

开放性经腹膜前间隙疝修补术 105 例疗效分析

梁海堂(海南省琼中县岭头茶场医院 572914)

【摘要】 目的 探讨开放性经腹膜前间隙疝修补术中临床的治疗效果。**方法** 选取 2009 年 7 月至 2011 年 7 月收治确诊的腹股沟疝患者 210 例,分为开放性经腹膜前间隙疝修补术组和腹腔镜疝修补组,患者接受治疗后,分别检测记录手术时间以及手术后患者首次下床活动时间、住院时间、并发症、医疗费用、VAS 评分,对两组数据进行对比分析。**结果** 两组患者在手术时间、术后下床和总手术费用上差异有统计学意义($P<0.05$);开放性经腹膜前间隙疝修补术组住院时间低于腹腔镜疝修补术组($P<0.05$);两组患者在术后镇痛药使用和术后 VAS 评分中差异无统计学意义($P>0.05$)。腹腔镜疝修补术组总并发症发生率为 12.1%,开放性经腹膜前间隙疝修补术组并发症发生率为 13.3%。**结论** 开放性经腹膜前间隙疝修补术手术时间短、恢复快、费用低,可全面治疗斜疝、直疝、股疝及复发疝,值得在国内进一步推广使用。

【关键词】 开放性经腹膜前间隙疝修补; 疗效; 腹腔镜疝修补
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.16.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)16-2297-02

疝是人体腹部肌肉薄弱或开裂的区域,导致脂肪组织或肠等人体器官通过这个位置向外,在皮下形成明显突出,伴有不适感和疼痛^[1]。疝修补术式经过长达 100 多年的发展产生了多种术式,但其目的均为采用关闭、填塞或补片消除疝所在的薄弱区^[2]。随着人们对腹股沟区的解剖结构认识的加深,手术器械的不断改进,新型材料应用于临床,开发了多代疝术式。开放性经腹膜前间隙疝修补术已成为临床使用中的热点,本文回顾性分析了本院 105 开放性经腹膜前间隙疝修补术的临床疗效,并将其与腹腔镜疝修补术进行了比较。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2009 年 7 月至 2011 年 7 月收治诊断为腹股沟疝患者 210 例,患者随机分为开放性经腹膜前间隙疝修补术组和腹腔镜疝修补术组,开放性经腹膜前间隙疝修补术组患者 105 例,腹腔镜疝修补术组 105 例,患者年龄 26~83 岁,平均(58.6±18.1)岁,患者病史 7 个月至 24 年。合并高血压、冠心病等心血管疾病 18 例,脑梗死 3 例,前列腺增生 18 例,慢性支气管炎咳嗽、哮喘 6 例,慢性便秘 12 例。腹腔镜疝修补术组患者中男 95 例,女 10 例;平均年龄(59.3±11.9)岁;体质指数(BMI)为(22.5±3.4)kg/m²;直疝 64 例,斜疝 26 例,复合疝 15 例;Ⅰ型疝 38 例,Ⅱ型疝 31 例,Ⅲ型疝 36 例。开放性经腹膜前间隙疝修补术组患者中男 94 例,女 11 例;平均年龄(57.8±18.2)岁;BMI(22.9±4.2)kg/m²;直疝 67 例,斜疝 25 例,复合疝 13 例;Ⅰ型疝 39 例,Ⅱ型疝 29 例,Ⅲ型疝 37 例。两组患者年龄、BMI、疝的分型等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。纳入标准:(1)原发性腹股沟斜疝、直疝;(2)符合 2003 中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组分型法^[3];(3)患者均为单侧疝。排除标准:(1)具有重大器质性患者;(2)未成年患者;(3)严重凝血障碍患者;(4)既往有下腹部手术史患者;(5)无法长期随访的患者。

1.2 方法

1.2.1 材料 开放性经腹膜前间隙疝修补采用国产 D10 补片,规格为 6.0 cm×13.5 cm;腹腔镜疝修补术采用 B/BRAUN 公司的聚丙烯轻质补片,规格为 10 cm×15 cm。

1.2.2 麻醉 腹腔镜疝修补术采用气管内插管全身麻醉;开

放性经腹膜前间隙疝修补术采用蛛网膜下腔麻醉或硬膜外麻醉^[4]。

1.2.3 开放性经腹膜前间隙疝修补方法 患者麻醉后,平卧,斜形切口开于髂前上棘与耻骨结节连线上 2 cm,按标记切开皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜,游离精索,若疝囊较小可直接内翻纳入腹腔即可,若疝囊较大则在疝囊颈处横断疝囊,近端高位游离后缝闭,远端疝囊尽量切除或大部分切除后旷置。在内环口打开腹横筋膜,在腹膜外间隙作钝性分离,内侧至耻骨联合,下至耻骨疏韧带,上方至弓状缘深面,外至内环口外上方。将补片卷曲后由疝环口置入,展平后将补片花瓣缝合于内环口,精索前缝合腹外斜肌腱膜^[5]。

1.2.4 腹腔镜疝修补方法 患者仰卧,头高脚低,切口于脐部下端 1 cm 处,冲入 CO₂ 建立气腹,插入 10 mm Trocar 缝合固定于腹壁,导入 30°腹腔镜,5 mm Trocar 置脐水平线略下腹直肌外缘处,放入超声刀或圆头腔镜钳等器械。分离疏松组织以扩大腹膜外间隙,分离耻骨梳韧带、腹壁下血管、直疝三角、输精管(或子宫圆韧带)及精索血管。腹腔镜下清可见内环口和疝囊。在疝环口处离断疝囊,将疝囊远端留在原位。裁剪 10 cm×15 cm 平片送入腹腔覆盖于腹股沟肌耻骨孔。展平补片后,消除气腹连续缝合关闭腹膜^[6]。

1.3 指标检测 记录手术时间、记录手术后患者首次下床活动时间、住院时间、并发症、医疗费用等指标。应用线性视觉模拟评分法(VAS),将主观的疼痛感觉量化,记录术后 2 h VAS 评分。对患者进行为期 6 个月的随访,调查患者复发率。

1.4 统计学方法 用 SPSS 13.0 软件进行统计分析,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后结果比较 开放性经腹膜前间隙疝修补术组患者的手术时间、术后下床时间和总手术费用均小于腹腔镜疝修补术组,差异有统计学意义($P<0.01$);开放性经腹膜前间隙疝修补术组住院时间低于腹腔镜疝修补术组($P<0.05$);两组患者在术后镇痛药使用和术后 VAS 评分中差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术后下床 时间(h)	住院时间 (d)	总手术费用 (元)	术后镇痛药 使用	术后 VAS 2 h 评分(分)
腹腔镜疝修补术组	105	98.2±18.1	17.2±8.1	4±1	9067.2±424.2	0	6.3±1.4
开放性经腹膜前间隙疝修补术组	105	54.2±16.9**	7.4±3.2**	3±1*	5465.2±402.1**	0	6.1±1.3
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

注:与腹腔镜疝修补术组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;—表示无数据。

2.2 两组患者并发症比较 腹腔镜疝修补术组发生阴囊积液 2 例、阴囊血肿 2 例、慢性疼痛 3 例、肠梗阻 2 例、切口感染 2 例和切口血肿 2 例,总并发症发生率为 12.4%(13 例);开放性经腹膜前间隙疝修补组发生阴囊积液 3 例、阴囊血肿 2 例、慢性疼痛 2 例、肠梗阻 2 例、切口感染 3 例和切口血肿 4 例,总并发症发生率为 13.3%(14 例);两组患者并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 患者随访 两组患者均进行 2~12 个月的随访,平均 9.3 个月,两组患者均未见复发。

3 讨 论

腹股沟疝是外科的常见病、多发病,其在人群中的发病率在 0.1%~0.5%,男性发病率可高达 25%,女性为 2%,随着我国人口的老年化进程加剧,其发病率也在增加^[7]。而成人腹股沟疝均需手术治疗。腹股沟疝一般研究认为其是由于腹股沟区腹壁薄弱和缺损导致,患者表现为腹股沟区可复或不可复性肿物,伴随局部的胀痛不适。疝修补的观念已经从过去经典的、治疗结果差的高张力组织修补逐渐转变为应用人工合成材料进行无张力修补^[8]。

随着对腹膜前间隙与肌耻骨孔研究加深,发现所有腹股沟疝都是在此区域形成,腹横筋膜的缺损和薄弱是引起腹股沟病的根本原因,耻骨肌孔后方加强及修补腹横筋膜是纠正疝的唯一方法。在腹股沟疝修补过程中腹膜前间隙的充分分离是平整放置补片的必要条件。经前入路腹膜前间隙疝修补术的补片在腹横筋膜后修补“耻骨肌孔”,不但使腹内高压变成补片贴附的有利因素,而且对此薄弱区域的修补可同时解决 3 种类型的疝^[9]。开放性经腹膜前间隙疝修补术一般无需游离精索或圆韧带,手术开口小,分离步骤少,导致手术时间大大降低^[10]。本研究中即发现开放性经腹膜前间隙疝修补术较腹腔镜疝修补术时间短;手术伤口小,患者恢复较为迅速,下床时间短,缩短了患者的住院时间,本文中平均下床时间为(7.4±3.2)h,平均住院时间(3±1)d;整个腹股沟区域均得到保护,产生并发症较少;此外现开放性经腹膜前间隙疝修补术费用较低,远低于腹腔镜疝修补术,主要是腹腔镜疝修补术需要腹腔镜器械的使用费以及全身麻醉的费用。

开放性经腹膜前间隙疝修补术过程中亦有诸多注意细节,如手术过程中应该避免对提睾肌的损伤,可保存提睾肌的完整性,手术过程中可通过在疝囊颈部分开提睾肌,经疝囊壁向深面游离腹膜前间隙;手术过程采用硬脊膜外麻醉具有更好的效果,可避免对局部血管和神经的损伤,减少手术损伤组织,患者更易恢复,此外费用较少^[11];手术分离过程中,精索只需适当分离,过度分离易导致静脉丛及静脉回流、术后疼痛、睾丸萎缩和不育等并发症的产生;手术人员应充分熟悉腹膜前间隙的解剖,避免触及髂外动静脉及其分支,腹壁下动静脉、精索均在腹

横筋膜浅面;在建立腹膜前间隙时,动作一定要轻柔,避免患者在分离时造成头晕、出汗、恶心、血压下降和心率减慢等腹膜刺激反射所引起的不适情况发生^[12]。

综上所述,开放性经腹膜前间隙疝修补术更符合人体的局部解剖和生理,行全腹股沟区的增强修复,可全面治疗斜疝、直疝、股疝及复发疝的发生,术后愈合牢固、复发率低,手术时间短、恢复快、疼痛轻、术后异物感小、费用低,值得在国内进一步推广使用。

参考文献

[1] 周骏,冯上利,许可,等. 传统、疝环充填式及经前入路腹膜前间隙腹股沟疝修补术的对比研究[J/CD]. 中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2010,4(1):26-30.

[2] 彭真艳. 开放性全腹膜外疝修补术 105 例疗效分析[J]. 中国现代医学杂志,2011,21(36):4584-4585.

[3] 宁勇,苏进根,朱堃,等. Modified Kugel 补片在腹股沟疝修补术 130 例中的应用[J]. 中国现代普通外科进展,2011,14(10):821-822.

[4] 房俊平,宋吉晏,赵化刚. 开放式腹膜前间隙与完全腹膜外腹腔镜下疝修补术治疗比较分析[J]. 中国现代普通外科进展,2010,13(9):738-739.

[5] 唐黎明,马玉亮,王国华,等. 运用改良网塞补片行腹膜前间隙腹股沟疝修补的前瞻性对照研究[J]. 中华普通外科杂志,2010,25(11):913-915.

[6] 路夷平,张能维,合比尔,等. 腹腔镜完全腹膜外径路腹股沟疝修补术 98 例[J]. 中华普通外科杂志,2010,25(5):377-380.

[7] 陈若飞,蒲建元,陈伟. 腹横筋膜与腹膜前疝修补术 103 例分析[J]. 局解手术学杂志,2013,22(4):413-415.

[8] 李晓辉,瞿紫微,吴彪,等. 下腹正中切口行腹膜前修补治疗嵌顿疝 37 例临床分析[J]. 临床外科杂志,2012,20(6):391-392.

[9] 王卫军,方钱,李剑锋,等. 腹腔镜腹股沟疝修补术 300 例[J]. 中国微创外科杂志,2011,11(5):391-393.

[10] Bates AT,Capes T,Krishan R,et al. The prepped vaginal canal May be a sterile conduit for ventral hernia mesh insertion;a prospective comparative study[J]. Surg Endosc,2013,15(2):119-123.

[11] Mukherjee R,Paira SK,Ghosh P,et al. Strangulated double omental hernia presenting as an epigastric lump[J]. J Indian Med Assoc,2012,110(9):655-656.