

Kugel 补片开放式腹膜前修补腹股沟疝的临床应用

张 波 谭卫林 韩 璐 江 勇 许 奎

(上海建工医院外科 华东地区基层医院疝与腹壁外科疾病治疗和培训基地, 上海 200083)

中图分类号: R656.2⁺1

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2008)05-0474-01

应用 Kugel 补片开放式腹膜前修补腹股沟疝无需过多解剖周围组织, 补片就可以直接置入腹膜前间隙内, 通常不会伤及神经和血管, 手术创伤小, 术后恢复快, 并发症少^[1]。我院 2004 年 5 月~2006 年 1 月应用 Kugel 补片修补腹股沟疝 38 例, 随访效果良好, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 38 例(52 侧), 均为男性, 年龄 68~87 岁, 平均 73.5 岁。病程 2 个月~23 年, 平均 4 年。单侧疝 24 例, 双侧疝 14 例。斜疝 36 侧, 直疝 4 侧, 骑跨疝 12 侧。疝内容物均可回纳。按中华外科学会疝与腹壁外科学组的分型^[2]: II 型 12 侧, III 型 40 侧。合并慢性支气管炎肺气肿 16 例, 前列腺增生症 18 例, 慢性便秘 12 例, 心肺功能不全 19 例。病例选择标准: 除股疝及复发疝以外的腹股沟疝。

1.2 方法

选用美国巴德公司生产的 8 cm×12 cm Kugel 补片, 补片为双层单丝聚丙烯编织网片, 外缘结合带的单丝弹力条(记忆弹簧圈)及外周裙带的放射状豁口有利于补片的展开和覆盖一些不规则的结构(如髂血管等)。硬膜外麻醉后, 做腹股沟切口约 3 cm, 切开腹外斜肌腱膜。斜疝: 在内环处切开部分提睾肌游离疝囊, 疝囊较大的在颈部横断, 远段旷置, 近段分离结扎后, 切开部分腹横筋膜(见到腹膜前脂肪), 利用湿纱布钝性分离形成足够的腹膜前修补间隙, 内侧到耻骨联合后方, 向下过耻骨梳韧带, 向后到髂血管, 向外过内环将精索“腹壁化”约 2 cm。直疝: 环形切开腹横筋膜并高位游离疝囊, 腹膜前间隙的创建方法同斜疝。补片放置必须平整, 与腹股沟韧带平行, 向下超过耻骨梳韧带, 与耻骨结节重叠, 补片与腹横筋膜缝合 3~4 针。

2 结果

手术时间 35~90 min, 平均 55 min。术后 6 h 均下床活动。2 例因手术当日晚疼痛明显, 肌内注射布桂嗪 50 mg, 第 2 天疼痛缓解, 20 例术后有局部轻微胀痛, 未用止痛剂, 3 d 后缓解。无阴囊血肿、感染等, 切口一期愈合。术后住院 3~8 d, 平均 4 d。38 例随访 12~55 个月, 平均 32 个月。无慢性疼痛、异物感等。1 例腹股沟斜疝术后 20 天原切口下方出现 2 cm×2.5 cm 可复性肿块, 手术证实为直疝, 行无张力疝修补(Lichtenstein), 随访 23 个月无复发。

3 讨论

1994 年美国的 Kugel 总结 Nyhus 腹膜前途径腹股沟疝修补术的理念、双层疝装置腹股沟疝修补术(Gilbert 术)的免缝合(指无需封闭疝缺损或无需缝合假体, 而是借助腹内压及组织静压使假体得以固定)、腹腔镜腹股沟疝修补术的

微创等优点, 设计出一种内存有弹力环和定位袋的独特补片^[3]。此补片应用微创非腹腔镜腹膜前修补新技术^[4]放置到腹横筋膜深面的腹膜前间隙内封闭整个耻骨肌孔, 对疝环有覆盖式修补作用, 从根本上解除疝复发的根源, 同时也杜绝这一区域其他类型疝的发生。Kugel 补片出现后, 促使“微创”、“无张力”、“免缝合”等观念得到进一步推广, 也使腹膜前途径的腹股沟疝修补术进一步完善^[3]。Kugel^[4]指出, 对腹股沟区正确解剖分离, 辨清结构是手术的关键, 如果网片放置不当则术后复发率会极高。因此, 手术注意事项: ①熟悉耻骨肌孔解剖结构, 认识到它是一个下腹前壁与骨盆相连的卵圆形裂孔, 下壁是耻骨梳韧带, 上壁是腹内斜肌和腹横肌边缘, 内侧是腹直肌边缘, 外侧是髂腰肌, 前方又被腹股沟韧带分为上下两区, 上区有精索、内环、海氏三角, 下区有股血管通过。②腹膜前修补间隙的建立: 熟悉耻骨梳韧带、髂血管、腹壁下血管、输精管、精索血管等结构及其相邻解剖关系。疝囊的高位分离必须超过精索血管和输精管的交汇处, 修补间隙必须在腹横筋膜与腹膜之间。③补片放置: 补片放置在腹壁下血管的深面, 并且注意遮盖髂外血管的区域, 但是要避免损伤髂血管、腹壁下血管等。

术后常见并发症和预防: ①血清肿: 它的发生与过度的组织分离、建立腹膜前间隙不够准确、聚丙烯对脂肪组织的刺激等因素有关。②神经痛: 与神经遭到结扎、压迫等有关, 固定补片时必须仔细辨认髂腹壁下神经、髂腹股沟神经。③复发: 本组 1 例早期(术后 20 d)复发患者再次手术时发现为直疝, 分析原因是术中只满足于斜疝的处理, 而疏忽对直疝区的探索。④术后感染: 鼓励病人早期活动利用腹内压推挤腹膜, 减少腹膜前间隙积液。文献报道, 此类手术只要严格无菌操作, 止血彻底, 无需使用抗生素^[5]。但我们认为老年患者大多有合并症, 建议预防性使用抗生素 2~3 d。

参考文献

- 1 张 波, 江 勇, 谭卫林. Kugel 手术修补腹股沟疝的临床应用(附 15 例报告). 中国微创外科杂志, 2005, 5(9): 730-732.
- 2 中华外科学会疝与腹壁外科学组. 腹股沟疝、股疝和腹壁切口疝手术治疗方案(草案). 中国实用外科杂志, 2001, 21(10): 彩色插图.
- 3 马颂章, 主译. 疝外科学. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 212-213.
- 4 Kugel RD. Minimally invasive, nonlaparoscopic, preperitoneal, and sutureless, inguinal herniorrhaphy. Am J Surg, 1999, 178(4): 298-302.
- 5 黎洁良. 外科感染防治——合理应用抗菌素药物. 中华普通外科杂志, 2001, 16(9): 248.

(收稿日期: 2007-10-10)

(修回日期: 2007-12-10)

(责任编辑: 王惠群)