

疝囊顶入路腹股沟区腹水疝腹膜前无张力修补术的临床应用

殷俊杰 贾 忠 刘国琼

摘 要 **目的** 探讨疝囊顶入路对腹股沟区腹水疝腹膜前无张力修补术的临床应用价值。**方法** 对 2010 年 1 月 ~ 2013 年 11 月收治的 7 例腹股沟区腹水疝的病例应用疝囊顶入路腹膜前无张力修补术进行腹膜前疝无张力修补。术中放置腹腔引流管和切口下负压吸引装置。**结果** 所有病例术中及术后腹腔积液均得以有效控制,手术全部顺利完成,平均手术时间 60min,术后无明显并发症发生,包括阴囊血肿、疝复发、修补区膨出、严重疼痛等。**结论** 疝囊顶入路腹膜前疝无张力修补术由于保持了腹横筋膜的完整性,所以能有效的治疗腹股沟区腹水疝,是治疗腹股沟区腹水疝的一种新的可靠选择。

关键词 疝囊顶入路 腹水疝 腹膜前无张力修补

[中图分类号] R656 [文献标识码] A

Clinical Application of Preperitoneal Approach Inguinal Hernia Repair by Hernia Sac Top Pathway for the Patient with Ascites. Yin Jun-jie, Jia Zhong, Liu Guoqiong. The First People's Hospital of Hangzhou Associated Nanjing Medical University, Zhejiang 310006, China

Abstract **Objective** To describe and investigate the clinical experience of preperitoneal approach repair for inguinal hernia combined with ascites by hernia sac top pathway. **Methods** The clinical dates of the patients with inguinal hernia combined with ascites (7 cases) from Jan 2010 to Nov 2013 in First People's Hospital of Hangzhou were collected. All patients underwent preperitoneal approach inguinal hernia repair by HST pathway successfully. Abdominal drainage tube was put in the pelvic cavity in the operation. And negative pressure suction device was put under subcutaneous postoperative. **Results** The abdominal ascites of the patients were under control in the operation and postoperative effectively. All operations by HST pathway completed successfully. No any serious complications including scrotum hematoma, hernia re-emerge, chronic pain etc. were found. The average operative time was about 60 min. All patients feel satisfied and comfortable. **Conclusion** Preperitoneal approach repair for inguinal hernia combined with ascites by hernia sac top pathway is a reliable and safe new way, because it keeps the integrity of the transverse fascia. We suggest HST pathway is a good choice of inguinal hernia repair for the patients combined with ascites.

Key words Hernia sac top pathway; Inguinal hernia combined with ascites; Preperitoneal approach repair

腹股沟区腹水疝患者的手术治疗非常棘手,国内外文献报道较少。以往多数学者认为,腹股沟区腹水疝一部分是由于肝硬化引起,一部分是由于肿瘤引起,还有一部分原因不明。由于腹水疝术后持续高腹压不仅使疝易复发和修补区域膨出,而且易造成腹腔积液切口渗出,处理均较困难。以往笔者采取围术期控制腹腔积液的方法来保证手术的安全性和手术的成功率^[1]。近 2 ~ 3 年来笔者术前不再放置腹膜透析管来控制腹腔积液的压力,而是选择疝囊顶新入路腹膜前疝无张力修补术,这一技术保证了腹横筋膜结构的完整,使得腹横筋膜抵抗高腹压的能力明显增强,同时采取术中放置腹腔引流管和切口下的负压吸引

装置来达到陈杰等^[2]提出的主动减容的目的。现将初步的治疗经验总结报道如下。

资料与方法

1. 一般资料:本组患者来自杭州市第一人民医院普外科 2010 年 1 月 ~ 2013 年 11 月间的住院患者,均为腹股沟区腹水疝行疝囊顶入路腹膜前疝无张力修补术,共 7 例,均为男性,患者年龄 43 ~ 86 岁,平均年龄 62 岁。其中肝炎后肝硬化 3 例(42.93%),血吸虫病性肝硬化 1 例(14.2%),酒精性肝硬化 1 例(14.2%),肿瘤合并腹腔积液 1 例(14.2%),不明原因腹腔积液 1 例(14.2%)。4 例为中量腹腔积液,2 例为中到大量腹腔积液,1 例为大量腹腔积液。7 例患者均为腹股沟斜疝,其中 6 例为择期手术,1 例为嵌顿疝急诊手术。疝内容物大部分为小肠和腹腔积液,最大的疝囊为 15cm × 10cm。

2. 方法

(1) 术前治疗:①护肝,用护肝药物保护肝功能;②利尿,保护肾功能和减少腹腔积液量;③纠正凝血功能障碍;④防治

作者单位:310006 南京医科大学附属杭州市第一人民医院

通讯作者:贾忠,电子信箱:jiazhong20058@hotmail.com

感染,预防应用抗生素;⑤纠正电解质紊乱和酸碱失衡;⑥纠正低蛋白血症。

(2)术中治疗:患者取平卧位,全身麻醉成功后,取右下腹斜切口,长约4cm,依次切开皮肤、皮下脂肪,腹外斜肌腱膜向两侧游离,可见疝囊(图1),打开提睾肌,于疝囊中部打开疝外被盖(腹横筋膜外层)(图2),打开疝囊,若无坏死将内容物还纳入腹腔。于患者右下腹做一小切口,打孔,将1根腹引管置于盆腔底部并加以固定。钝锐结合将远端疝囊完全剥离直至腹横筋膜深层的裂隙孔,裂隙孔大小约2~3cm,缝合关闭打开的疝囊口,紧贴腹横筋膜裂隙孔,游离腹膜前间隙,将寻得的疝囊顶部与补片下片的中心点固定(图3),用卵圆钳夹住牵引带,将补片下片连同疝囊从腹横筋膜裂隙孔伸入腹膜前间隙并充分展平(图4),采用传统方法放置。用2-0可吸收长线连续缝合腹横筋膜裂隙口,在关闭腹横筋膜过程中顺势将牵引带缝合固定于腹横筋膜裂隙口上以增加腹横筋膜裂隙口关闭的牢固性,并贴近腹横筋膜剪去多余的牵引带。在精索稍作游离,将补片上片置于精索和联合腱的后方。缝合腹外斜肌腱膜(图5),将负压吸引装置的引流管置于腹外斜肌腱膜下方,从切口下端打孔引出,依次缝合伤口后结束手术。

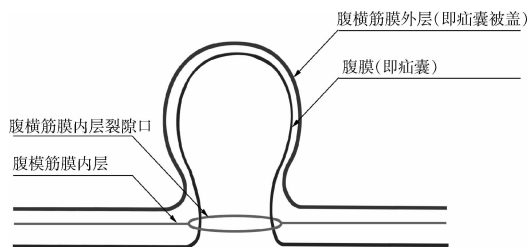


图1 腹股沟疝的解剖结构

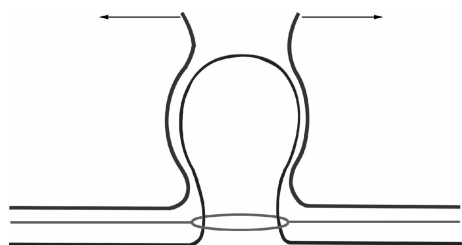


图2 打开疝外被盖(腹横筋膜外层)

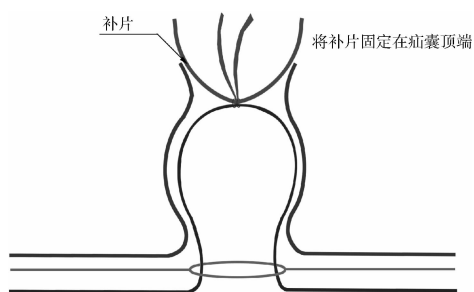


图3 将疝囊顶部与平片中心点用可吸收缝线固定一针



图4 将轻质补片连同疝囊通过腹横筋膜裂隙口塞入腹膜前间隙并展平



图5 连续缝合腹横筋膜裂隙口,缝合过程中剪去多余的牵引带,并将牵引带残端缝合固定于腹横筋膜裂隙口

(3)术后治疗:继续手术前的护肝药物治疗,密切监测肝肾功能的变化,加强全身支持治疗。抗生素预防感染1周左右,加强护理。术后2~3周拆线。保持大便畅通,每日口服缓泻。每日监测腹腔引流管和切口下的负压吸引装置的引流量。一般术后3~5天,当切口下负压吸引装置引流量小于10ml/d时,即可拔除。而腹腔引流管则需在术后10~14天以后,同时保证切口充分愈合的前提下予以拔除。

结 果

本组7例腹股沟区腹水症患者行疝囊顶入路腹膜前疝无张力修补术均获成功,手术切口均为I期愈合。术后无明显并发症发生,包括阴囊血肿、疝复发、修补区膨出、严重疼痛等。术后随访时间1个月~3年,无复发病例。

讨 论

以往腹股沟区腹水疝术后容易导致切口渗血渗液,疝复发,修补区域易膨出等,处理非常困难。在大量腹腔积液形成腹外疝时,冒险手术不仅可能失败,针对肝硬化患者由于大量的腹腔积液释放还可能诱发肝昏迷导致不良后果^[3]。以往采取术前放置腹膜透析管的方法来主动控制腹腔压力,但近年来,笔者采用疝囊顶入路的腹膜前疝无张力修补术在术中进行腹腔减压,手术结束前切口下放置负压吸引装置,同样能达到主动控制腹腔压力的目的,而且由于疝囊顶入路充分保证了腹横筋膜的完整性,使得修补区域较以往的方法更为牢靠。

腹股沟疝修补术从经典的Bassini术式,到近年的Shouldice术式,但均为有张力的腹股沟疝修补方法。近年来腹膜前疝无张力修补已被广泛接受和推广,但对腹水疝的腹膜前无张力修补文献报道较少^[4]。有文献报道在腹腔镜TEP技术中可以发现腹膜前环这一结构,但并未引起足够的重视^[5]。笔者在开放性疝修补术中同样发现了此结构,通过采用疝

囊顶入路腹膜前无张力修补术不仅能保持腹横筋膜深层的完整性,而且能使疝的修补更符合解剖和无张力的理念,术后患者恢复良好,无任何不适感。

由于远端的疝囊从疝外被盖(腹横筋膜浅层)下方脱出,从而避免了术后的阴囊血肿,并减少了疝复发概率。对腹腔镜技术治疗腹水疝而言,需要通过护肝、利尿等方法使腹腔积液达到少量甚至没有的情况下才可进行。但由于只能采取全身麻醉,对肝功能往往有不利的影响,不宜作为肝硬化腹水疝的最佳选择。而对顽固性腹水疝,腹腔镜修补术难以成功实施。与以往的开放性腹膜前疝无张力修补术相比,疝囊顶入路由于对腹股沟区腹膜前空间的解剖路径显得更为快捷,手术时间得以明显缩短,并且对组织的损伤较小,不会导致髂腹下神经、髂腹股沟神经和生殖股神经深支的损伤,从而避免了慢性疼痛的发生,而以往文献报道术后慢性疼痛发生的概率达到2%~5%^[6]。本组7例患者中6例术后随访时间达到半年以上,均未发现有疼痛不适的感觉。以往手术区域血肿的发生概率也不少见,但本研究术式由于解剖操作较少,本组患者术后没有发生血肿,患者的舒适度也得以提高^[7]。术后1天即可下床活动,没有明显不适。术后平均住院天数为1周,达到了以往手术同样的治疗效果。

对上述患者,手术指征和手术时机的把握也非常关键。肝硬化合并严重腹腔积液的患者,应先内科处理,参照肝功能分级,肝功能A及B级的患者可及时手术。对C级患者术前应行积极的护肝和利尿等综合治疗以减少腹腔积液的生成,并纠正凝血功能障碍^[8]。对不能纠正者,如果腹腔积液严重影响了患者的生活质量,如难以站立行走、反复嵌顿等,此时患者有强烈手术要求,也可酌情考虑手术,若术者经验不足需慎行,除非发生嵌顿难以还纳并怀疑疝内容物发生绞窄时,需积极术前准备后行急诊手术^[9]。

由于肝硬化腹腔积液和癌性腹腔积液患者的免疫力下降,腹腔积液容易发生自发性感染,大多为肠

道细菌移位引起,需围术期预防性应用有效抗生素,必要时根据腹腔积液细菌培养和药物敏感试验选择和调整更为有效的抗生素。如果患者同时合并有腹股沟疝和腹壁疝,如脐疝、白线疝等,不宜一次完成手术,应分期进行修补,以减少对肝功能的损坏和腹腔间室综合征的发生率,从而减少病死率,提高手术的安全性。当合并有其他重要脏器功能损害的明确手术禁忌证时,除非腹水疝危及患者的生命,否则不宜手术。此外,建议此类患者的术后2~3周拆线,以保证切口的充分愈合。

总之,疝囊顶入路应该是一种崭新的入路,国内外均未见报道,该入路有科学的解剖基础作为依托,符合人的解剖生理,更有利于保护腹横筋膜和腹膜前环的结构完整性。此外,该方法简单易学,修补结果可靠可信,患者舒适度良好,对腹水疝同样适用。笔者将积累更多的资料,总结相关经验,继续予以报道。

参考文献

- 1 贾忠,贺冠海. 肝硬化顽固性腹腔积液患者合并腹股沟疝的外科治疗[J]. 医学研究杂志,2005,34(12):23-24,51
- 2 陈杰,刘素君. 脐疝合并腹水的疝修补手术治疗[J]. 中华普通外科杂志,2009,24(11):878-881
- 3 胡青,马颖. 肝硬化患者合并腹外疝围手术期治疗[J]. 中华医学杂志,2001,81(6):371-372
- 4 郑启昌. 循证医学与腹股沟疝无张力修补术的规范化[J]. 临床外科杂志,2013,21(6):425-427
- 5 Cavazzola LT, Rosen MJ. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair[J]. Surg Clin North Am,2013,93(5):69-79
- 6 Berger D. Diagnostics and therapy of chronic pain following hernia operation[J]. Chirurg,2014,85(2):117-120
- 7 Hassan AM,Salama AF. Outcome of sublay mesh repair in non-complicated umbilical hernia with liver cirrhosis and ascites[J]. Int J Surg,2014,12(2):181-185
- 8 汤佳音,罗蒙. 腹股沟疝合并肝硬化的治疗分析:附30例报告[J]. 中国普通外科杂志,2011,20(7):753-755
- 9 Odom SR, Gupta A. Emergency hernia repair in cirrhotic patients with ascites[J]. J Trauma Acute Care Surg,2013,75(3):404-409

(收稿日期:2014-03-19)

(修回日期:2014-04-02)

欢迎订阅

欢迎赐稿