



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.12.025  
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.12.025  
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(12):1764-1766.

· 临床报道 ·

# “颈-肩技术”在腹股沟斜疝 Lichtenstein 修补术中的临床应用

李东松, 苏树炎, 江庆斌, 丁玉芝, 蔡泽华

(广东省潮州市人民医院 外三科, 广东 潮州 521011)

## 摘要

**目的:** 探讨“颈-肩技术”在腹股沟斜疝 Lichtenstein 修补术中的应用。

**方法:** 87 例 Lichtenstein 修补术, 将其分为两组, 一组使用“颈-肩技术”, 另一组使用传统方法。比较两组手术时间、血肿/血清肿、术后随访 6 个月的慢性疼痛及复发率。

**结果:** “颈-肩技术”组手术时间为  $(48.5 \pm 4.8)$  min, 血肿/血清肿 5 例, 1 例复发, 术后 1、3 个月慢性疼痛分别为 5、3 例; 传统方法组手术时间为  $(54.3 \pm 6.8)$  min, 血肿/血清肿 8 例, 2 例复发, 术后 1、3 个月慢性疼痛分别为 7、4 例。两组手术时间比较, 差异有统计学意义 ( $t=4.67, P=0.00$ ); 血肿/血清肿发生率、复发率、术后 1、3 个月慢性疼痛两组间差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

**结论:** “颈-肩技术”在 Lichtenstein 术中创伤小、解剖清晰、节省手术时间, 安全、有效。

## 关键词

疝, 腹股沟/外科学; “颈-肩技术”; Lichtenstein 术

中图分类号: R656.21

成人腹股沟斜疝是普外科常见的疾病, 对其治疗目前普遍推荐使用无张力修补术, 其术式也较多, 包括 Lichtenstein、UHS、Rutkow、Kugel 等, 手术路径也有前入路与后入路之分, 但对其术式的选择至今仍没有“金标准”。腹股沟斜疝修补术的难度虽然不大, 但由于腹股沟区是腹壁解剖中层次最多、结构最复杂的, 所以在手术中做到解剖清晰、精细具有一定的难度, 故术中对关键部位的处理可以影响到手术质量。“颈-肩技术”是腹股沟疝领域近年来提出的一个重要概念, 广泛应用于各种腹股沟疝无张力修补术术式中, 并取得了良好的效果。本研究将就“颈-肩技术”在腹股沟斜疝 Lichtenstein 修补术中的应用进行回顾性分析。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

2012年7月—2014年12月在我科住院并行腹股沟斜疝 Lichtenstein 修补术的患者共 102 例, 排除复发疝及女性患者, 最终入选病例 87 例。根据术中是否使用“颈-肩技术”将其分为“颈-肩技术”组与“传统方法”组。并按中华医学会外科分会疝和腹壁外科学组的标准<sup>[1]</sup>, 对患者的腹股沟斜疝分为 I~III 型。其中“颈-肩技术”组患者 46 例; I 型 12 例, II 型 22 例, III 型 12 例; 年龄 30~78 岁, 平均  $(56.80 \pm 6.20)$  岁。传统方法组患者 41 例; I 型 10 例, II 型 21 例, III 型 10 例; 年龄 33~81 岁, 平均  $(57.40 \pm 5.90)$  岁。两组临床资料比较, 无统计学差异 ( $P>0.05$ )。手术均由同一组医生完成, 术后均进行门诊随访, 时间为 6 个月。

### 1.2 材料与麻醉

患者采用硬膜外或腰硬联合阻滞麻醉, 取腹股沟区斜切口。补片均选用美国柯惠公司生产的单丝聚丙烯网片, 规格为  $8 \text{ cm} \times 13 \text{ cm}$ 。

### 1.3 手术方法

两组从切开皮肤、皮下筋膜、腹外斜肌腱

收稿日期: 2015-07-21; 修订日期: 2015-09-12。

作者简介: 李东松, 广东省潮州市人民医院主治医师, 主要从事疝与腹壁、乳腺外科方面的研究。

通信作者: 李东松, Email: ldsdoctor@163.com

膜至显露腹股沟管,整体游离精索与疝囊,放置补片并缝合固定,缝合腹外斜肌腱膜及重建外环口,缝合切口等操作基本相同。不同之处在于寻找及对疝囊的处理、显露内环口及腹膜前间隙的方法。

**1.3.1 传统方法** 在精索腹侧纵行切开一定长度的提睾肌,并在其内上方寻找疝囊,找到疝囊后将精索与疝囊分离,若疝囊较小则将其整体分离,若疝囊较大,则予横断,远端旷置,近端高位游离至疝囊颈处,并缝扎疝囊颈,内环口视情况将其缝合缩小。

**1.3.2 颈肩技术** 精索整体游离后,先在精索内侧与腹横筋膜交界处半环形切开腹横筋膜,再纵行切开精索根部内侧的提睾肌与精索内筋膜,使其形成倒“T”字形切口,切开后寻找疝囊,对疝囊可完全分离或者横断后近端继续分离,一般可以在腹横筋膜与精索和腹横肌腱弓处找到疝囊颈。高位结扎疝囊颈后,在腹横筋膜半环切开处稍作分离显露出小范围的腹膜前间隙,并重新缝合腹横筋膜以达到缩小、加固内环口的目的。

#### 1.4 观察指标

记录两组患者手术时间,统计术后血肿/血清肿、随访6个月慢性疼痛及复发的病例数。

#### 1.5 统计学处理

采用SPSS 17.0软件对所得数据进行统计学分析,患者手术时间为计量资料呈正态分布,以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较用t检验;术后血肿/血清肿、慢性疼痛及复发率为计数资料,采用 $\chi^2$ 检验,当 $1\leq$ 理论频数 $<5$ 时采Fisher确切概率法。 $P<0.05$ 表示有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组手术时间比较

两组均以切开皮肤为手术开始,皮肤缝合完毕为手术结束,记录每例患者的手术时间,并对资料进行汇总。结果显示,传统方法组手术时间为( $54.3\pm 6.8$ )min,“颈-肩技术”为( $48.5\pm 4.8$ )min,两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )(表1)。

### 2.2 两组慢性疼痛、血肿/血清肿的比较

术后观察腹股沟区及阴囊血肿/血清肿的发生情况,其中传统方法组8例,“颈-肩技术”组5例;血肿/血清肿均予保守治疗,方法包括垫高阴囊、缓解期局部热敷,经治疗后所有血肿/血清肿均痊愈。术后并发疼痛主要位于切口及腹股沟区,部分患者在出院时症状已消失,故该部分未纳入术后慢性疼痛的研究对象。慢性疼痛患者均表现为轻、中度疼痛,予休息、避免过度活动,并口服营养外周神经药物,经治疗后所有慢性疼痛均痊愈。术后1、3、6个月的慢性疼痛发生率为传统方法组7、4、0例,“颈-肩技术”组5、3、0例。两组血肿/血清肿、术后1、3个月慢性疼痛的发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )(表1)。

### 2.3 随访情况

所有患者均进行门诊随访至术后6个月,至随访结束时,“颈-肩技术”组复发1例,传统方法组复发2例,3例患者均在复发6个月后再手术。两组复发率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )(表1)。

表1 两组临床疗效指标比较[n(%)]

组别	n	手术时间(min, $\bar{x}\pm s$ )	复发率	慢性疼痛(1个月)	慢性疼痛(3个月)	血肿/血清肿
“颈-肩技术”组	46	48.5 $\pm$ 4.8	1(2.17)	5(10.87)	3(6.52)	5(10.87)
传统方法组	41	54.3 $\pm$ 6.8	2(4.88)	7(17.08)	4(9.76)	8(19.51)
t/ $\chi^2$		t=4.67	—	$\chi^2=0.70$	—	$\chi^2=1.27$
P		0.00	0.60	0.40	0.70	0.25

## 3 讨论

Gilbert等<sup>[2]</sup>将腹股沟直疝基底部和斜疝“真疝囊颈”处的环形切开称为疝环切开的“颈-肩技术”。亦称为头-颈-肩技术,头、颈、肩分别找术中的三个重要步骤,“头”指寻找和游离

疝囊,“颈”指解剖和分离疝环和疝囊颈处,“肩”指精索腹壁化及分离出腹膜前间隙。其核心是确定真疝环和分离出腹膜前间隙。“颈-肩技术”中通过疝囊的“颈”和腹横筋膜的“肩”交界处能够快速、准确地进入腹膜前间隙,同时也指出在疝囊颈与周围腹横筋膜间可能存在着薄

弱,有向外突出的倾向。该技术最初使用于腹膜前修补,后扩展到网塞及普通平片修补,目前国内已有医生对其临床疗效进行报道<sup>[3]</sup>。传统方法在精索腹侧切开一定范围提睾肌以便寻找和分离疝囊,这对提睾肌及精索带来了损伤,遇到肥胖患者脂肪增厚或精索脂肪瘤患者,寻找疝囊的难度将增加,需反复在精索内切开探查,势必加重对精索及提睾肌的创伤,并且增加损伤生殖血管、输精管、髂腹股沟神经及生殖股神经生殖支的风险。在该步骤的处理,“颈-肩技术”有着明显的优点。腹内斜肌及腹横肌于内环口附近移行为提睾肌并包围精索,但在精索根部内侧几乎无提睾肌的包绕,较为薄弱,故在此处切开精索内筋膜可以避免切断提睾肌,减少对精索及提睾肌的创伤,也不会损伤髂腹股沟神经。在精索根部内侧倒“T”形切开是寻找疝囊的捷径,其难度相对于传统方法在精索腹侧切开明显降低。部分疝囊颈由于摩擦而增厚、粘连,传统方法易将粘连处误认为“真疝囊颈”而未进一步向高位游离,从而导致进入腹膜前间隙困难。“颈-肩技术”的切入点为真疝囊颈,故不存在进入腹膜前间隙困难的问题。马利兵等<sup>[4]</sup>认为复发疝由于局部粘连严重,解剖结构不清,利用“颈-肩技术”找到疝囊后打开,以手指引导寻找疝囊颈是较佳的方法。滑疝由于部分脏器构成疝囊,在术中容易误伤,在内环及精索内筋膜处切开能够正确的找到疝囊,避免发生脏器误伤<sup>[3]</sup>。Lichtenstein术中处理完“颈”后,“肩”的处理为对内环口周围腹膜前间隙稍作游离,再对内环口处的腹横筋膜重新缝合修补,缩小精索根部以达到加固该薄弱区域的目的。

成人腹股沟斜疝无张力修补术的术式较多,在选择上主张个体化,不必只推崇于某一种。Lichtenstein术与疝环填充式修补、腹膜前修补相比,疗效及并发症并无差异<sup>[5]</sup>,于华杰等<sup>[6]</sup>认为Lichtenstein术与腹膜前修补相比,其血清肿的发生率更低。与腹腔镜疝修补相比,Lichtenstein术后疼痛评分高,恢复活动时间长<sup>[7-8]</sup>,但由于其学习曲线较短,费用较低,疗效明确,故仍是常用的术式之一,尤其在基层医院。熟悉解剖及掌

握技巧在提高Lichtenstein术的质量中有重要的作用。“颈-肩技术”是寻找疝囊、进入腹膜前间隙的快捷、准确路径,能够使解剖更清晰,减少对精索的损伤。本研究将其应用于Lichtenstein术中,结果显示能够明显缩短手术时间,主要在于能更好的处理疝囊及内环口,而且并不增加术后复发及慢性疼痛的发生率。该技术值得外科医师在腹股沟斜疝无张力修补术中掌握和使用。

#### 参考文献

- [1] 中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组. 成人腹股沟疝、股疝和腹部手术切口疝手术治疗方案(2003年修订稿)[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(14):834-835.
- [2] Gilbert AI, Graham MF. Tension-free hernionplasty using a bilayer prosthesis[A]//Fitzgibbons RJ Jr, Greenburg AG. Nyhus and Condon's hernia[M]. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William&Wilkins, 2001:173-180.
- [3] 孙荣勋, 章勇, 顾超, 等. “颈-肩”技术在188例腹股沟斜疝修补术中的应用体会[J]. 外科理论与实践, 2011, 16(2):181-184.
- [4] 马利兵, 季学闻, 郜沁文, 等. 颈肩技术在改良Kugel腹股沟疝修补术中的作用[J]. 中华疝和腹壁外科杂志:电子版, 2015, 9(1):13-14.
- [5] 周凌阳, 陈伦宽, 陈侃松, 等. 三种不同腹股沟疝手术修补方案的临床有效性及安全性对照探究[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(4):619-622.
- [6] 于华杰, 滕安宝, 查晓光, 等. 3种开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的比较[J]. 安徽医科大学学报, 2014, 49(2):267-270.
- [7] 蔡涛, 刘芳, 何艳. 腹腔镜疝修补与普通平片疝修补临床比较分析[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(12):1727-1729.
- [8] 王卫军, 陈军政, 方钱, 等. 腹腔镜腹股沟疝修补术与Lichtenstein无张力疝修补术的前瞻性随机对照研究[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(8):692-695.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 李东松, 苏树炎, 江庆斌, 等. “颈-肩技术”在腹股沟斜疝Lichtenstein修补术中的临床应用[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(12):1764-1766. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.12.025  
 Cite this article as: LI DS, SU SY, JIANG QB, et al. Clinical effect of “neck-shoulder” technique in Lichtenstein repair of inguinal hernia[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(12):1764-1766. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.12.025