

腹腔镜腹股沟疝修补首百例回顾

王 正,李文君,尹卫民*

(南京医科大学鼓楼临床医学院普外科,江苏 南京 210008)

[摘要] 目的:总结最初开展腹腔镜疝修补的临床治疗经验。方法:回顾性分析 109 例行腹腔镜腹股沟疝修补患者的临床资料和诊疗过程。结果:109 例手术患者共进行 156 侧疝修补,术后并发症 36 例次,前 3 位依次为血肿/血清肿、阴囊水肿和慢性疼痛。有 2 例患者术后住院期间行二次开放无张力疝修补手术。结论:熟悉和掌握腹股沟区腹膜前间隙及周围解剖结构,充分理解手术原理是减少或避免术前漏诊误诊,术后正确处理并发症的关键。

[关键词] 腹股沟疝;无张力疝修补;腹腔镜疝修补

[中图分类号] R656.2

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2015)01-108-02

doi: 10.7655/NYDXBNS20150128

在老年化的社会中,腹股沟疝发病率逐年上升,而外科手术是唯一的治愈方法。传统的疝修补是将腹壁薄弱部位周围的肌肉或肌腱拉合以覆盖缺损处,术后患者疼痛感较强,复发率较高。无张力修补术自 1997 年引入我国,由于其恢复快、术后疼痛感轻、复发率低,已成为主流术式^[1]。近年来腹腔镜疝修补更以其独特的优势,逐渐被大众所接受。本文回顾分析自 2013 年 3 月 1 日本院开始开展腹腔镜腹股沟疝修补术(LIHR)至 2014 年 3 月 31 日收治的百余例患者的资料,分析总结手术经验及对术后并发症的认识。

1 资料与方法

1.1 资料

由同一手术团队完成 LIHR 的 109 例患者,其中共有 156 例次的疝修补,包括术中发现的隐匿性疝 31 例。平均年龄 60.76(23~89)岁,随访时间为 1 个月~1 年。

1.2 方法

患者行气管插管全身麻醉满意后,取平卧位,常规消毒铺巾后,先从脐上缘置入 10 mm Trocar,建立人工气腹,气腹压为 12 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa);再于双侧腹直肌外侧缘脐水平分别置入 5 mm Trocar。进入腹腔后,仔细辨认内环口,辨别疝的类别,探查有无合并直疝、股疝并探查对侧有无隐

匿性疝。先从患侧髂前上棘处至脐内侧韧带弧形切开内环口上方腹膜,并向下剥离腹膜,尽量剥离疝囊,剥离困难时可行离断,远端旷置;分离输精管、精索、腹壁下血管、Cooper 韧带、髂血管等,辨认危险三角、疼痛三角,以免损伤重要组织,要做到精索的“腹壁化”^[2];放入 Aspide 3D 三维立体补片,一般为 15 cm × 11 cm 聚丙烯补片,覆盖内环口及直疝三角,微乔线缝合腹膜。

2 结果

本组全部病例均未改用其他入路手术,单侧腹股沟疝手术时间为 50~90 min,双侧为 70~120 min,术后住院时间平均为 3 d。术后并发症有血肿/血清肿 12 例(11.0%),阴囊水肿 8 例(7.3%),慢性疼痛(持续 1 个月以上的疼痛)8 例(7.3%),附睾炎/睾丸鞘膜积液 4 例(3.7%),异物感 3 例(2.8%),射精痛 1 例(0.9%)。诊疗过程中有 2 例术后住院期间行二次手术,2 例伴精索囊肿行精索囊肿剥离术,1 例假性复发后再手术;其余患者随访期间均正常。

术后各并发症在不同的季度的发生情况见表 1,见血肿/血清肿、术后慢性疼痛、附睾炎等并发症都随着时间的推移而不断降低。但阴囊水肿呈不规则变化,可能与该时段相对病例数较少,病例选择放宽,有阴囊的疝也进行了腹腔镜手术,存在数据的偶然性。

3 讨论

经腹腔腹膜前(transabdominal preperitoneal, TAPP)及完全腹膜外(totally extraperitoneal, TEP)疝

[基金项目] 江苏省“六大人才高峰”资助(2011-WS-091)

*通信作者(Corresponding author),E-mail:good.yin@gmail.com

表 1 TAPP 的术后并发症统计

(n)

术后并发症	2013 年第二季度	2013 年第三季度	2013 年第四季度	2014 年第一季度	总发生率(%)
水肿/血清肿	4	1	4	3	12(11.0)
阴囊水肿	1	0	0	7	8(7.3)
慢性疼痛	4	0	3	1	8(7.3)
附睾炎/睾丸鞘膜积液	3	0	0	1	4(3.7)
异物感	2	0	0	1	3(2.8)
射精痛	0	0	0	1	1(0.9)

修补术是目前最主流的两种 LIHR, 其恢复正常活动的时间短于开放性腹股沟疝修补术治疗的患者^[3]。不同的是, TAPP 经过腹腔, 破坏了原有腹膜结构的完整性, 但直观、可视度好, 解剖结构清晰, 能同时发现对侧隐匿性疝, 在严格掌握指征的情况下可以合并腹腔内其他手术同时进行; TEP 无需进入腹腔, 在腹膜外剥离疝囊, 同时行腹壁薄弱区的修补, 无需缝合腹膜, 杜绝了术后肠粘连的发生, 但手术难度相对较高, 需要熟练掌握腹腔镜下腹股沟区解剖, 对于早期行腹腔镜疝修补的术者要求较高。本院开展的 LIHR, 早期以 TAPP 为主, 符合学习曲线的规律。回顾性分析这 109 例患者住院期间的诊疗过程, 有几点经验总结如下。

腹股沟疝术后常见的并发症之一是术区血清肿^[4-5], 有文献报道高达 93.4%^[6]。由于 TAPP 行疝修补时, 首先要游离腹股沟区腹膜暴露腹膜前间隙以置入补片、加强腹壁封闭缺损, 而原疝囊膨出部位未给予特殊处理, 长期膨出造成的局部组织强度较周边低, 术后组织渗液和渗血通过补片网孔, 随腹压流入原疝囊部位, 临床上可造成与未修补几乎一样的“疝”的假象, 通常 1~2 周可自行吸收。而刚开展腹腔镜疝修补的术者, 常因经验不足导致恐慌而匆匆再手术。本组 2 例住院期间二次手术患者均为术后第 1 天下床时, 原发部位包块膨出, 可回纳, 回纳后按内环口未见膨出, 嘱其咳嗽有冲击感。当时即考虑为未补好而再手术, 术中打开原先离断的疝囊远端, 见澄清透明积液流出, 原补片在位, 未见明显移位及皱折。如能静心思考再结合腹股沟区 B 超检查, 即可避免不必要的再手术。

精索囊肿和精索脂肪瘤均为腹股沟疝患者常见的合并症。精索囊肿新生小儿发生率较高, 成人发病率较低, 目前尚无具体统计数据, 精索囊肿合并同侧腹股沟斜疝或腹股沟斜疝合并同侧精索囊肿则更为少见^[7], 腹股沟疝患者术前如发现疝囊无法完全回纳, 应常规行 B 超检查, 可在术前明确诊断, 选择合理的手术方式。本组 2 例精索囊肿患者, 疝修补后可见原疝囊部位较原先明显缩小, 但无法

完全恢复如对侧, 即予 B 超检查, 诊为精索囊肿, 再予开放囊肿剥离术。

精索脂肪瘤是腹股沟疝常见合并症, 可引起疝的发生^[8], 如手术中未妥善处理可连同腹膜后脂肪下移引起疝的假性复发。因此, 术中分离疝囊时, 如发现存在精索脂肪瘤, 需切除干净。本组 1 例假性复发患者, 初次手术出院时局部膨出, 当初考虑水肿可能, 其后局部肿块增大并下坠进入阴囊, 不可还纳。再手术证实为腹股沟管内的精索脂肪瘤。

术中对侧隐匿性疝的发现, 是 TAPP 相对于 TEP 的优势。Paajanen 等^[9]对疝环直径超过 1 cm 的疝选择修补, 而 Thumbé 等^[10]通过对 21 例对侧 TAPP 修补后的隐匿性腹股沟疝病例的追踪观察发现, 在 12 个月内有 28.6% 出现症状或症状加重而需要进行修补。本组中有 31 例患者术中发现对侧腹股沟区隐匿性疝, 同时给予对侧疝修补, 降低了二次住院及手术的风险, 减少国民医疗服务的成本, 同样也减少手术带来的创伤和打击。

关于补片的固定, 为减少因补片移位导致复发可能, 国内外多家采用将补片钉合固定在修补区域, 但出现术后疼痛等并发症, 还明显增加费用。目前, 已有越来越多不做补片固定的报道^[11], 在避免了固定问题的同时, 同样可以有不错的效果。本组病例多数没有固定补片, 没有近期复发, 而慢性疼痛者多与采取固定有关。本文认为, 按照规范操作大多数是不用固定的, 而术后疼痛及舒适度均好于固定。由于本院刚开展 LIHR, 因此, 对双侧直疝或单侧疝直径 > 3 cm 者采取将补片固定于耻骨的方法, 其他部位不予固定, 取得了不错的效果。

这是本院刚开始 LIHR 手术时遇到的问题, 多属于前进过程中的问题, 在百例以后, 已经明显感觉到手术并发症的减少及术后效果的提高。在此总结出来分享给大家, 希望能帮助初学者少走弯路, 尽早走过学习曲线阶段。

[参考文献]

[1] 陈 双, 杨 斌. 解读欧洲疝学会的《成人腹股沟疝治

(下转第 124 页)