

# 腹腔镜下造瘘口旁疝修补的临床应用

杨 志\* 王家兴 林龙英

(攀钢集团总医院普外科, 攀枝花 617000)

**【摘要】 目的** 探讨腹腔镜下造瘘口旁疝修补的临床价值。 **方法** 我院 2011 年 5 月~2016 年 3 月对 12 例造瘘口旁疝行腹腔镜下造瘘口旁疝修补,腹腔镜下松解和游离肠管周围粘连,松解疝囊及造瘘肠管周围粘连,并将疝内容物回纳至腹腔,腹腔内置入带有刻度的硬膜外麻醉导管,测量疝环的大小和造瘘肠管的粗细。根据测量结果将疝补片裁剪后送入腹腔,环绕造口肠管,覆盖缺损区域腹壁,固定补片。 **结果** 12 例手术均取得成功,术中发现疝环直径 3.5~8.5 cm,平均 5.7 cm。手术时间 55~100 min,平均 70 min。住院时间 3~9 d,平均 5.2 d。12 例随访 3 个月~4 年,中位随访时间 3 年 2 个月,无死亡、复发。 **结论** 腹腔镜下造瘘口旁疝修补术安全、可行,临床效果满意。

**【关键词】** 腹腔镜; 造瘘口旁疝; 微创手术; 补片

文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2017)12-1140-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2017.12.024

造瘘口旁疝是结肠及小肠造瘘术后常见的并发症之一,一般对于造瘘口旁疝采取保守治疗,但对于那些因为疝囊过大导致排便困难、肠道梗阻、疝嵌顿,或者影响造口袋的密封,需要手术治疗。我院 2011 年 5 月~2016 年 3 月对 12 例造瘘口旁疝行腹腔镜下造瘘口旁疝修补,临床效果满意,现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 12 例,男 7 例,女 5 例。年龄 37~71 岁,平均 63.2 岁。造瘘口旁可复性包块,站立时出现,平卧后消失。Miles 手术后乙状结肠造瘘 9 例,术后 4~13 个月发生造瘘口旁疝;因肛周严重脓肿及肛裂行乙状结肠造瘘 1 例,术后 2 个月发生造瘘口旁疝;小肠造瘘口旁疝 2 例,均为回肠代膀胱术后。9 例因造口袋密封固定困难需要手术,2 例有反复腹痛、腹胀症状,1 例因排便困难需要手术治疗。术前均行腹部 CT 检查进一步明确诊断。

病例选择标准:①诊断造瘘口旁疝明确;②腹腔内无致密粘连,无腹水,无腹腔内感染,无造瘘口周围感染;③若为肿瘤病人,行结肠造瘘的腹腔内近造瘘口处肠管无肿瘤复发、转移;④心肺功能能耐受腹

腔镜手术。

### 1.2 方法

仰卧位,气管插管全麻。消毒造瘘周围,将油纱布及碘伏纱布裹成柱状填塞造瘘肠管,造瘘口外覆盖无菌纱布,再用手术薄膜贴于造瘘口纱布表面及周围皮肤。再次消毒腹壁皮肤。在距离造瘘口约 15 cm,尽量避开原手术切口处腹壁开放式置入 10 mm trocar 作为观察孔。腹腔镜下观察腹腔内粘连情况后,根据腹腔内的粘连置入 5、10 mm trocar,置入的原则是尽量避开腹腔内粘连,trocar 的位置呈扇形排列,trocar 间距利于操作。超声刀松解腹腔内肠管与腹壁的粘连,若肠管或网膜嵌顿、粘连于疝囊内,小心将粘连松解后将肠管或网膜回纳至腹腔,游离造瘘肠管周围组织,注意保护肠管及肠系膜血管。腹腔内带有刻度硬膜外麻醉导管,测量疝环大小及造瘘肠管的周径。选择比疝环两边缘至少宽 3~5 cm 强生公司 Proceed 部分吸收防粘连补片,适当修剪,将补片纵行剪开一裂口,补片中间留圆孔,孔的大小以造瘘段肠管刚能通过为准,将补片卷曲后经 10 mm trocar 放入腹腔,腹腔内展开补片后,补片的防粘连面朝向腹腔,将补片完整面置于原疝囊下方,造瘘肠管从补片中间圆孔处穿过,注意补片的开口部分重叠 1~2 cm,补片边缘超过疝环口 3~5 cm。

\* 通讯作者, E-mail: yangzhidoc@163.com

在疝环外 1 cm 左右腹壁皮肤表面切开约 1 mm 左右小切口,将 4 号丝线从 50 ml 注射器针头中间穿过,用注射器针头经小切口穿透腹壁及补片,用腹腔镜抓钳抓住丝线后,退出注射器针头,再用此法穿 1 根丝线于上一根丝线穿出补片处 2 ~ 3 mm 位置穿过补片,退出注射器后,将之前的丝线套入后穿入的丝线内,拉出腹壁外,收紧丝线并打结,固定补片,线结埋入皮肤表面切开约 1 mm 左右小切口内。用同样的方法将补片固定于腹壁,固定若干针,直到让补片平铺于疝囊下方,挡住疝环口。缓慢撤放气腹后,腹壁腹带保护 3 个月。

## 2 结果

12 例手术均取得成功,术中发现疝环直径 3.5 ~ 8.5 cm,平均 5.7 cm。手术时间 55 ~ 100 min,平均 70 min。住院时间 3 ~ 9 d,平均 5.2 d。12 例随访 3 个月 ~ 4 年,中位时间 3 年 2 个月(> 2 年 10 例),无复发。

## 3 讨论

肠造瘘口旁疝是指与肠造瘘口有关的腹壁切口疝,由各种原因使小肠或结肠经造瘘口侧方脱出所致,是结肠及小肠造口术后常见的并发症之一,发生率可达 48%<sup>[1]</sup>。多数造口旁疝患者可以保守治疗,不需要手术治疗,保守方式一般有应用疝带、减肥、腹带加压包扎、避免负重运动等。对于因疝囊过大导致排便困难、肠道梗阻、疝嵌顿,或影响造口袋密封者,可手术治疗。造瘘口旁疝发生的最主要原因是造瘘口导致局部的腹壁缺损,特别是当用于造瘘的腹壁造口的孔洞偏大时更容易形成疝。患者合并营养状况不良、腹胀、剧烈咳嗽、排尿困难等使腹内压升高的因素时,会增加造瘘口旁疝的发生率。

在疝外科,腹腔镜逐渐得到更多的应用,目前腹腔镜造瘘口旁疝修补术主要有 3 种方法<sup>[2]</sup>: ① Sugarbaker 法,与腹腔镜切口疝补片修补术有相似之处,用适当的补片将造瘘口肠管及其旁疝同时予以覆盖修补。② 钥匙孔法。将补片剪一个侧口,近补片中央处剪一与造口肠管相当的孔隙,补片围绕造口肠管将疝环予以修补<sup>[3]</sup>。本组患者采取此法。③ 三明治法。先用一适当的补片用钥匙孔法将旁疝予以修补,再使用 Sugarbaker 法用一略大的补片将造口肠管及另一张补片全部覆盖<sup>[4]</sup>。

腹腔镜疝修补一定要开放建立气腹,由于既往手术的影响,患者一般都有腹腔内的粘连,采取密闭的方式建立气腹损伤肠管的几率较大,如果肠管损伤有粪便流出,就会污染腹腔,需要放置人工材料的补片在腹腔内,若引起补片感染,可能给患者带来更大的痛苦。分离腹腔内粘连的时候,建议用超声刀。用超声刀松解造瘘肠管周围与腹壁及网膜粘连的肠管时,粘连较为致密,难以辨认肠管与腹壁间的间隙,松解的时候一般远离肠管,且采取锐性分离,超声刀过于靠近肠管易导致损伤。同时要注意造瘘肠管系膜血管的保护,以免损伤后造瘘口缺血。补片在修建时,中间的孔一定要仔细测量,孔太大容易导致术后疝复发,孔太小容易导致术后出血补片挤压肠管,引起患者排便不畅。对于补片的固定,目前大多采取在疝环边缘和补片边缘各钉合的方式固定<sup>[5]</sup>,我们用丝线打结的方式固定,这种固定方式既可以为患者节省螺旋钉枪相应的费用,也避免钉合补片的钉子脱落的风险。

腹腔镜修补术治疗腹壁切口疝以及造口旁疝较传统开腹手术具有更低的复发率<sup>[6]</sup>。术中修建出大小合适的孔,补片的妥善固定,术后腹带保护有利于降低术后复发。我们认为腹腔镜造瘘口旁疝修补的学习曲线虽较长,但通过一定的训练,能够熟练掌握。腹腔镜造瘘口旁疝修补安全、可行,微创优势突出,临床效果满意,值得推广。

## 参考文献

- 1 Leblanc KA, Bcellanger DE. Laparoscopic repair of paraostomy hernias;early results. J Am Coll Surg,2002,194(2):232-239.
- 2 姚琪远. 腹腔镜造口旁疝补片修补术的应用. 腹腔镜外科杂志, 2009,14(7):487-489.
- 3 LeBlanc KA, Bellanger DE. Laparoscopic repair of paraostomy hernias;early results. J Am Coll Surg,2002,194(2):232-239.
- 4 Berger D, Bientzle M. Laparoscopic repair of parastomal hernias: a single surgeon's experience in 66 patients. Dis Colon Rectum,2007, 50(10):1668-1673.
- 5 胡炳仁,唐 兵,蒋飞照,等. 腹腔镜造口旁疝修补术 13 例报告. 中国微创外科杂志,2012,12(11):1034-1036.
- 6 Pierce RA, Spittler JA, Frisella MM, et al. Pooled data analysis of laparoscopic vs. open ventral hernia repair: 14 years of patient data accrual. Surg Endosc,2007,21(3):378-386.

(收稿日期:2016-09-09)

(修回日期:2017-03-15)

(责任编辑:李贺琼)