

## · 临床经验 ·

## 疝环充填式无张力修补术 358 例

史坚强<sup>1</sup>, 高翔<sup>1</sup>, 刘静<sup>1</sup>, 刘岚云<sup>1</sup>, 张清<sup>2</sup>

**〔摘要〕** 目的 探讨疝环充填式无张力修补术治疗腹股沟疝的效果。方法 采用美国巴德公司提供的锥形疝环充填物和成形补片对 358 例腹股沟疝行无张力疝修补治疗。结果 358 例手术过程顺利, 并发尿潴留 21 例, 阴囊积液 4 例, 腹股沟异物感 15 例, 无切口感染, 术后随访仅 1 例复发。结论 疝环充填式无张力修补术的手术操作简便, 损伤小, 复发率低, 并发症少, 手术适应证宽。

**〔关键词〕** 腹股沟疝; 无张力; 疝修复

**〔中图分类号〕** R 656.2<sup>1</sup> **〔文献标志码〕** B **〔文章编号〕** 1672-271X(2011)02-0157-02

疝环充填式无张力修补术, 又称无张力疝修补术, 是利用人工复合材料行无张力疝修补的方法<sup>[1]</sup>。我院与江苏大学附属医院 1998 年 9 月至 2009 年 9 月对 358 例腹股沟疝施行该手术, 取得了较好的疗效, 现报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本组男 356 例, 女 2 例, 年龄 28 ~ 85 岁。单侧腹股沟疝 322 例(斜疝 233 例, 直疝 37 例, 复发性斜疝 47 例, 复发性直疝 5 例), 双侧斜疝 36 例。

**1.2 修补材料** 使用美国巴德公司的聚丙烯网塞和补片, 包括一个锥形的疝环充填物和一个用于加强腹股沟管后壁的成形网状补片, 它是一种聚丙烯单丝编织的不可吸收材料, 具有良好的抗感染能力和组织相容性, 能迅速与组织粘合<sup>[2]</sup>。

**1.3 手术方法** 连续硬膜外麻醉 341 例, 因高龄或严重心肺脏器疾病而施行局部麻醉 17 例。常规取平行腹股沟斜行切口 4 ~ 6 cm, 逐层切开进入腹股沟管, 寻找疝囊, 高位游离疝囊至疝囊颈, 将疝囊回纳腹腔。若疝囊较大, 游离困难, 可将其横断。高位游离后将近端疝囊缝扎再回纳腹腔。将锥形疝环充填物置入疝环处, 依据疝环大小, 适当修剪后, 将周边花瓣与疝环缝合 4 针, 可靠固定, 缝合的深度达腹横筋膜平面。在精索后方稍加游离, 然后将成形网状补片平整置入腹股沟管后壁。补片边缘与周围组织缝合数针, 以防卷曲折叠和移动。牵拉睾丸将

精索复位, 严密止血, 逐层缝合切口。

## 2 结果

手术时间 20 ~ 70 min, 97% 以上患者术后 4 ~ 6 h 能下床活动, 切口疼痛较轻, 除极少数需要用麻醉药镇痛外, 大多无须用镇痛药。2 ~ 3 d 后行走自如, 常规应用抗生素, 215 例术后 1 周左右痊愈出院, 无一例切口感染。术后尿潴留 21 例, 阴囊积液 4 例, 腹股沟异物感 15 例, 经治疗痊愈。随访 6 个月 ~ 5 年, 1 例复发。

## 3 讨论

**3.1 传统疝修补术的不足** 腹股沟疝为外科常见病, 传统的疝修补手术虽已有 100 多年的历史, 但都是在薄弱的腹股沟区将相对坚强的腱膜和筋膜组织强行拉拢加强腹股沟缺损和薄弱区, 均不是生理性修补, 存在较大张力, 缝合的腱膜、韧带组织血供差, 愈合缓慢, 痛苦较大, 恢复时间较长, 而且复发率高达 5% ~ 8%<sup>[3]</sup>。

**3.2 无张力修补术的优点** 美国巴德公司生产的聚丙烯锥形疝环充填物及成形网状补片具有良好的组织相容性, 无排异反应, 且有一定的抗感染能力, 能迅速与人体组织融合固定, 成纤维细胞通过网孔可进入补片内, 从而加强修补强度, 术后复发少<sup>[4]</sup>。补片可根据腹股沟区后壁的缺损随意裁剪, 达到无张力的程度, 缝合固定在原解剖上进行, 不是强行缝合来修补薄弱区或缺损区。手术时间缩短, 术后患者疼痛机率小, 下床早, 恢复快, 得到广大患者的肯定。解放军 101 医院对 1 例合并胆囊结石的疝修补术后, 行腹腔镜胆囊切除(LC)时观察充填物的形状, 见锥形充填物顶端从疝环口由腹膜外凸向腹腔,

**作者简介:** 史坚强(1969-), 男, 江苏高淳人, 硕士, 副主任医师, 从事普通外科临床工作

**作者单位:** 1. 212001 江苏镇江, 解放军 359 医院普外科;  
2. 212001 江苏镇江, 江苏大学附属医院普外科

气腹压力在 2.0 kPa (15 mmHg), 屏气时瞬间腹内压可达 4.0 kPa (30 mmHg), 充填物无缩小和移位<sup>[5]</sup>。

**3.3 并发症** 尿潴留 21 例, 其中 19 例患前列腺增生, 占 90.5%, 均予留置尿管, 3 d 内拔除, 自行排尿。分析尿潴留原因可能与硬脊膜外麻醉及前列腺增生有关。阴囊积液 4 例, 其中 2 例经局部热敷逐渐吸收, 另 2 例较重经多次穿刺抽液、抬高阴囊等处理, 阴囊积液逐渐消失。分析出现阴囊积液的原因因为剥离较大的疝囊时止血不彻底创面渗血。腹股沟异物感 15 例, 症状较轻, 未作处理。分析发生异物感的原因, 可能患者体形消瘦, 皮下脂肪垫少, 同时, 塞入疝环的锥形充填物型号较大, 也与成形网状补片未完全放平整有关<sup>[6-7]</sup>。

**3.4 体会** ①预防术后腹股沟区疼痛的关键在于正确的手术操作, 如补片应固定在耻骨结节处的腱膜组织上, 不要穿得太深而缝至骨膜上。在切开腹外斜肌时保护髂腹下神经和髂腹股沟神经, 切勿割断或钳夹挫伤。在缝合固定补片时勿缝合神经, 补片预留通过精索的孔不能过小, 以免压迫生殖股神经<sup>[6]</sup>。②高位分离疝囊而不高位结扎, 将小疝囊从内环口应用网塞反转塞入腹腔, 保证了腹腔内的腹膜光滑, 同时也减少了因分离或高位结扎疝囊颈部时疝囊的破裂及疝内容误扎的风险。③在防止术后局部肿胀方面, 手术操作要轻柔, 分离精索时要找到正确的解剖层次, 避免大面积游离造成组织损伤, 如有腹壁下动静脉损伤应该确切止血, 不要抱侥幸心理<sup>[8]</sup>。④预防感染和加强围手术期护理对减少术后并发症和疝复发极为重要。出现尿潴留, 可经热敷或导尿后缓解; 阴囊积液可经局部多次穿刺抽液

加压后痊愈; 切口皮下积液可经切开引流后痊愈; 同时, 还要积极防治引起腹压增高的并发症, 减少疝的复发。

实践中我们认为, 疝环充填式无张力修补术是目前治疗腹股沟疝的一种合理、安全、有效的方法。近年很多文献研究表明无张力疝修补术是减少腹股沟疝术后复发的重要措施, 且疼痛较轻, 恢复较快, 值得推广<sup>[9]</sup>。

#### 【参考文献】

- [1] Rutkow IM, Robbins AW. Mesh plug hernia repair: a follow-up report [J]. Surgery, 1995, 117(5): 597-598.
- [2] 李俊华, 李 阳, 石承先, 等. 疝环充填式无张力修补术治疗 438 例腹股沟疝 [J]. 贵州医药, 2007, 31(8): 697.
- [3] 王立忠, 金秀梅. 疝环充填式无张力修补术治疗老年腹股沟斜疝 46 例分析 [J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(31): 7713-7714.
- [4] 唐键雄, 陈 革, 黄 磊, 等. 应用疝环充填式无张力修补术治疗腹股沟疝 256 例临床经验 [J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(2): 78-79.
- [5] 王京立, 杨敖霖, 李界明. 充填式无张力疝修补术应用中的相关问题 [J]. 东南国防医药, 2004, 6(3): 190.
- [6] 陶 涛, 石 刚, 王崇树, 等. 疝环充填式无张力修补术后的并发症及防治 [J]. 华夏医学, 2009, 25(6): 28-32.
- [7] 王崇树. 无张力修补术并发症及防治 [J]. 实用医院临床杂志, 2007, 4(1): 30-32.
- [8] 吴肇汉. 无张力修补术—疝修补手术的新趋势 [J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(2): 65.
- [9] 李秋平, 关 浩. 老年腹股沟疝无张力修补法与传统法的比较 [J]. 国际医药卫生导报, 2006, 12(13): 36-37.

(收稿日期: 2010-08-05; 修回日期: 2011-01-04)

(本文编辑: 黄攸生)