

腹腔镜腹股沟疝修补 214 例经验总结

李永崇 马晗^{通讯作者}

新疆生产建设兵团第一师医院 新疆阿克苏 843000

摘要:目的:对选择 214 例接受腹腔镜腹股沟疝修补的患者资料进行经验总结。方法:此次探究实验选取 214 例 2017 年 1 月至 2020 年 1 月期间在我院接受腹腔镜腹股沟疝修补术(TFP)或者腹腔镜经腹膜前修补术(TAPP)进行治疗的患者临床资料作为实验的对象,比较分析选取患者的临床资料。结果:患者的手术平均时间为(45.92±10.37)min,术中平均出血(12.60±2.98)ml,平均住院时间为(4.35±2.31)天,在患者出院之后随访一年,出现腹膜前间隙水肿、阴囊水肿、腹股沟静脉曲张、局部疼痛、病情复发以及术后感染的概率分别为:3.27%(7/214)、0.93%(2/214)、1.40%(3/214)、0.00%(0/214)、0.47%(1/214)。结论:腹腔镜腹股沟疝修补术临床应用效果好,患者在手术之后可以很快恢复,并且并发症的发生概率也非常低,基本不会复发,值得临床推广及应用。

关键词:腹腔镜;腹股沟疝;疝修补术

腹股沟区是位于人体大腿和下腹壁的交界部位的三角区,腹股沟疝是指患者的腹股沟区出现缺损,腹腔内的内脏向人体的体表突出,从外表看会有一个突起的包块。在临床中根据腹壁下动脉和疝环的关系将腹股沟疝分为直疝和斜疝两种^[1],而腹股沟斜疝又分为后天性的和先天性的两种,从位于腹壁下动脉外侧的腹股沟管深环突出,向内下,向前斜行经腹股沟管,再穿出腹股沟浅环,可进入阴囊中,腹股沟斜疝占腹股沟疝的 95%,患者左侧出现的概率小于右侧出现的概率,男性发病的概率远大于女性。腹股沟直疝从腹壁下动脉内侧的腹股沟三角区直接由后向前突出,不经内环,不进入阴囊,仅占腹股沟疝的 5%^[2],老年人发生腹股沟直疝的可能性增加,但是仍然以腹股沟斜疝为主要表现形式。腹股沟疝如果没有及时进行治疗,可能会引起各种并发症,在临床上治疗腹股沟疝一般分为保守治疗和手术治疗两种方式,保守治疗只能缓解患者的症状,或者对疾病的发展起到延缓的作用,无法进行根治^[3]。手术治疗中,近年来随着医疗技术的不断提升,腹腔镜在临床手术中应用的越来越广,在治疗腹股沟疝时,应用腹腔镜腹股沟疝修补进行治疗非常常见。本文选取 214 例接受治疗的患有腹股沟疝的患者作为研究对象,统计研究其临床资料,总结腹腔镜腹股沟疝修补临床经验。现将具体情况报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次探究实验选取 214 例 2017 年 1 月至 2020 年 1 月期间在我院接受腹腔镜腹股沟疝修补术或者腹腔镜经腹膜前修补术进行治疗的腹股沟疝患者临床资料作为实验的对象,其中男性和女性患者分别有 195 例、19 例,患者的年龄在 3-89 岁之间,平均年龄为(52.61±5.67)岁,其中未成年患者有 2 例,单侧疝和双侧疝分别有 168 例、46 例;斜疝和直疝分别有 149 例、65 例。

入组标准:①研究对象均符合腹股沟疝的临床诊断标准;②患者或患者家属均知晓治疗方案,签署知情同意书;③患者的临床资料完整。

排除标准:①患有血液系统疾病或者免疫系统疾病的患者;②患有其他类型的精神疾病或有既往精神病史患者,在治疗过程中无法正常交流。

1.2 治疗方法

TAPP:对患者进行全身麻醉处理,之后进行气管插管,如果患者有前列腺增生的病史则需要对患者放置导尿管。患者的头部保持比脚部高并且向健康的一侧侧卧的姿态进行手术,手术过程中主刀医生站在患者健康的一侧,手术助手在患者的头侧持镜^[4]。在患者的肚脐上做一个 10mm 的切口,建立二氧化碳气腹,并且将压力维持在 2.0kPa,将腹腔镜镜头与 10mm 的 Trocar 放置进去,在腹直肌外缘患侧平脐,健康的一侧比脐水平线略低 3-5cm 的地方做一个 5mm 的切口,将 5mm 的 Trocar 放置进去。在进入患者的腹腔之后判断观察患者健康一侧是否存在隐秘疝,在疝缺损上缘 3cm 处,从髂前上嵴到脐内侧皱裂处使用带电剪刀切开腹膜,在上下缘的腹膜瓣游离,进入腹膜前的间隙^[5],将腹膜前间隙进行锐性分离,将腹壁下的血管解剖出来,将耻骨、肌腱等部位联合起来,将疝囊完全剥离,粘连比较严重或者体型比较大的疝囊可以进行横断。在耻骨孔上放置成型补片,在处于有利状态的腹膜前间隙内将补片展平,展平之后的补片内侧应该插入耻骨膀胱间隙,上方边缘应该超出疝环 3cm,外侧应该到髂前上嵴,下方将危险三角覆盖超过 6cm^[6]。对于缺损的情况使用疝钉或者生物胶进行固定补片,使用可吸收线镜下缝合腹膜。

TEP:对患者进行全身麻醉处理,之后进行气管插管,患者的头部保持比脚部高并且向健康的一侧侧卧的姿态进行手术,在患者的脐下正中部位作一个 10mm 的切口,切口为纵行切口,将皮肤切开之后,使用皮肤拉钩将皮下组织和皮肤均向两侧牵拉,横向切开患者的腹直肌后鞘,在将腹直肌向两侧拉开,充分使得患者的腹直肌后鞘暴露出来,使用手指紧贴后鞘继续分离,将这个地方的腹膜前间隙充分扩大,将 10mm 的 Trocar 放置近腹膜前间隙,建立二氧化碳气腹,并且将压力维持在 1.5kPa,在腹直肌外缘患侧平脐,健康的一侧比脐水平线略低 5cm 的地方做一个 5mm 的切口,将 5mm 的 Trocar 放置进去。在拓展至耻骨膀胱间隙时使用电凝分离间隙,将耻骨膀胱的间隙充分分离,将耻骨联合、耻骨结节、腹壁下的血管以及耻骨梳韧带等部位完全显露出来,沿着患者的腹壁下血管下方进入到患者的髂窝间隙,并向髂前上嵴处拓展,将疝囊完全充分暴露出来,并且剥离疝囊,精索腹壁化,当出现疝囊过大而无法进行彻底剥离时,在横断疝囊

前或者后将近端腹膜关闭, 放置腹膜出现缺损的现象^[7], 在肌耻骨孔上放置成型补片, 在处于有利状态的腹膜前间隙内将补片展平, 展平之后的补片内侧应该插入耻骨膀胱间隙, 下方将危险三角覆盖超过 6cm, 外侧应该到髂前上嵴, 上方边缘应该超出疝环 3cm。

1.3 统计学分析

本组实验涉及到的数据信息统一采用 SPSS20.0 软件进行统计学分析, 计量资料用 t 检验, 用均值标准差表示, 计数资料用 X² 检验, 用%表示, 组间比较, 差异显著性水平均为: P<0.05。

2 结果

所有患者均顺利完成腹腔镜腹股沟疝修补术 (TFP) 或者腹腔镜经腹腹膜前修补术 (TAPP), 患者的手术的时间范围在 25-180min 之间, 平均时间为 (45.92±10.37) min, 术中出血量范围在 5-30ml 之间, 平均出血 (12.60±2.98) ml, 住院时间在 3-9 天之间, 平均住院时间为 (4.35±2.31) 天, 在患者出院之后随访一年, 出现腹膜前间隙水肿、阴囊水肿、腹股沟静脉曲张、局部疼痛、病情复发以及术后感染的概率分别为: 3.27% (7/214)、0.93% (2/214)、1.40% (3/214)、0.00% (0/214)、0.47% (1/214)。

3 讨论

临床上腹股沟疝属于比较常见的疾病类型, 成年人和未成年人都可能发病, 但是成年人腹股沟疝之后无法进行治愈, 使用手术治疗是唯一的临床治疗办法。在进行手术治疗时, 分为传统手术和腹腔镜下的微创手术, 接受传统手术的患者在术前、术后禁食, 术后要卧床数日、输液, 安置尿管, 患者术后疼痛剧烈, 恢复慢, 复发率高, 许多合并有心、肺、脑血管疾病的患者因不能耐受全身麻醉或局部麻醉而无法手术^[8]。腹腔镜下的微创手术分为腹腔镜腹股沟疝修补术 (TFP) 或者腹腔镜经腹腹膜前修补术 (TAPP) 两种, 近年来, 腹腔镜手术和微创技术均取得重大进展, 接受腹腔镜下微创手术具有创伤小、恢复快、复发率低等优点。目前腹腔镜腹股沟疝修补术已经可以对患者的肌耻骨孔进行全覆盖, 因此复发率远低于传统的手术, 而且在进行腹腔镜腹股沟疝修补术时, 可以发现同侧合并的其他疝, 比如腹膜前疝以及股疝等等^[9], 腹腔镜经腹腹膜前修补术也比较容易发现对侧的隐秘疝。

本次探究实验将接受腹腔镜腹股沟疝修补术 (TFP) 或者腹腔镜经腹腹膜前修补术 (TAPP) 两种的患者资料进行统计, 研究数据显示: 没有患者出现病情复发的现象, 说明使用腹腔镜腹股沟疝修补术的临床效果非常好, 患者的术中出血量以及手术的时间均比较少, 患者出院之后随访一年, 出现腹膜前间隙水肿、阴囊水肿、腹股沟静脉曲张、局部疼痛以及术后感染的概率分别为: 3.27% (7/214)、0.93% (2/214)、1.40% (3/214)、0.47% (1/214)。腹腔镜腹股沟疝手术之后出现血清肿时最常见的并发症, 主要的原因是患者的疝囊被播出之后, 在镜腔之下远端的组织就会形成腔隙, 并且在进行消灭时无法进行有效的消灭, 如果患者的腹股沟疝类型是直疝, 可以将假的疝囊拉回固定于耻骨韧带, 从而达到彻底消灭腔隙的目的, 当患者的腹股沟疝类型是斜疝则比较难以消灭腔隙, 如果患者的腹股沟疝达到三级以上, 远端的腔隙就会非常大,

从而非常容易形成书友血清肿, 因此对于这种患者, 在临床上会短期地采用放置主动负压引流的装置进行吃力, 减少术后血清肿的发生概率^[10]。术后手术部位出现渗血的现象也是术后出现血清肿的原因之一, 因此在对腹股沟区进行解剖时, 要想顺利地完成任务就需要正确地进行解剖并且充分暴露关键的部位。对于出现局部疼痛以及术后感染的患者, 在手术之后两个月内均完全缓解。

综上所述, 腹腔镜腹股沟疝修补术对于接受治疗的腹股沟疝的患者而言, 在改善患者临床症状方面有一定的帮助, 有助于患者加速恢复, 在手术之后创伤比较小, 患者的疼痛感比较轻, 治疗过程安全有效, 双侧疝不需要将切口的数量增加, 复发疝不需要在原切口处再次进行手术, 再手术过程中还比较容易发现隐匿的疝或者合并的其他类型的疝, 值得在临床上大力推广。

参考文献

- [1] 王辉, 孙杰, 陈先志, 李瑞, 张家泉, 王琦. 腹腔镜下经腹腹膜前疝修补术与疝环充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效比较[J]. 中国临床保健杂志, 2018, 21(2): 271-274.
- [2] 王刚, 沈根海, 高泉根, 沈昊. 腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术与开放无张力腹股沟疝修补术治疗老年腹股沟疝的临床效果[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(7): 1646-1648.
- [3] 汤治平, 赵象文, 梁志宏, 丁纪伟, 刘书强, 梁志成, 江雪峰, 华伟, 张伟耀, 韩月锋. 腹膜外间隙空间的建立与细分对耻骨肌孔后腹股沟疝修补术的意义[J]. 解剖学研究, 2010, 32(5): 344-348.
- [4] 皮尔地瓦斯, 克力木, 艾克拜尔, 玉苏甫, 阿力木. 腹腔镜下经腹腹膜前补片疝修补术和开放无张力疝修补术的临床对比分析[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2011, 5(4): 25-28.
- [5] 刘宁, 吕云福, 陈一明, 黄海, 伍海鹰, 王葆春, 常顺伍, 黄伟炜, 邱庆安. 经腹腹膜前疝修补术与全腹膜外疝修补术治疗双侧腹股沟疝的效果比较[J]. 广东医学, 2016, 37(9): 1362-1365.
- [6] 宫政, 刘泽刚, 王世清, 莫平, 杨彦, 丛雷, 乔丹, 崔明. 经腹腹膜前疝修补术治疗腹股沟复发疝的临床应用[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2015, 9(2): 29-31.
- [7] 刘汇明, 袁义磊, 于素芹, 丁洪华, 王阳, 高红雷, 孙作成. 腹腔镜经腹腹膜前疝修补术与 Lichtenstein 术治疗成年人腹股沟复发疝的术后疼痛分析[J]. 中国医师进修杂志, 2017, 40(4): 325-328.
- [8] 程家平, 文坤明, 李建国, 陈正权, 曾庆良. 腹腔镜经腹腹膜前疝修补与开放式网塞填充式无张力修补术治疗腹股沟复发疝对比分析[J]. 重庆医学, 2017, 46(20): 2842-2844.
- [9] 王帆, 靳翠红, 赵凤林, 申英末, 陈杰. 自固定补片与钉合固定补片在巨大腹股沟疝行腹腔镜经腹腹膜前疝修补术中的对比研究[J]. 首都医科大学学报, 2017, 38(6): 911-914.
- [10] 付健, 孙建明, 陈以宽, 祁小桐, 罗海龙. 自固定补片在腹腔镜腹股沟疝修补术与开放式无张力腹股沟疝修补术中的临床对照研究[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2017, 11(6): 437-440.