

文章编号:1005-6947(2006)04-0317-02

· 临床报道 ·

自体疝囊带蒂补片无张力修补治疗腹股沟疝

刘支刚

(广东燕岭医院 普通外科, 广东 广州 510507)

摘要:为改进腹股沟疝的修补材料和修补方法,避免传统疝修补手术和人工补片手术后的并发症,减少人工材料的昂贵费用。笔者自2003年以来,通过20例志愿患者手术自制自体疝囊带蒂补片;根据患者不同情况,设计不同的手术修补方法;与传统疝修补和人工材料无张力手术的常用临床评估指标及其术后并发症作对比。结果,全部患者7~10d拆线,术后3d检测以下各项指标:体温均低于38℃,白细胞计数 $<10 \times 10^9/L$,中性粒细胞 <0.7 ;无伤口疼痛,无腹股沟区麻木或异常肿块;20例均下床活动。术后随访两年,无一例术后复发。自体疝囊带蒂补片无张力修补治疗腹股沟疝,能够有效减少医用材料费用,增加外科医师的技术含量。是更符合人性化的治疗方法,临床效果好。

关键词:腹股沟疝/外科学;自体疝囊带蒂补片

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

自1989年Lichtenstein等^[1]首先提出无张力疝修补概念以来,我国于1997年逐渐引进,到目前已经广泛开展,明显减少了传统疝手术后带来的张力性并发症和高复发率。“无张力”的理念得到国内外外科临床普遍认同。然而,因人工补片引起并发症的报告也越来越多,加之昂贵的材料费用,常常使得许多病员在抉择手术方式时望而怯步。作者自2003年以来,选择20例志愿患者采用自体疝囊带蒂补片替代人工材料补片无张力修补治疗各型腹股沟疝。经过2年随访观察,临床效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男16例,女4例;年龄17~83岁,60岁以上12例,占60%。其中3例为双侧发病,手术共计23例次。腹股沟斜疝15例,直疝8例次。2例伴有肺部炎症;4例有高血压病史,2例有糖尿病,6例前列腺肥大伴有反复尿潴留病史。全部病例术前凝血功能检查正常,临床上无出血倾向。

1.2 手术方法

选用持续硬膜外麻醉,按传统疝手术修补方法选择切口,显露腹壁各层。高位结扎疝囊后,先游离腹横筋膜,建立起腹膜前间隙。示其间隙大小成型保留远端疝囊,多余部分游离后剪除。斜疝较大者可在腹股沟段选择剪裁使用,远端仍然按传统法处理后旷置于阴囊内。剖开保留的疝囊,用干纱布搓擦使其腹腔面充血,便于日后与临近组织

粘连融合,以增加抵抗张力的强度。背面是与精索相连接的血管筋膜层及部分肌肉纤维,也即是自体疝囊补片的“蒂带”。可以适当将其向基底部钝性推挤,蒂部越窄越便于补片修补时转向,但应尽量保留。将补片连同精索向内旋转向下(约90°),此时补片即翻转覆盖在腹横筋膜间隙内,精索半旋转覆盖在补片之上(见附图)。直疝补片翻转后可直接铺垫于精索之下。子宫圆韧带如果不影响手术操作,仍然可以游离后留在补片背面,以增强其张力。用手将置入间隙内的补片摊平,注意保持蒂带及精索尽可能松弛,不要过于扭曲和绞窄。男性还要注意保护输精管。缝合固定时有两点改进:(1)缝合上缘由腹内斜肌面进针,穿过腹横肌,补片;再经补片,腹横肌,腹内斜肌穿出后结扎。该褥式缝合方法可以始终置补片于腹横肌深面,避免单纯缝合腹横肌或腹内斜肌时的肌纤维损伤。(2)缝合修补内环时,可视其缺损程度,将补片皱折成型,类似Bard补片的伞状塞,充填缝合在其内。但不可缝合结扎太紧,因为疝囊补片本身即是带血管蒂的自身组织。手术修复后,疝囊补片能够与周围组织相互融合,建立起完全符合生理需要的腹壁屏障。

2 结果

术后3d检测以下各项指标,体温均低于38℃以下,白细胞计数 $<10 \times 10^9/L$,中性粒细胞 <0.7 。无伤口疼痛,无腹股沟区麻木或异常肿块,全部病者均允许适当下床活动。本组下床时间不作特殊规定,不刻意要求6h下床活动,也不规定非要卧床7d,完全顺其自然。但是,仍然告知患者早期活动时用手捂住伤口,以减轻局部疼痛。3个月内因创伤后的组织尚未完全修复,仍要求避免参加重体力活动。20例患者全部获随访,随访时间最长超过2年,最短3个月。迄今为止,全组无1例术后复发和有任何特殊不适。

收稿日期:2005-08-05; **修订日期:**2005-12-24。

作者简介:刘支刚,男,重庆市人,广东燕岭医院副主任医师,主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者:刘支刚 E-mail:bmh Zhang@scut.edu.cn。

a: 腹内斜肌联合肌腱; b: 精索; c: 近端高位结扎后的疝囊; d: 远端疝囊成型后带蒂补片

A: 腹股沟斜疝带蒂自体疝囊成型补片

a: 补片已翻转覆盖在精索下方; b: 补片上缘缝合固定在联合肌腱下方; c: 精索半移位向内后旋转; d: 腹外斜肌腱膜

B: 补片翻转腹膜前间隙修补术后

附图 自体疝囊带蒂补片中补片成型和手术后示意图

3 讨论

自体疝囊带蒂补片无张力修补治疗腹股沟疝的优点:

(1) 自体远端疝囊长期被作为“废物”而剥离旷置,也常有处理不当引起手术大出血、局部组织损伤或术后局部肿块、阴囊血肿、远端疝囊积液等并发症。有时处理很棘手,自体疝囊重新利用可以避免剥离疝囊引起的上述并发症。(2) 实验及临床研究发现,人工合成材料植入机体后所引起的纤维愈合会造成人工假体皱缩或变硬^[2]。薛春晓^[3]报告有因人工补片手术后引起顽固性疼痛,尤以患侧髋关节活动时加重。最后只得再次手术取出补片,改用传统 Bassini 氏法修补而治愈者。还有 2 例手术后出现伤口几经愈合再破溃,反复感染,最后形成窦道,不得已再次手术取出补片清创。术中发现补片表面存在较多脓性分泌物及坏死组织、线结等。其他还有报告如:机体对异物的排斥,腹股沟的局部硬块、疼痛、隆起、伤口液化、感染形成窦道;或由于异物压迫引起会阴部的神经营养障碍,睾丸萎缩、睾丸炎;性交时腹股沟区的疼痛和感觉迟钝^[4]等等。总而言之,人工补片在本质上还属于化学材料,充填植入人体后,机体的自身保护、对异物的排斥,这是必然产生的生理反应。(3) 用自体疝囊补片替代人工材料补片,可以节省人工补片所需要的昂贵经费,减少病人的材料费用支出,增加手术医师的技术含量。(4) 传统疝修补手术,无论 Bassini 法或是 Shouldice 手术,都需要用粗的丝线将缺损周围的组织强行缝合拢来。原本缺少血液供应的筋膜、腱膜、以及各个韧带,在丝线的强迫张力下,不可能相互融合在一起去。换言之,修补后的腹壁完整始终是依靠丝线张力来维持。这样既不符合解剖生理规律,又不符合外科手术原则,术后复发率高达 10% ~ 15%^[5]。这是传统修补手术后张力性疼痛、高复发率的一个长期没有解决的潜在原因。

自体疝囊成型修补术可克服以上缺点:(1) 自体疝囊在组织学上属于腹膜,由于受腹腔内压力长期作用而移位坠出所致。临床发现,随着疝气发生时间以及承受腹腔内压力的差异,疝囊也必然发生相应改变。一般而言,疝气发生时间越长,疝囊就越大,疝囊壁越厚,耐受张力的强度

越大。孙福群等^[6]指出:疝囊的韧性和强度不亚于阔筋膜,腹直肌前鞘和腹横筋膜。因此,手术者可以根据腹壁缺损程度及患者年龄,体质而将疝囊双层、甚至更多层剪裁成型使用。不必顾虑“补片”小不够用的问题。(2) 自体疝囊的位置也与手术需要相一致,它就在腹股沟,由腹膜腔坠出后,与邻近的腹横筋膜、精索、提睾肌等等长期融合在一起,逐渐建立起了密切的血管网络和交通枝,源源不断地提供营养,保障疝囊在与腹腔内容物的压力对抗中逐渐发育,强壮。临床常见的绞窄疝坏死,多是疝囊腔内的小肠、大网膜,很少有疝囊壁的坏死。因此,高位结扎、横断疝囊之后,远端疝囊绝不存在人工补片的“不存活”、“不相容”的问题。耿协强^[7]报告带血管蒂疝囊瓣不会缺血坏死,易存活。牛德金等^[8]通过 102 例分析,认为自体疝囊补片既能确实加强腹壁强度,又不增加局部张力,也无人造组织的不良反应。

参考文献:

- [1] Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, *et al.* The tension-free hernioplasty [J]. *Am J Surg*, 1989, 157(2): 188 - 193.
- [2] Klosterhalfen B, Kling U, Schumpeck V. Functional and morphological evaluation of different polypropylene-mesh modifications for abdominal repair [J]. *Biomaterials*, 1998, 19(24): 2235 - 2246.
- [3] 薛春晓. 无张力疝修补术后并发症分析 [J]. *临床误诊误治*, 2004, 17(7): 505 - 506.
- [4] 丁明利, 高伟, 秦宪斌, 等. 疝环充填式无张力疝修补术后男性性功能和睾丸血流灌注的研究 [J]. *中华普通外科杂志*, 2004, 19(9): 579.
- [5] 房仲平, 肖乾虎, 施莉, 等. 371 例老年人腹股沟疝无张力疝修补术的临床经验 [J]. *中华普通外科杂志*, 2003, 18(9): 546 - 547.
- [6] 孙福群, 牛德金, 和西涛. 自体疝囊补片修补腹股沟疝: 附 51 例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(10): 84.
- [7] 耿协强, 樊献军, 李元地, 等. 自体疝囊瓣修补腹壁巨大切口疝 [J]. *中国普通外科杂志*, 1997, 6(1): 55.
- [8] 牛德金, 和西涛, 张宝兰. 自体疝囊修补老年腹股沟疝 102 例分析 [J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2004, 25(5): 540.