

# 腹腔镜腹股沟疝术后血清肿原因分析及防治体会

## The etiology and treatment strategy of postoperative seroma of laparoscopic inguinal hernia repair

陈应贤 雷长波 陈杰  
(成都东部新区中西医结合医院 四川 成都 641421)

**【摘要】**目的: 探讨腹腔镜腹股沟疝修补术后出现血清肿的原因进行分析, 并结合临床采取相应防治措施。方法: 采取回顾性分析 2018 年 2 月至 2010 年 9 月期间成都东部新区中西医结合医院收治并施行腹腔镜腹股沟疝手术 562 例临床资料, 对其术后血清肿的发生情况加以观察, 并分析其原因及防治措施。结果: 早期手术未采取防治措施 56 例中, 血清肿发生 11 例, 发生率为 19.6%, 采取相应防治措施后的 506 例中, 血清肿发生 14 例, 发生率为 2.76%。以 I - II 型患者较常见, III - IV 型出现后经 4-8 周加压包扎仍不吸收者需抽液并加压治疗。1 例 IV 型行二期鞘膜囊切除引流。结论: 腹腔镜腹股沟疝手术中采取精细操作, 关闭腔隙, 在引流以及术后采取加压包扎, 可以减少血清肿现象的出现, 值得推广。

**【关键词】**腹腔镜; 腹股沟疝; 疝修补术; 血清肿

**【Abstract】**Objective To investigate the etiology and treatment strategy of postoperative seroma of laparoscopic inguinal hernia repair. Methods A total of 562 patients admitted to Chengdu Eastern New Area Integrated Chinese Traditional And Western Medicines Hospital from February 2018 to September 2020 who underwent laparoscopic inguinal hernia repair were selected as subjects to observe the incidence of postoperative seroma. The causes were analyzed, and relevant countermeasures were formulated. Results There were 11(19.6%) cases of postoperative seroma among the 56 patients without preventive measures and 14 (2.76%) cases for the 506 patients with corresponding preventive measures. Type I and type II are more common. Paracentesis and pressure therapy were needed for Type III and IV who were not absorbed after 4 to 8 weeks' pressure dressing. There was one case of type IV with secondary stage tunica vaginalis capsule resection and drainage. Conclusions The occurrence of seroma in laparoscopic inguinal hernia surgery can be effectively reduced by subtle manipulation, closing the space, drainage and postoperative pressure dressing.

**【Key words】**laparoscopy, inguinal hernia, hernia repair, seroma

目前, 腹腔镜疝修补术凭借独特的优势成为了临床治疗腹股沟疝的方式之一, 但是其术后并发症血清肿的远远高于开放手术, 给临床医生尤其是初学者带来较大的困扰<sup>[1]</sup>。本研究通过回顾性分析 2018 年 2 月至 2010 年 12 月期间成都东部新区中西医结合医院收治并施行腹腔镜腹股沟疝手术 562 例临床资料, 对其展开研究, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本组患者收集 2018 年 2 月至 2010 年 12 月期间我院收治并施行腹腔镜腹股沟疝手术连续病例, 共计 562 例, 其中, 男 491 例, 女 71 例; 年龄 22~89 岁, 平均 57 岁; 单侧 455 例, 双侧 107 例; 复发疝 37 例。腹股沟斜疝 332 例, 腹股沟直疝 217 例, 股疝, 闭孔疝 1 例; 将 562 例患者进行分型, 包括 I 型 91 例, II 型 201 例, III 型 217 例, IV 37 型例; 415 例患者行腹腔镜经腹膜前疝修补术, 147 例患者行腹腔镜完全经腹膜外疝修补术, 所有患者所采用的疝补片型号为 15\*10cm3D 聚丙烯补片。本次研究经医院伦理学会批准, 患者签署知情书, 患者一般资料无差异, 可对比分析 ( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 方法

通过回顾性分析 2018 年早期 56 例, 未行术中缝合、引流以及术后加压等措施与之后 506 例采取相应措施后, 根据患者年龄, 性别, 腹股沟疝的种类, 腹股沟疝分型, 手术时间, 手术方式等指标进行分析。其中血清肿主要是指在组织间隙或者腔隙中所形成的液体团块, 比如像水、电解质、血浆蛋白, 其位置主要在补片前腹壁之前。对血清肿的分型主要分为 I、II、III、IV 四种类型, 其中 I 型是指血清肿的时间  $< 1$  个月, II 型是指血清肿的时间  $> 1$  个月; III 型是指患者有明显症状的可能

需要治疗血清肿及相关并发症; IV 型是指指患者有明显症状的需要治疗血清肿及相关并发症。两组患者治疗后续给予观察与随访, 时间界定为 7d, 一个月, 三个月, 一年。

#### 1.3 统计学处理

采用 EXCLE 进行数据分析, 根据年龄, 性别、年龄、腹股沟疝种类, 腹股沟疝分型, 手术时间, 手术方式, 离断疝囊、术后加压等资料进行样本检验, 通过其影响因素进行相关性分析 (见下表)。

### 2 结果

562 例患者, 术后出现血清肿共计 25 例, 发生率为 4.4%, 其中早期手术未采取防治措施 56 例中, 血清肿发生 11 例, 发生率为 19.6%, 采取相应防治措施后的 506 例中, 血清肿发生 14 例, 发生率为 2.76%。血清肿多为 II、III 型, 大多经过术后压迫 4~8 周, 后会自行吸收, 如加压 2 月后仍未吸收则需抽液后加压, 每周 1 次, 经多次抽吸后可缓慢的自行吸收<sup>[4]</sup>。对于 1 例巨大阴囊疝患者, 术后积液较多, 估计抽液效果不佳, 经二期型鞘膜囊切除引流后解除。

### 3 讨论

自 1884 年 Bassini 术以来, 疝手术史逐渐的走进医院之中, 随即“无张力疝修补术”提出之后, 带来了补片材料革命, 建立了新的里程碑; 而腹腔镜疝修补术的出现, 由于其创伤小、恢复快, 美观的优点, 迅速受到广大医师及患者的喜爱, 应该是疝手术史的第三个里程碑。但是血清肿的高发却带来了困扰, 各相关研究数据均有所不同, 存在差异性<sup>[5]</sup>, 其差异的原因需要仔细分析, 经过科学数据的比较, 以及术者临床观察实践得出以下观点: 1. 术前与患者沟通血清肿出现的原因及防治措施, 是非常重要的, 避免术后患者误认为是复发或不理解而引发纠

纷。2. 血清肿与手术中过多使用电切、电凝造成组织水肿、渗出，而腹壁组织疏松及薄弱未能修复是根本原因。3. 血清肿与术者手术熟练度，手术时间有一定关系，初学者常常不熟悉正确的解剖层面，造成出血而过多电凝，以及过多或过少的分离范围，以致手术时间较长，随着手术熟练度的上升，就会得到逐渐进步改善。4. 血清肿常发生于腹股沟直疝及较大的阴囊疝，故术后手术区压迫，非常必要，由于腹股沟区不容易包扎，笔者个人经验是术后患者穿女士束身裤（大腿中上部到脐部都具有较强束缚力），然后在腹股沟区薄弱处再放置一折叠好的新毛巾。保持术后1月以上。5. 对II、III型腹股沟直疝行套扎或缝合薄弱松弛的腹横筋膜（假疝囊），消灭死腔是有必要的。6. 对阴囊疝的疝囊横断还是完全剥离<sup>[6]</sup>，众说纷纭，目前尚有争议，但笔者认为其实都可以，主要看术中操作顺利与否，关键是术后压迫。7. TAPP或TEP两种手术方式对血清肿的发生率没有太大的差异，但是需要医生根据患者的意愿以及自己对手术的掌握程度针对性的选择手术方式。

综上所述，腹腔镜疝修补术后血清肿的发生，大多出现在直疝、股疝及大的阴囊疝，而我们术前的有效沟通，术中精细操作、缝合关闭假疝囊以及术后持续压迫等措施的运用，会减少血清肿的发生率，而发生血清肿后经过抽吸压迫等手段大多都会取到很好的效果。

参考文献：

[1] Birch DW.Characterizing laparoscopic incisional hernia repair[J].Can JSurg,2007,50:195-201.  
 [2] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组，中华医学会外科学分会疝与腹壁外科学组，大中华腹腔镜疝外科学院，腹股沟疝腹腔镜手术规范化操作指南 [J/CD]. 中华疝和腹壁外科杂志（电子版），2013,7（5）：1-3.  
 [3] 王平. 腹腔镜腹部疝修补术后血清肿分型的解读 [J/CD]. 中华疝和腹壁外科杂志：电子版，2013,7（2）：107-108.  
 [4] Muysoms F,Campanelli G,Champault GG,et al.EuraHS:the development of an international online platform for registration and outcome measurement of ventral abdominal wall hernia repair[J].Hernia,2012,16(3):239-250  
 [5] Morales-Conde S.A new classification for eroma after laparoscopic ventral hernia repair[J].Hernia,2012,16(3):261-267  
 [6] 李建文，李航宇，李基业，等. 疝囊离断与术后血清肿的关系 [J]. 中国实用外科杂志，2017,37（11）：1235.

作者简介：

陈应贤，男，46岁，汉族，大学本科，普外科副主任医师，外科主任，工作单位：成都东部新区中西医结合医院。

腹腔镜腹股沟疝术后血清肿发生情况								
项目		总例数	I型	II型	III型	IV型	统计值	P值
性别	男	491	5	12	7	1	1.849902	0.11631
	女	71						
年龄	20~40	87	1	1			6.675602	0.00548
	40~60	274	2	4	2		3.320031	0.04163
	60~90	201	2	8	5	1	2.330967	0.08147
疝种类	斜疝	332			3	1	4.711972	0.01742
	直疝	217	5	11	3		2.13334	0.094
	股疝	24		1	1		6.675602	0.00548
疝分型	I型	91						
	II型	237	1	3	1		4.210768	0.02368
	III型	197	4	9	5		2.19375	0.08994
	IV型	37			1		9.44913	0.00115
手术方式	TAPP	415	4	10	6	1	2.025604	0.10181
	TEP	147	1	2	1		4.711972	0.01742
离断疝囊	有	166	2	5	3	1	2.823785	0.05785
	无	396	3	7	4		2.496346	0.07247
安置引流	有	12		1	2		5.445759	0.01123
	无	550	5	11	5	1	1.977272	0.10556
缝合关闭	有	154	3	8	2	1	2.496346	0.07247
	无	408	2	4	5		2.823785	0.05785
加压包扎	有	506	5	11	2	1	2.13334	0.094
	无	56	2	4	5		2.823785	0.05785
手术时间	<60min	177	1	4	2		3.552422	0.03583
	>60min	385	4	8	5	1	2.19375	0.08994
总例数	562		5	12	7	1		