

· 个案报告 ·

腹腔镜下左侧腰疝无张力修补术 1 例报告

刘 洋 钟克力 夏利刚

(暨南大学第二临床医学院 深圳市人民医院胃肠外科, 深圳 518020)

中图分类号:R656.3

文献标识:D

文章编号:1009-6604(2010)08-0761-01

1 临床资料

患者女, 81岁。因发现左腰部可复性肿物10年,于2009年6月24日收入我科。患者无明显诱因于10年前发现左侧腰部有一包块,并逐渐增大,右侧卧时包块可消失,1个月前出现便秘、腹胀。体查:左侧腋后线第12肋下缘与髂后上嵴之间有一 $10\text{ cm} \times 10\text{ cm}$ 质软肿物,无压痛,站立时明显,右侧卧位时稍加揉压后完全消失,听诊肿物内可闻及肠鸣音。B超检查:左腰部分肠管疝出。腹部CT平扫:左侧腰背部皮下多发肠管。入院诊断:左侧腰疝(图1)。2009年7月9日,复合全麻下行腹腔镜左侧腰疝无张力修补术。右偏45°侧仰卧位,右下侧腹部置入一个10 mm trocar为观察孔,旁开2个5 mm trocar为主操作孔。建立气腹,压力13 mm Hg。腹腔镜探查见疝环位于左侧腹壁,疝环直径3~4 cm,有小肠、结肠脾曲和部分降结肠疝入,无嵌顿,结肠与疝囊粘连。超声刀沿降结肠侧腹膜切开,将与疝囊粘连的降结肠松解回纳腹腔。选用美国戈尔公司8 cm×12 cm Gore 防粘连补片,平铺于疝环表面,补片超过疝环边缘4 cm,用螺旋钉固定补片周围。术后恢复良好。术后予佩戴腰围,观察1周后出院。6个月后随访,无复发,腹胀、便秘好转。

图1 左侧腰疝, $10\text{ cm} \times 10\text{ cm} \times 5\text{ cm}$ 大小

2 讨论

腰疝为腹后外侧壁疝,发病率低,国内外多为个案报道。腹腔镜下完成腰疝修补,国内报道极少。腰疝多发于老年女性,主要有2个好发部位^[1]:腰上

三角是第12肋、髂棘肌、腹内斜肌围成的三角间隙,其底为腹横肌腱膜;腰下三角间隙,由背阔肌、腹外斜肌、髂嵴围成,底为腹内斜肌。本例患者系高龄女性,有脊柱驼背畸形10余年,腰上三角局部肌肉松弛,肠管由此疝出。国外行腹腔镜治疗腰疝的报道较多^[1],国内大多行开放手术^[2]。手术方式为开腹疝囊结扎,疝囊附近组织重叠缝合修补或者无张力修补。目前,尚没有统一的腹腔镜腰疝修补的适应证及禁忌证,我们认为具有症状或发生嵌顿的腰疝,心肺功能基本正常者可选择手术治疗,部分患者出于外观考虑,亦可手术治疗。Alfredo等^[3]认为中小型的腰疝建议用腹腔镜治疗,而较大的缺损或者腹腔镜术后再发疝建议行开放手术。Habib^[4]认为须行腹壁重建或须张力修补的腰疝不宜采取腹腔镜修补。本例疝囊有明显增大,并有便秘、腹胀,既往体健,心、肺功能基本正常,同麻醉科会诊认为可耐受手术。采用腹腔镜无张力疝囊修补,术中应注意将疝囊口四周粘连彻底松解,将疝内容物完全回纳。补片应完全展开,最大限度地覆盖疝囊口(建议补片外缘超过疝囊口至少6 cm),并予以牢靠的固定^[5]。腹腔镜下无张力腰疝修补术除了具有创伤小,恢复快的优势外,还减少了开放手术时损伤与疝囊粘连肠管的可能,且腔镜直视下补片修补腹壁缺损,更加牢靠,可减少复发。

参考文献

- 1 Armstrong O, Hamel A, Grignon B, et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat*, 2008, 30: 533-537.
- 2 周学鲁. 腰疝的诊断与外科治疗. 中国中西医结合外科杂志, 2005, 11: 195-197.
- 3 Alfredo ME, Enrique GB. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg*, 2007, 142: 82-88.
- 4 Habib E. Retroperitoneoscopic tension-free repair of lumbar hernia. *Hernia*, 2003, 7: 150-153.
- 5 Moreno-Egea A, Torralba JA, Morales G, et al. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study. *Surg Endosc*, 2005, 19: 184-187.

(收稿日期:2009-12-28)

(修回日期:2010-03-08)

(责任编辑:李贺琼)