

## 疝环充填式无张力修补术后 异时性再发腹股沟疝 11 例临床分析

韩 凯, 贲大刚, 张 杰

[摘要]目的:探讨再次采用疝环充填式无张力修补术治疗腹股沟异时性再发疝的疗效和可行性。方法:回顾性分析 11 例腹股沟疝疝环充填式无张力修补术后异时性再发疝的原因,采取再次手术取出前次放置的补片,再行疝环充填式无张力修补术。结果:11 例均治愈,术后无切口感染,随访 10 个月无复发。结论:再次采用疝环充填式无张力修补术治疗近期腹股沟再发疝是可行的,正确安放并可靠固定锥形填充物和补片是防治术后疝再发的关键。

[关键词] 腹股沟疝; 无张力疝修补术; 异时性; 再发疝

[中国图书资料分类法分类号] R 656.21 [文献标识码] A

腹外疝是普外科最常见的疾病之一,以腹股沟疝发病率最高<sup>[1]</sup>。目前,疝环充填式无张力腹股沟疝修补术在国内已普遍应用于临床。文献<sup>[2]</sup>报道,平片修补术和疝环充填式无张力疝修补术的复发率大约为 1%~5%,这其中并不包含腹股沟近期再发疝,临床有时将腹股沟疝修补术后腹股沟近期再发疝误诊为术后复发疝,需加以鉴别。2004 年 1 月至 2010 年 7 月,我院对 11 例疝环充填式无张力修补术后腹股沟近期再发疝,采用再次疝环充填式无张力修补术,效果满意,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 11 例,均为男性,年龄 45~75 岁。其中 7 例首次手术在我院进行,余 4 例首次手术在外院施行。首次手术均为腹股沟斜疝采用疝环充填式无张力疝修补术,分别于术后 2~10 个月腹股沟区出现再发肿块,其中位于左侧 4 例,右侧 7 例,大小为 2 cm×3 cm 至 4 cm×6 cm,均为可复性,并排除斜疝复发可能。5 例合并前列腺增生。

1.2 材料 采用美国巴德公司 PerFix Plug 疝环充填式网塞、补片。

1.3 手术方法 均采用连续硬膜外麻醉,沿原切口切除原瘢痕,切开皮肤、皮下组织和腹外斜肌筋膜,游离精索,拆除前次手术放置于精索下方的平片,切开提睾肌,探查疝环。11 例前次手术植入的疝环锥状填充物在腹股沟管内环处与腹横筋膜固定确切,但新的疝囊均由直疝三角突出,为腹股沟异时性再发直疝;其中 7 例平片向腹股沟韧带方向移位,未能

完全覆盖直疝三角;4 例平片位置正常,但平片较小,未能完全覆盖直疝三角。11 例前次手术植入的疝环锥状填充物均致密粘连,不予拆除;缝合提睾肌切口,分离直疝疝囊至疝囊颈部,如疝囊较大则予横断,远端旷置,近端高位结扎,切除多余疝囊,疝囊内翻,塞入新的锥状填充网塞,四周与腹横筋膜缝合固定 4~6 针,再将平片尽量平整地覆盖在精索后方腹横筋膜表面,周边与联合肌腱、耻骨结节表面、腹股沟韧带和腹直肌前鞘间断缝合固定约 6~8 针,缝合腹外斜肌腱膜并重建腹股沟管外环,依次缝合皮下组织和皮肤。

### 2 结果

手术时间 55~75 min;术后第 2 天下床活动;3 例发生术后尿潴留,留置导尿;4 例术后切口疼痛需使用 1 次镇痛药物;3 例术后腹股沟有异物感,于术后 3 个月后症状自行消除;无切口感染发生;术后均随访 10 个月,无复发。

### 3 讨论

Lichtenstein 等<sup>[3]</sup>于 1986 年提出无张力疝修补术的概念,随着疝修补网塞和补片的改良,无张力疝修补术在临床上得到广泛的应用。无张力腹股沟疝修补术是用人工合成材料修补腹壁的缺损,由于不需要像传统疝修补术那样强行将缺损的组织缝合,术后患者不适感较轻,恢复较快,手术程序也较简便快捷。但是,无张力腹股沟疝修补术后也有复发和再发其他疝的可能。目前认为,引起复发和再发的主要原因有:(1)首次手术时为复合疝,未能正确诊断,遗漏一个疝未治;(2)术中网塞或平片安放位置不当,固定不可靠,术后发生网塞或平片移位,腹壁

缺损仍存在,因腹腔内压力突然增大,疝内容物可从直疝三角突出形成再发疝。(3)腹股沟再发疝大多数是老年人,腹横筋膜薄弱或缺损,直疝三角无完整的筋膜和肌肉覆盖。同时老年人常合并慢性支气管炎、前列腺增生或便秘等,可导致腹内压增高,也是腹股沟再发疝的原因<sup>[4]</sup>。

对于疝环充填式无张力修补术后异时性再发腹股沟疝的患者,再次采用疝环充填式无张力修补术仍是可靠的治疗方法之一。网塞固定时一定要将网塞与腹横筋膜固定。且当腹内压增高时,网塞可有效地承顶腹腔压力向四周分散,从而降低腹股沟疝的复发率。将平片放置于精索后方,同时覆盖于腹股沟管内环及直疝三角,通过组织的有效粘合及成纤维细胞的浸润生长作用,来加强腹股管后壁。放置平片时应根据患者体型及腹股沟区的大小而选择足够大的平片,并需要覆盖达耻骨梳和腹直肌鞘1.0~1.5 cm,同时需防止补片短缩和移位<sup>[5]</sup>。本组11例腹股沟再发直疝都是由于第1次手术时未能将平片可靠固定,或平片太小不能完全覆盖直疝三角,导致术后腹内压增高时,腹腔内容物从相对薄弱的直疝三角处突出,而形成腹股沟再发直疝。

无张力疝修补术术后并发症主要有出血、感染、慢性疼痛、异物感和缺血性睾丸炎。慢性疼痛多是由于损伤髂腹下神经和髂腹股沟神经<sup>[6]</sup>,或固定平片时将神经与平片一并缝合。因此,术中应注意保护髂腹下神经和髂腹股沟神经。出血和感染则会造成修补的失败。术前预防性使用一次抗生素,预防感染;术中严格无菌操作,彻底止血;术后当天切口沙袋加压,防止血肿形成,可有效预防感染。

#### [参 考 文 献]

- [1] 唐健雄. 疝修补术[J]. 中国实用外科杂志 2006 21(2): 66-67.
- [2] 吴肇汉. 无张力疝修补术: 疝修补手术的新趋势[J]. 中国实用外科杂志 2001 21(2): 65.
- [3] Lichtenstein IL, Shulam AG, Amid PK, et al. The tention-free hernioplasty[J]. Am J Surg, 1989, 157(2): 188-193.
- [4] Rutkow IM, Robbins AW. Mesh plug hernia repair: a follow-up repote[J]. Surgery, 1995, 117(5): 579.
- [5] Amid PK. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery[J]. Hernia, 1997, 1(1): 15-21.
- [6] 胡霜久, 查润生. 疝环充填式无张力疝修补术在老年腹股沟疝中的应用[J]. 蚌埠医学院学报 2008, 33(3): 319-320.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0752-03

· 临床医学 ·

## 粗隆部短弧型切口治疗中、重度臀肌挛缩症 46 例

秦慈南, 高大柱, 方 策, 任文涛, 郑 俊

[摘要]目的:总结粗隆部短弧型切口实施松解术治疗中、重度臀肌挛缩症的可行性、方法及优点。方法:对46例双侧发病的中、重度臀肌挛缩症患者施行粗隆部短弧型切口臀肌挛缩带松解术,术中充分显露髂胫束、臀大肌、臀中肌、臀小肌挛缩带及挛缩的后关节囊,同时实施彻底松解。结果:46例均取得随访,时间6~26个月,术后功能恢复情况:优76例,良12例,可4例,差0例,总体优良率95.6%。结论:该术式能充分显露各个挛缩带,松解彻底,同时又具有创伤小、出血少、手术时间短、术后恢复快、疗效优良等优点。

[关键词] 臀肌挛缩症; 弧形切口; 外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 685.1 [文献标识码] A

近年来,随着对臀肌挛缩症认识的深入,相关的诊断、治疗方法已有较多报道<sup>[1-3]</sup>,在治疗上绝大部分均采用手术松解方法,但早期术式多种多样<sup>[1,4]</sup>。随着治疗经验的不断积累,现手术方法均向小切口、微创化方向发展<sup>[5]</sup>。1998年3月至2006年10月,我科共收治46例中、重度臀肌挛缩症患者,并予以粗隆部短弧型切口松解术,现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组46例,男26例,女20例;年龄6~22岁。病程0.5~16年。均为双侧发病,共92侧。根据贺西京等<sup>[6]</sup>分型标准,其中中度68侧,重度24侧。44例有反复多次的双侧臀部注射史,2例注射史不明确。

1.2 手术方式 所有病例均做两侧手术,一次完成。在持续硬膜外麻醉、腰麻或全麻下,平卧位,双下肢及臀部由助手抬起,同时消毒、铺巾,会阴部遮

[收稿日期] 2010-12-31

[作者单位] 安徽省肿瘤医院 骨科 安徽 合肥 230031

[作者简介] 秦慈南(1972-) 男 主治医师。