

# 腹腔镜腹股沟疝修补术部分缝合固定网片法 165 例

陈 斌<sup>①</sup>

(湖北省潜江市江汉油田总医院普外科, 潜江 433121)

中图分类号: R656.2<sup>+</sup>1

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2009)08-0759-02

2000 年 9 月~2007 年 7 月, 我院开展腹腔镜经腹腔腹膜前腹股沟疝修补 165 例(186 侧), 网片固定采用缝合为主的方法, 取得比较满意的效果, 报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 165 例, 全部为平诊病例。男 157 例, 女 8 例。年龄 25~80 岁, 中位年龄 61 岁。腹股沟斜疝单侧 133 例, 双侧 14 例, 其中突入阴囊 110 例; 腹股沟直疝单侧 11 例, 双侧 7 例。复发疝 13 例, 为腹股沟疝修补后复发。合并慢性支气管炎 12 例, 便秘 5 例。有糖尿病史 4 例, 高血压病史 15 例, 前列腺增生 36 例。

病例选择标准: 择期手术, 包括腹股沟直疝、斜疝和复发腹股沟疝。

### 1.2 方法

30 例慢性支气管炎、心肺功能不良、肥胖患者选择气管插管全麻, 其余采用连续硬膜外麻醉。术前留置尿管, 取头低脚高位, 将患侧抬高 30°。术者一般位于患者健侧。于脐部置入腹腔镜, 两侧 trocar 分别置于脐与髂嵴连线中点处。进腹后腹腔镜下清晰可见内环口和疝囊。在疝环口处离断疝囊, 将疝囊远端留在原位。直疝疝囊直接从疝囊底部切开。从疝环边缘腹膜前向周围作潜行分离, 显露腹壁下血管、耻骨结节、腹直肌、联合腱、精索血管、输精管、Cooper 韧带、髂耻束等结构。选用强生公司聚丙烯网片, 将其裁剪成约 10 cm×8 cm 大小, 送入腹腔, 展平后覆盖在腹膜前腹横筋膜的缺损处, 先用 2-0 不吸收线或 7 号丝线将网片上面两角缝合到腹直肌和联合腱的背面, 再将网片的外下角缝合固定在髂耻束上, 再用疝钉器将网片内下角固定在耻骨结节上, 然后将网片的每边缝合固定 1~2 针, 最后将腹

膜缝合。

## 2 结果

165 例手术均获得成功。镜下见内环口直径 1.5~3.0 cm。手术时间 72~127 min, 平均 91 min。1 例分离精索时出血 50 ml, 余 164 例出血 <5 ml。术后阴囊积液 5 例, 术后 5 天开始用注射器穿刺抽吸, 每周抽吸 1 次, 1 例抽吸 1 次后治愈, 2 例抽吸 3 次治愈, 2 例抽吸 5 次治愈。无阴囊血肿、顽固性神经痛等并发症。术后均未使用止痛剂, 术后 1 天下床活动, 3~7 天出院, 术后平均住院 5 天。术后低热 9 例, 体温 <38.5℃, 术后 3 天恢复正常。130 例(78.8%) 随访 3 个月~6 年, 其中 86 例 >1 年。1 例术后 5 个月复发, 经再次开放手术证实为网片向外侧移动所致, 内侧的腹直肌背面和耻骨结节两个点完全滑脱。

## 3 讨论

腹腔镜疝修补是一种微创的无张力疝修补手术, 国外已有大宗病例的报道<sup>[1]</sup>, 但目前国内开展还不够广泛, 其主要原因可能与手术的费用相对较高和手术技术有关。

### 3.1 腹股沟疝内环口周围的游离

腹股沟疝内环口周围的游离对网片的固定起着至关重要的作用, 解剖疝内环口周围的结构应注意的是: ①内环口周围游离的范围应足够大, 内侧应该到达脐内侧皱襞, 外侧以及上、下面应达到离疝口 3 cm 左右, 这样游离的范围通常约 8 cm×8 cm。②应显露腹直肌、联合腱背面、耻骨结节、Cooper 韧带、精索血管、输精管、髂耻束等结构; ③尽量清除腹膜外脂肪, 以便于缝合固定网片。腹膜外脂肪多时, 缝合时容易缝合到脂肪上, 网片固定就不牢固, 可能导致网片滑动, 引起术后复发。 (下转第 765 页)

① 现在工作单位: 广东省茂名市人民医院普外二科, 茂名 525000

(上接第 759 页)

### 3.2 网片的固定

国内外普遍采用的固定方式是用疝钉器将网片固定在疝孔周围的结构上,采用的疝钉器主要有钉书针式、船锚式和图钉式。使用疝钉器的主要优点是方便、快捷,但其主要缺点是价格高,不利于腹腔镜疝修补的推广应用。本组采用缝合法为主,疝钉器为辅的方法固定网片,仅在耻骨结节处应用疝钉器固定,其余部位均为缝合固定。因耻骨结节处质地较硬,进针的角度不好掌握,故在该点使用疝钉器将网片固定,其余位置均可以用缝合方法来固定网片,这样,既减少了疝钉器使用,降低手术的费用,又可减少疝钉器钉到血管引起出血的几率。缝合时,一定要将网片缝合固定在可靠的组织上。上缘两角应缝合到腹直肌后鞘和联合腱的背面,内下角应将网片固定在耻骨结节处,网片的外下角缝合固定在髂耻束上。Cooper 韧带、髂耻束、联合腱、腹直肌背面、耻骨结节共同构成一个坚强的支架,网片只有固定在这个支架上,才能保证手术的成功<sup>[2]</sup>。

### 3.3 腹腔镜疝修补中缝合法固定网片的疗效

腹腔镜疝修补术由于没有常规手术中的腹壁切口,不改变腹壁的生理结构,无精索分离、移位等操作,因而术后疼痛轻,下床活动早,恢复快<sup>[3,4]</sup>。本组采用缝合固定为主的方法进行腹腔镜下网片固定疝修补,术后均未使用止痛剂,术后 1 天下床活动,术后平均住院 5 d(3~7 d)。1 例于术后 5 个月复发,复发率为 0.8%(1/130),经再次开放手术证实为网片向外侧移动所致,内侧的腹直肌后缘和耻骨

结节两个点完全滑脱。本例复发是由于网片滑动所致,可能是网片定不牢固致网片滑脱。

### 3.4 并发症的预防

该方法与腹腔镜疝修补的并发症一样,主要有腹股沟疝复发、术后疼痛、阴囊内积液、阴囊血肿、术中血管损伤等。要避免这些并发症的发生,术中应注意:①疝环周围的解剖要足够,要充分显露耻骨结节、Cooper 韧带、髂耻束、联合腱;②腹股沟管从外上斜向内下,由于疝内容物经常摩擦,内侧常有腹膜增厚和瘢痕组织,与腹壁下动静脉可有粘连,分离时注意,避免造成腹壁下血管的损伤引起术中或术后出血;③补片要足够大,根据腹壁缺损的范围选择补片的大小,要使网片超过内环边缘 2 cm 以上;④髂耻束以下的部位不能缝合,以免伤及生殖股神经,引起术后疼痛;⑤应避免伤到髂外血管和股神经;⑥术后应尽可能去除慢性咳嗽、便秘等腹内压增高的因素。

### 参考文献

- 1 Felix EL, Michas CA, Gonzalez MH. Laparoscopic hernioplasty: TAPP vs TEP. Surg Endosc, 1995, 9(12): 984-989.
- 2 王存川, 张松柏, 陈 鉴, 等. 腹腔镜腹股沟疝修补术 222 例经验. 中国普外与临床杂志, 2005, 12(6): 551-553.
- 3 McCormack K, Wake B, Perez J, et al. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: systematic review of effectiveness and economic evaluation. Health Technol Assess, 2005, 9(14): 201-203.
- 4 李文滨, 李宇州, 吴 畏, 等. 腔镜腹下腹腔内网片植入术治疗成人腹股沟疝(546 例中期随访结果). 中国微创外科杂志, 2006, 6(12): 944-945.  
(收稿日期: 2007-10-22)  
(修回日期: 2008-10-17)  
(责任编辑: 王惠群)