

文章编号:1005-6947(2005)05-0395-02

· 临床报道 ·

疝环充填式无张力疝修补术与传统腹股沟疝修补术疗效比较

刘文

(湖南省耒阳县中医院 普通外科, 湖南 耒阳 421800)

摘要:为比较疝环充填式无张力疝修补术与传统疝修补术的临床疗效,笔者将79例腹股沟斜疝或直疝患者随机分成2组,I组采用无张力疝修补术,II组行传统疝修补术。结果显示I组患者在手术时间、术后疼痛、并发症发生率等均优于II组患者。提示无张力疝修补术较传统疝修补术效果优越,是治疗腹股沟疝的好方法。值得临床推广应用。

关键词:疝,腹股沟/外科学;疝修补术

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

无张力疝修补术是近年来开展的新技术,目前已逐渐成为腹股沟疝修补术的首选方法^[1]。为了比较疝环充填式无张力疝修补术与传统疝修补术的疗效,笔者从2000年8月始随机选择了79例患者分别施行此两种方法,并观察其疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收稿日期:2005-02-04; 修订日期:2005-03-19。

作者简介:刘文(1969-),男,湖南耒阳人,湖南省耒阳县中医院主治医师,主要从事腹外疝、肝胆肠疾病方面的研究。

通讯作者:刘文 电话:0734-4328190(O), 0734-4338697(H), 13107343896(手机); E-mail:LW4338697@hotmail.com。

腹膜后积液等,具有较大的诊断价值。

是否终止妊娠是妊娠合并AP处理的焦点。一般认为妊娠合并轻症胰腺炎,无需终止妊娠,而对于重症者目前仍有争议。蔡文伟等^[4]认为AP作为一种全身性疾病,产生的细胞因子和炎症介质必然通过胎盘影响胎儿的生长发育,当胎儿宫内死亡后又可影响孕妇的预后。因此对于妊娠晚期的SAP患者,如预计胎儿出生后存活的可能性大,则应作好立即终止妊娠的准备。本组2例手术患者及行剖腹产加胰腺被膜切开减压及胰周结肠旁沟引流术后,母亲痊愈,胎儿存活1例。AP在非手术治疗中,必须充分考虑胎儿生长对营养的需求,早期应给予静脉营养支持。对有高脂血症的患者要特殊的代谢支持治疗,如限制热量摄入,减少脂肪乳剂的使用等。非手术治疗过程中,如病情变化,有手术治疗指征时应及时手术治疗,并同时终止

本组79例腹股沟疝患者随机分为疝环充填式无张力疝修补术(I组)和传统疝修补术(II组)。I组39例,其中腹股沟斜疝35例,直疝4例。男37例,女2例;平均年龄65岁,其中合并高血压病5例,慢支并肺气肿3例,糖尿病3例,前列腺增生6例。II组40例,其中腹股沟斜疝37例,直疝3例。男39例,女1例;平均年龄64岁,合并高血压病4例,慢性并肺气肿4例,糖尿病3例,前列腺增生4例。两组临床资料具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 修补材料

无张力疝修补术均采用美国巴德公司生产的Mesh-Plug定型产品,包括一个网状伞形疝环填充物(网塞)和一张网状平片补片,材料由聚丙烯单丝编织而成,不可吸收,具有良好抗感染和组织相容性,能迅速与组织粘合固定。

妊娠。对有以下情况者,亦须采用最快、对母体影响最小的方式终止妊娠,以保证母亲的安全:(1)明显的流产或早产征象;(2)胎儿宫内窘迫;(3)已到临产期。

参考文献:

- [1] 秦敏,朱丽萍,周水华,等.上海市1989至1998年妊娠合并外科急腹症死亡病例分析[J].中华妇产科杂志,2000,35(12):712-714.
- [2] 中华医学会外科学分会胰腺组.急性胰腺炎的诊断及分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12):773-775.
- [3] Block P, Kelly TR. Management of all store pancreatitis during pregnancy and the postpartum period[J]. Surg Gynecol obstet, 1989,168(5):426-428.
- [4] 蔡文伟,花天放,许伟江.妊娠合并急性胰腺炎5例报告[J].中国普通外科杂志,2000,9(3):284-286.

1.3 手术方法

I组采用连续性硬膜外阻滞麻醉。手术按黄志强介绍的方法^[2]进行,依据缺损选择大小合适的伞形填充物(网塞)由内环顺组织钳方向置入,将伞填充物用4-0可吸收合成线与疝环间断缝合4~6针,再将网状平片补片置入精索后方,上缘与腹外斜腱膜与联合腱连接处间断缝合3针,下缘与腹股沟韧带间断缝合3针,平片补片尖端与耻骨结节远端1.5cm处腱膜组织结节缝合固定,其尾部开口处放入精索后间断缝合2针,并将尾部放入腹外斜肌腱膜与腹内斜肌间。腹外斜肌腱膜予合成可吸收线连续缝合,最后间断缝合皮肤。对于腹股沟直疝,则在解剖出疝囊后,在疝囊颈远侧适当部位行腹横筋膜的周圈切开,将疝囊送回腹腔,缺损部位置入适当大小伞形填充物(网塞),间断缝合固定6~8针,其他步骤同斜疝无张力修补术。

II组采用连续性硬膜外阻滞麻醉,行Bassini法修补37例,McVay法修补3例。

2 结果

2.1 术后近期效果

I组在手术时间,住院时间和术后下床活动时间均明显短于II组(均 $P < 0.01$)(表1)。

表1 两组术后近期效果比较

组别	平均手术时间 (min)	平均住院时间 (d)	平均下床活动时间 (h)
I	32	5.2	25.0
II	58	9.1	70.0
P值	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 两组术后近期并发症

无张力疝修补术组(I组)术后疼痛5例(12.8%),牵扯感6例(15.4%),低热和尿潴留各4例(10.3%),阴囊水肿1例(2.6%);传统手术组(II组)术后疼痛21例(52.5%),牵扯感22例(55.0%),低热20例(50.0%),尿潴留25例(62.5%),阴囊水肿27例(67.5%),两组间并发症发生率差异均有显著性(均 $P < 0.01$)(表2)。

表2 两组术后近期并发症

组别	例数	术后疼痛	牵扯感	低热	尿潴留	阴囊水肿
I	39	5	6	4	4	1
II	40	21	22	20	25	27
P值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

腹股沟疝是外科常见病、多发病。在传统疝修补术中,疝囊高位结扎,其作用是封闭局部通道,但局部张力由于结扎原因更加增强,有时可形成一潜在尖端向前突出的盲袋,在腹内压增大等诱因的作用下,有撕裂及复发的可能。传统方法还将联合腱与腹股沟韧带用粗丝线强行拉拢缝合,以达到闭合内环,以加强后壁作用。虽加强了后壁,但却只能使疝囊不从腹股沟管突向阴囊,而不能防止复发的疝囊被扩大且未经修补的内环突出腹股沟管可导致临床复发^[3]。并且用粗丝线把不同解剖层次的肌性组织和韧带强行拉拢缝合,除造成张力缝合外,且强行缝合的组织不能紧密结合,相反部分未完全萎缩,形成无抗张力的疤痕组织撕裂分离^[4]。

与传统疝修补术相比,疝环充填式无张力疝修补术是以腹股沟区解剖为基础,用人工材料来加强腹股沟管后壁。包括一个网状伞形填充物和一个已成型适合于加强腹股沟管后壁的平片补片。制造伞状填充物的材料每平方米可承受250磅张力的强度;同时其伞形外观,放在腹股沟管的缺损区可有效分散腹腔压力,这样起到加强腹股沟管作用,该材料由聚丙烯单丝织成,是不吸收的,与人体组织有良好的相容性,补片内空隙中性粒细胞在外片空隙可自由出入,所以是一定的抗感染能力^[5]。无张力疝修补术的优点是:手术操作简便、迅速、安全,且修补无张力,住院时间短,术后并发症及复发率低,并能较快恢复日常生活和工作,优于传统疝修补术,是值得推广的一种现代疝修补术。

参考文献:

- [1] 吴肇汉. 无张力疝修补术 - 疝修补术手术新趋势[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(2): 1.
- [2] 腹部外科学[M]. 长沙: 湖南科技出版社, 2001, 89 - 90.
- [3] Shulman AG. The "plug" repair of 402 recurrent inguinal hernia [J]. Arch surg, 1990, 125(2): 265 - 267.
- [4] 蒋志阳, 陶国清, 黄燮民. 疝环充填式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝21例报告[J]. 中国现代手术学杂志, 2004, 8(5): 286 - 287.
- [5] 高之阳, 高瞰非, 任作航. 疝环充填式无张力疝修补术[J]. 腹部外科, 1999, 12(6): 249 - 250.