

文章编号:1005-6947(2008)12-1245-02

· 临床报道 ·

腹腔镜经腹腹膜前疝修补术:附 58 例报告

侯锡斌, 欧阳彦成, 樊劲, 田农庄

(四川省资阳市雁江区人民医院 外科, 四川 资阳 641300)

摘要:目的 探讨腹腔镜经腹腹膜前行网片疝修补术(TAPP)的手术方法技巧及并发症防治。方法 对腹股沟疝58例(单侧50例, 双侧3例, 复发疝5例)行TAPP手术治疗患者的临床资料进行回顾性分析。结果 全组均治愈, 无手术意外损伤及严重并发症发生, 无中转者, 术中出血2.5~8.0 mL, 手术时间单侧30~65 min, 双侧55~96 min, 住院时间3~5 d, 随访1~24个月, 手术初期发生阴囊积液1例, 腹股沟异物感2例, 无疝复发。结论 TAPP术式具有微创、手术时间短、出血少、术后疼痛轻, 恢复快等优点, 是目前容易掌握和推广的一种微创治疗腹股沟疝的术式。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(12):1245-1246]

关键词:疝, 腹股沟/外科学; 腹腔镜; 网片; 腹膜前

中图分类号: R 656.2

文献标识码: B

我院2006年3月—2008年4月采用腹腔镜经腹腹膜前行网片疝修补术(transabdominal preperitoneal prosthetic hernioplasty, TAPPH)治疗腹股沟疝58例, 随访1~24个月, 效果良好, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组均为男性, 年龄25~76(平均56)岁。其中单侧腹股沟疝50例, 双侧腹股沟疝3例, 复发疝5例; 斜疝26例、直疝32例。

1.2 网片材料

国产华利普网片。规格6 cm × 11 cm 或 8 cm × 15 cm

1.3 手术方法

1.3.1 持续硬膜外麻醉 患者取头低足高位15°并向健侧倾斜20°~30°, 术者和持镜者位于健侧。

1.3.2 手术步骤及方法 (1)脐部穿刺建立气腹, 作10 mm孔置入Trocar安置镜头, 双侧下腹腹直肌外侧分别做10 mm及5 mm切口置入Trocar及操作杆。(2)探查盆腹腔, 显露内环口, 在内

环口上方脐内侧韧带至髂前上棘弧形切开腹膜, 腹内侧距内环口10 mm横断疝囊, 潜行分离腹膜前间隙, 上至联合肌腱, 下至Cooper韧带, 内侧不超过脐内侧韧带, 外侧止于髂前上棘^[1], 游离精索, 必须清楚看到电钩及分离钳走向, 避免误伤血管和神经。(3)根据疝环大小情况将网片修剪成椭圆形, 剪开网片下1/3, 并预留一稍大于精索的小孔。(4)将修剪后网片折叠送入腹腔, 平整覆盖于内环口及潜行分离的腹膜外, 网片预留孔包绕精索^[2], 检查覆盖平整无皱折, 对精索无压迫, 用“0”号可吸收丝线将网片缝合固定在Cooper韧带、耻骨结节、腹直肌背面外侧和弓状下缘处4针。进针不能过深, 距网片缘不能太远。(5)检查局部无渗血, 用“0”号可吸收丝线将潜行分离出的腹膜盖于网片上严密缝合, 使之创面完全腹膜化, 在最后1针缝完打结前, 助手挤压阴囊, 将弥散在该处的CO₂气体挤压回腹腔后完成打结, 结束手术。

2 结果

全组无手术意外损伤, 无中转手术, 术中出血量2.5~8.0 mL; 手术时间单侧30~65 min, 双侧55~96 min; 住院时间3~5 d。术中有不同程度阴囊气肿发生, 在手术结束前均经过阴囊挤压或穿刺抽吸而消失。患者随访1~24个月, 术后发生阴囊积液1例, 考虑缝合腹膜时不完全所致, 术后2个月在腹股沟做1.0 cm小切口结扎

收稿日期:2008-06-12; 修订日期:2008-11-20。

作者简介:侯锡斌, 男, 四川省资阳市雁江区人民医院主治医师, 主要从事腹腔镜外科方面的研究。

通讯作者:侯锡斌 E-mail: zysyanjiangqyy@cd120.com

交通孔道而愈;内环处出现硬结性异物感2例,考虑原因是网片形成锥形填塞于内环口向外伸入过多致术后在局部发生粘连硬化,未发生局部硬结异物所致压迫性并发症,经精神安慰和局部治疗后症状得以缓解。全组无疝复发,手术优良率为94.8%(55/58)

3 讨论

手术微创化和现代材料学的进步为疝外科的发展提供了基础条件。腹腔镜疝修补手术适用于各型直疝、斜疝和股疝的修补,特别是双侧疝和复发疝的修补^[1],由于腹腔镜疝修补手术与传统手术入路不同,手术工具不同,与患者身体的接触方式和潜在危险性亦不同,加之对高精技术的依赖性及操作难度上的不确定性,因而需要手术医师必须具有丰富的疝外科技术和腹腔镜技术。

腹腔镜补片治疗腹股沟疝目前主要为3种术式。笔者经过临床应用比较,认为“腹腔镜腹股沟疝腹腔内网片植入术(IPOM)”操作简单,易掌握,但其防粘连网片价格昂贵,而且并不能完全避免肠粘连的发生^[3]。腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术(TEP)和TAPP的修补原理相同,只是进入腹膜前间隙的路径不同。TEP直接从前腹壁进入腹膜前间隙,潜行分离时操作空间小,难度大,组织损伤重,且易造成意外损伤和大出血,而且手术时间长,加之腹股沟病理情况下解剖变异大,尤其不适于复发疝。因此,笔者认同刘嘉林等^[4]人TEP的操作技术要求高,是建立在患者下腹部具有基本正常腹膜以及腹膜外间隙结构的基础上的观点,但与段鑫等^[5]人TEP不受腹股沟管条件影响的观点相悖。TAPP通过腹腔进入腹膜前间隙,视野清楚,解剖标志易辨认,操作空间大、难度小、副损伤机会小,只要网片修剪大小合适,完全平整覆盖疝三角,固定牢靠,创面平整化,可完全避免IPOM术式的缺点。笔者认为TAPP操作难度鉴于IPOM和TEP术式之间,学习曲线较TEP术式短,但其有腹腔干扰的缺点。

TAPP术式特点是经腹腔将网片贴复于内环口腹膜外达到修补疝的目的,创面应腹膜化,做潜行腹膜外游离腹膜时要保证腹膜无撕脱缺损,腹膜外应无出血,且不能过度分离,防止损伤髂外血管、腹壁下动脉及膀胱,缝合固定时应避开危险三角和疼痛三角。TAPP为后入路途径,能清楚显示内环情况及相关解剖结构^[2],适用于双侧疝、隐匿疝、特别适用于复发疝因局部瘢痕化而

发生解剖改变致困难操作的患者,笔者通过本组5例复发疝手术体会,认为TAPP对复发疝的修补具有避开局部变异解剖处操作,手术简单有效,并有利于防止副损伤等优点。

清晰的术野是任何手术必须保证的条件,腹腔镜亦不例外,要求良好的麻醉,在腹肌十分松弛情况下做穿刺针充气,脐部作孔时避免用力过猛和钻入过深,置入光源后清楚显露腹壁,避开腹壁下血管作双侧下腹操作孔,切忌盲穿盲钩,以防止严重手术并发症发生。阴囊和腹股沟气肿是术中常见并发症,只要手术结束前将气体大部分挤压入腹,少量的气体可自行吸收,如由于操作配合不当而致严重阴囊及腹股沟气肿者,可用“7”号注射针穿刺排气。术后阴囊积液主要是内环口封闭不完整致腹内液经形成的小孔道流入疝囊或原有疝囊内液太多,因而要求封闭内环口时不能留有小孔,前者可再手术治疗,后者则在术中助手将疝束内液挤压入腹,少量囊液可自行吸收。术后内环处硬性结节异物感是可避免的并发症,发生原因是置网片时未能平整贴覆而是成锥形向外塞于内环口所致,本组2侧均发生于学习曲线初期,错误认为将网片塞入内环口才能达到修补效果。

TAPP相对容易学习和掌握,是治疗双侧疝、隐匿疝和复发疝的最佳术式,具有微创、手术时间短、出血少、术后疼痛轻、恢复快等优点^[6],适合于基层医院开展。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会疝和腹壁外科学组.腹腔镜腹股沟疝修补术常规[J].腹腔镜外科杂志,2006,11(2):179-180.
- [2] 林森旺,孙镇蛟,金旭文,等.腹腔镜经腹腔腹膜前网片植入术治疗腹股沟疝[J].中国微创外科杂志,2006,6(12):948-949.
- [3] 黄顺荣,冯泽荣,秦千子,等.腹腔镜腹股沟疝修补术64例临床应用[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2007,1(1):47-49.
- [4] 刘嘉林,余小舫,鲍世韵,等.腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术的术后并发症分析[J].腹腔镜外科杂志,2007,12(1):24-26.
- [5] 段鑫,王勇,何涛,等.局麻无张力疝修补术与腹腔镜全腹膜外疝修补术的临床对比分析[J].中国普通外科杂志,2007,16(7):678-680.
- [6] 陈焕伟,甄作均,苏树英,等.腹腔镜腹股沟疝修补术:附176例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(11):841-843.