

无张力疝修补术治疗腹股沟嵌顿疝的体会

李 乐 李 鑫 李洪涛 何 翠 韩晓鹏 刘宏斌*

(解放军兰州总医院普外科, 兰州 730050)

【摘要】 目的 探讨无张力疝修补术治疗腹股沟嵌顿疝的疗效。**方法** 2010 年 2 月~2015 年 8 月我科对 76 例腹股沟嵌顿疝采用网塞加补片修补法(Rutkow)治疗,术中打开疝囊,查看疝内容物,根据肠管情况决定是否切除肠管,高位结扎或重建(巨大疝囊)疝囊,将网塞塞入内环口,将疝平片置于腹膜前间隙并铺平,使其完全覆盖肌耻骨孔。**结果** 76 例手术均获成功,无死亡,无切口出血及感染。手术时间(66.2 ± 28.3)min,出血量(30.6 ± 19.8)ml,术后排气时间(2.6 ± 1.7)d,进食时间(2.1 ± 1.2)d。术后所有患者切口疼痛,6 例疼痛较重者用止痛药对症处理后缓解;阴囊肿胀 11 例,对症处理后缓解;尿潴留 6 例,经膀胱区热敷、下床站立排尿或导尿处理,并嘱患者行膀胱功能训练后缓解。无切口出血、切口感染。73 例随访 3~36 个月,平均 25 个月,无复发。**结论** 无张力疝修补术治疗腹股沟嵌顿疝患者耐受性好,安全、可靠,临床疗效确切。

【关键词】 嵌顿疝; 腹股沟; 无张力疝修补术

文献标识:B 文章编号:1009-6604(2018)01-0086-03

doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2018.01.024

Experience of Tension-free Hernia Repair for Inguinal Incarcerated Hernia Li Le, Li Xin, Li Hongtao, et al. Department of General Surgery, Lanzhou General Hospital of Lanzhou Military Region, Lanzhou 730050, China

Corresponding author: Liu Hongbin, E-mail: liuhongbin999@163.com

【Abstract】 Objective To discuss the efficacy of tension-free hernia repair in the treatment of incarcerated inguinal hernia.
Methods From February 2010 to August 2015, 76 cases of incarcerated inguinal hernia were treated by mesh plug patch method (Rutkow). During the operation, the hernia sac was opened to check the hernia contents. According to the intestinal situation, we decided whether or not to perform bowel resection. High ligation of hernial sac or reconstruction of giant hernia sac was conducted. The plug was placed into the inner ring and the plain film was placed in the preperitoneal space smoothly so that it completely covered the myopectineal orifice. **Results** All the 76 cases of surgery were successful. No deaths, bleeding, or infection of incision occurred. The operation time was (66.2 ± 28.3) min, the bleeding volume was (30.6 ± 19.8) ml, the postoperative exhaust time was (2.6 ± 1.7) d, and the time to diet was (2.1 ± 1.2) d. After surgery, all patients experienced incision pain, with 6 cases of severe pain which were relieved after symptomatic treatment. There were 11 cases of scrotum swelling relieved after symptomatic treatment. Urinary retention happened in 6 cases, which were given bladder area hot compress, standing micturition or catheterization treatment, and bladder function training. No incision bleeding or infection occurred. Follow-ups for 3-36 months (mean, 25 months) in 73 cases found no recurrence. **Conclusion** Tension-free hernia repair in the treatment of incarcerated inguinal hernia has good patient's tolerance, and safe and reliable clinical effects.

【Key Words】 Incarcerated hernia; Groin; Tension-free hernia repair

传统腹股沟疝修补术的短期复发率高达 7.0%~15.0%^[1],无张力疝修补术后恢复快,复发低^[2],疼痛轻,被广泛应用于各种腹外疝的修补,已成为腹股沟疝修补术的首选术式^[3]。腹股沟疝手

术中,嵌顿疝占 5%~15%^[4],嵌顿疝一期手术后手术部位感染率高达 7%^[5]。目前,无张力疝修补术治疗腹股沟嵌顿疝的文献报道较少,急诊放置补片修补腹股沟嵌顿疝的有效性和可行性,尤其是其远

* 通讯作者, E-mail: liuhongbin999@163.com

期疗效尚有待大样本多中心的临床研究。本文对 2010 年 2 月~2015 年 8 月我科 76 例行无张力疝修补术治疗腹股沟嵌顿疝的临床资料进行回顾性分析,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 76 例,均为男性。年龄 18~72 岁,平均 53.3 岁。8 例双侧腹股沟斜疝(1 例双侧嵌顿,7 例单侧嵌顿),68 例单侧腹股沟斜疝嵌顿,无复发疝。嵌顿时间 0.5~32 h,其中 <4 h 21 例(手法复位失败),4~12 h 29 例,>12 h 21 例,超过 24 h 5 例。合并慢性阻塞性肺疾病 1 例,腰椎椎管狭窄 1 例,腰椎严重变形 1 例,前列腺增生 16 例,慢性支气管炎 3 例,糖尿病 7 例,原发性高血压 11 例。

病例选择标准:①腹股沟嵌顿疝诊断明确,无手法复位指征,或手法复位失败者,且为男性;②术常规腹腔 B 超检查未发现明显腹腔积液;③无严重心肺疾病,术前风险评估能耐受疝修补术。

1.2 方法

仰卧位。预计手术时间较短者选择腰麻(52 例),手术时间较长者选择连续硬膜外麻醉(22 例),合并腰椎病变 2 例行全身麻醉。合并前列腺增生者,术前留置导尿。取常规腹股沟切口,上端于耻骨结节与髂前上棘连线中点处,下端至耻骨结节。逐层切开皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜及外环口,暴露并切开提睾肌,游离精索,保护髂腹股沟神经及疝囊周围组织。打开疝囊,吸净疝囊内渗液,检查疝内容物,观察肠管的活力及色泽,肠管确定无坏死后回纳入腹腔,无法还纳者可适当松解内环口,若不能确定肠管是否坏死,盐水纱布至少热敷 30 min,再观察肠管颜色及肠系膜动脉搏动情况,根据情况确定是否还纳肠管或切除肠管。若嵌顿的疝内容物绞窄坏死,则切除坏死组织,并做相应处理。疝内容物还纳入腹腔后,游离疝囊至疝囊颈,结扎疝囊,对巨大疝囊,先横断疝囊,远端旷置,缝合并重建切开的疝囊,于内环口塞入网塞。将聚丙烯聚乳酸复合补片[柯惠医疗器材国际贸易(上海)有限公司,批文号:国械注进 20163460482]修剪后平置于腹膜前间隙,使其完全覆盖肌耻骨孔,可吸收线缝合固定在耻骨骨膜、腹股沟韧带及联合腱上,仔细止血,逐层关闭切口。

1.3 术后处理

术后 72 h 内持续盐袋压迫手术切口,阴囊托

起。术前 0.5~1 h 预防使用抗生素至术后 24 h 内常规停用抗生素,合并组织坏死且术后血象高者,抗生素使用延长至术后 72 h。合并前列腺增生者,术后留置导尿 3 d。

2 结果

3 例肠管坏死,行肠切除、肠吻合术,其中超过 24 h 2 例,超过 12 h 1 例。手术时间(66.2 ± 28.3) min,出血量(30.6 ± 19.8) ml,术后排气时间(2.6 ± 1.7) d,进食时间(2.1 ± 1.2) d,术后卧床 3 d。76 例无切口感染、切口出血和死亡。术后阴囊肿胀 11 例,抬高阴囊,局部热敷,消肿治疗后缓解;尿潴留 6 例,经膀胱区热敷、下床站立排尿或导尿处理,并嘱患者行膀胱功能训练后缓解;切口疼痛均较轻,6 例术后使用止痛药 1~3 次后缓解,其余病例术后未用止痛药。住院时间 5~9 d,平均 6.6 d。3 例因变更联系方式分别于 5、11、15 个月失访,73 例门诊或电话随访 3~36 个月,平均 25 个月,其中 >24 个月 35 例,<12 个月 18 例,无复发。

3 讨论

原则上 4 h 之内的腹股沟嵌顿疝根据情况可考虑手法复位,嵌顿时间较长,手法复位失败或考虑为绞窄性疝者,一经确诊需急诊手术。嵌顿疝的传统处理原则一般是疝囊高位结扎,而不行疝修补术或无张力山修补术,Sawayama 等^[6]不认同上述原则。对腹股沟嵌顿疝是否适合一期无张力疝修补术治疗,目前仍有争议^[7]。使用补片可降低复发率,但可增加局部炎性反应,Tolino 等^[8]认为补片修补腹股沟嵌顿疝不增加切口感染率,但给治疗感染带来困难。嵌顿时间越长,污染几率越高,嵌顿时间超过 12 h 者,渗出液细菌培养阳性率比嵌顿 12 h 内的患者高 5~6 倍^[9]。本组 76 例腹股沟嵌顿疝术后无切口感染,原因与手术前后合理预防使用抗生素,彻底清理渗液,严格无菌操作和充分腹腔引流有关。腹股沟嵌顿疝行无张力疝修补治疗在临床上存在不同的观点,大量研究证明无张力疝修补术治疗腹股沟嵌顿疝是可行的,Yang 等^[10]认为嵌顿疝无感染征象且发病时间 <24 h 可行无张力疝修补术。腹壁合并蜂窝织炎或嵌顿疝存在明确感染者应慎用无张力疝修补术^[11]。

能否采用无张力修补治疗嵌顿疝争论的核心问题是补片的安全性。有人担心污染存在的情况下植入异物将导致感染而致修补失败,因而持反对意见,

但这种经验性担心无有力的实验研究证明,因此,说服力不强。Derici 等^[12]使用聚丙烯补片修补嵌顿疝,得出复发及感染率低,患者满意度高的结论,与本研究结论相似,但行肠切除术后是否放置补片应慎重。本组 3 例肠切除因无腹腔感染均放置补片。假如补片修补感染,可以按常规切口感染处理,如换药、清创、引流、去除部分补片等,3 年内并不增加复发率^[13]。聚丙烯补片是一种比较安全的补片,网孔较大,不影响巨噬细胞和中性粒细胞的穿行,新生毛细血管容易长入其孔,进而较早具备抗感染的能力,值得临床推广应用。

腹股沟嵌顿疝以老年人多见,往往合并腹内压增高的其他疾病,腹股沟管后壁明显薄弱,内环口松弛,因此,选用双层立体补片式无张力疝修补术更牢靠,抗腹压力强,手术效果好^[14]。腹股沟疝修补的术式较多,对高龄有合并症,手术耐受性差者应选用 Lichtenstein 术或 Rutkow 术,解剖范围小,手术操作简便,不需要分离腹膜前间隙^[15]。术中要注意保护周围组织及切口,避免渗液及肠内容物污染^[16]。使用可吸收缝线,可避免线结反应^[17]。锐性分离能减轻组织损伤和渗血,术中要严密止血,温生理盐水冲洗切口,术后盐袋压迫切口,密切观察切口,若有异常,及时处理,能有效防止切口感染。对粘连重、创面大、渗出多、肠切除者,术中可放置引流管。术前 30~60 min 及术后 24 h 内使用抗生素可有效预防感染,手术时间长者,术中可加用抗生素。

本组术后无切口出血及感染发生,并未损伤精索及神经,术后阴囊肿胀 11 例,均为嵌顿时间较长(12 h 以上),水肿较重,创伤较大的患者。补片与患者组织相容性较好,患者腹股沟区无异物感,而且使用补片明显降低患者术后疼痛程度,耐受性较好,下床活动较早,恢复较快,住院时间较短。无张力疝修补术治疗腹股沟嵌顿疝可明显降低复发率^[18],并发症少,患者耐受性好,安全、可靠,临床疗效确切。

参考文献

- Itani KM, Fitzgibbons R Jr, Awad SS, et al. Management of recurrent inguinal hernias. *J Am Coll Surg*, 2009, 209(5): 653–658.
- 李剑锋, 王卫军, 方 钱, 等. 腹腔镜经腹腹膜前疝修补术与

- Lichtenstein 无张力法治疗腹股沟复发疝的前瞻性对照研究. *中国微创外科杂志*, 2014, 14(5): 413–416.
- 李绍杰, 唐健雄, 陈 革, 等. 无张力疝修补术治疗腹股沟疝 4438 例报告. *中国实用外科杂志*, 2012, 32(6): 459–461.
- Venara A, Hubner M, Le Naoures P, et al. Surgery for incarcerated hernia: short-term outcome with or without mesh. *Langenbecks Arch Surg*, 2014, 399(5): 571–577.
- Nieuwenhuizen J, van Ramshorst GH, ten Brinke JG, et al. The use of mesh in acute hernia: frequency and outcome in 99 cases. *Hernia*, 2011, 15(3): 297–300.
- Sawayama H, Kanemitsu K, Okuma T, et al. Safety of polypropylene mesh for incarcerated groin and obturator hernias: a retrospective study of 110 patients. *Hernia*, 2014, 18(3): 399–406.
- 陈 双, 杨 斌, 江志鹏, 等. 欧洲疝学会《成人腹股沟疝治疗指南》的解读. *中华疝和腹壁外科杂志: 电子版*, 2011, 5(2): 251–255.
- Tolino MJ, Tripoloni DE, Ratto R, 等. 腹壁疝补片修补相关感染: 病理学、治疗和结局. *中国实用外科杂志*, 2010, 30(12): 1057–1062.
- 李 东. 无张力疝修补术治疗急性嵌顿性疝 210 例分析. *中华普外科学术杂志(电子版)*, 2014, 8(1): 80–82.
- Yang L, Wang H, Liang X, et al. Bacteria in hernia sac: an important risk fact for surgical site infection after incarcerated hernia repair. *Hernia*, 2015, 19(2): 279–283.
- 陈光彬, 刘丹峰, 刘昌阔. 无张力疝修补术在腹股沟嵌顿疝中的应用. *中华疝和腹壁外科杂志(电子版)*, 2014, 8(1): 53–55.
- Derici H, Unalp HR, Nazli O, et al. Prosthetic repair of incarcerated inguinal hernias: is it a reliable method? *Langenbecks Arch Surg*, 2010, 395(5): 575–579.
- Greenberg JJ. Can infected composite mesh be salvaged? *Hernia*, 2010, 14(6): 589–592.
- Tanaka N, Uchida N, Ogihara H, et al. Clinical study of inguinal and femoral incarcerated hernias. *Surg Today*, 2010, 40(12): 1144–1147.
- 黄 磊, 唐健雄. 腹股沟区局部解剖要点与补片的选择. *外科理论与实践*, 2008, 13(6): 590–593.
- 李春雷, 居来提, 其格加甫, 等. 无张力修补术治疗腹股沟嵌顿疝初步探讨. *中华疝和腹壁外科杂志: 电子版*, 2013, 7(2): 141–143.
- 唐健雄. 重视无张力疝修补手术的规范化. *中华普通外科学文献: 电子版*, 2010, 4(5): 405–406.
- 王联钧, 彭登发. 无张力疝修补术在绞窄性腹股沟疝中的应用. *中华疝和腹壁外科杂志(电子版)*, 2016, 10(4): 276–279.

(收稿日期: 2016–10–25)

(修回日期: 2017–04–04)

(责任编辑: 李贺琼)