术患者的2.5%。男28例, 女14例; 年龄12~94(平均51.5)岁; 化脓性阑尾炎16例, 坏疽性阑尾炎并穿孔18例, 阑尾周围脓肿8例。阑尾逆行切除26例, 逆行切除10例, 脓肿清除并置管引流6例。

**收稿日期:** 2005-03-11; **修订日期:** 2005-05-17。

**作者简介:** 张传国(1968-), 男, 山东滕州人, 山东省滕州市中心医院副主任医师, 主要从事胃肠、肝胆外科方面的研究。

**通讯作者:** 张传国 电话: 0632-5519333; E-mail: zcgly2002@hotmail.com。

即腹膜前进行修补。它的下方修补能超过耻骨梳韧带, 上方超过腹横肌, 内侧跨过腹直肌, 外侧能覆盖整个内环口。上层补片被放置在腹外斜肌腱膜下方的间隙内。要使其最大限度地发挥作用应将其充分展开。装置的连接部是被安放在内环或直疝缺损处, 像网塞一样对疝环起充填作用, 并将集中于连接部的压力能最大限度地分散到下层补片的边缘。Gilbert等<sup>[3]</sup>应用该术式共治疗759例腹股沟疝患者, 疗效满意, 无1例复发。与其他无张力疝修补术相比较, 亦仅有很少的术后并发症产生。

在本组获得随访的33例患者中无1例复发。2例出现术后尿潴留, 可能与硬膜外麻醉或老年前列腺增生有关, 经导尿治疗后痊愈; 1例阴囊积液, 经反复抽吸后消失; 1例伤口积液经换药后痊愈; 无1例伤口感染。本组患者均无明显的腹股沟区异物感。为了提高手术疗效, 减少术后并发症, 术中操作应注意以下几点: (1) 对腹外斜肌腱膜深面的修补间隙应充分游离, 上至腹横肌腱弓, 内侧至腹直肌缘, 外下方至腹股沟韧带, 使其能容纳上层补片。(2) 用一干纱布包裹食指游离腹膜前间隙是简化手术和手术成功的关键。纱布是能够充分吸附腹膜前脂肪的理想

工具, 同时还能在外侧触及髂动脉的搏动。(3) 补片连接部应正对疝环缺损处, 置入下层补片时可用食指将补片向四周展开, 然后嘱患者咳嗽或鼓腹, 可验证下层补片是否已发挥作用, 同时又可使补片与腹膜贴得更紧密。(4) 上层补片在精索处剪一开口, 使精索通过。斜疝的开口位于补片中央, 直疝的开口位于补片下方, 然后缝合该缺口。

综上所述, 笔者认为普理灵疝装置不仅具有无张力疝修补术的优点, 还特别适合于老年人、巨大疝和复发疝等; 尤其是对于疝环缺损超过3cm者, 用1个普理灵疝装置即可。这比用2个或2个以上网塞更经济, 而且疗效更可靠。

## 参考文献:

- [1] 崔明, 杨彦, 王相田. 聚丙烯网片无张力缝合治疗复发性腹股沟疝62例[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(11): 865-866.
- [2] 韩继明, 张平, 高根五. 充填式无张力疝修补术的临床应用: 附108例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(11): 863-864.
- [3] Gilbert AI, Graham MF, Voigt WJ. A bilayer patch device for inguinal hernia repair [J]. Hernia, 1999, 3(9): 161-166.