

腹腔镜腹股沟疝无张力修补术 56 例临床体会

郭姝婧, 曾玉剑, 施承民, 罗华友
(昆明医科大学第一附属医院, 云南昆明 650032)

[摘要] **目的** 探讨腹腔镜腹股沟疝修补的临床治疗效果. **方法** 回顾性分析昆明医科大学第一附属医院 2011 年 7 月至 2012 年 4 月共 56 例施行腹腔镜腹股沟疝无张力修补术患者的临床资料. **结果** 56 例患者均顺利完成手术. 单侧疝手术时间 TAPP 40~87 min, TEP 35~76 min, 双侧疝手术时间 TAPP 75~120 min, TEP 60~110 min, 术后均 1~3 d 出院, 平均 (1.4 ± 0.9) d. 全部随访 (门诊或电话) 5~9 个月, 其中 92% 患者则表示较传统开放式腹股沟疝无张力修补术更愿意选择 LIHR. **结论** 腹腔镜腹股沟疝修补术有其优点, 发展空间广阔.

[关键词] 腹股沟疝; 腹腔镜; 无张力疝修补术

[中图分类号] R656.2¹ **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4706 (2012) 12-0121-03

The Clinical Experience of 56 Cases of Laparoscopic Inguinal Hernia Repair

GUO Shu-jing, ZENG Yu-jian, SHI Cheng-min, LUO Hua-you
(Dept. of Gastrointestinal and Hernia Surgery, The 1st Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650032, China)

[Abstract] **Objective** To investigate some clinical experiences of laparoscopic inguinal hernia repair. **Method** The retrospective analysis was made on the clinical data of 56 patients who suffered from laparoscopic inguinal hernia repair from July. 2011 to Apr. 2012. **Results** All patients received successful laparoscopic inguinal hernia repair. The unilateral mean operative time was (44-87) min for TAPP, and (35-76) min for TEP. The bilateral mean operative time was (75-126) min for TAPP, and (67-115) min for TEP. The average postoperative stay was (1.4 ± 0.9) days (range 1-3). All patients were followed up (outpatient service or telephone) for 5-9 months, compared to traditional tension-free inguinal herniorrhaphy, 92% of the patients were willing to choose LIHR. **Conclusion** Laparoscopic inguinal herniorrhaphy has its advantages, and has broad space for development.

[Key words] Inguinal hernia; Laparoscope; Tension-free herniorrhaphy

自 1982 年 Ger 实施了世界上第 1 例腹腔镜疝修补术后, 因其损伤小、术后恢复快的优势得到广泛应用, 发展至今已有 20 余年. 目前技术已较成熟, 其合理性也得到了证实^[1]. 目前手术方式主要包括经腹腹膜前腹腔镜腹股沟疝修补术 (laparoscopic transabdominal preperitoneal hernia repair, TAPP) 和腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术 (totally extraperitoneal hernia repair, TEP). 选择昆明医科大学第一附属医院 2011 年 7 月至 2012 年

4 月施行腹腔镜腹股沟疝修补术的患者 56 病例的资料, 总结一些临床体会如下.

1 资料与方法

1.1 资料

选择昆明医科大学第一附属医院 2011 年 7 月~2012 年 4 月胃肠与疝外科所收治的自愿接受腹腔镜疝修补术的腹股沟疝患者 56 例, 其中, 腹

[作者简介] 郭姝婧 (1986~), 女, 云南昆明市人, 在读硕士研究生, 主要从事消化道肿瘤临床工作.

[通讯作者] 罗华友. E-mail:turnsoleg@sina.cn

腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术 (TEP) 36 例, 腹腔镜经腹膜前腹股沟疝修补术 (TAPP) 20 例. 男性 52 例, 女 4 例. 年龄 (27~81) 岁, 年龄平均 55.4 岁. 单侧疝 50 例, 双侧疝 6 例. Nyhus 分型标准: II 型 14 例, III 型 42 例, 其中 III A 型 5 例, III B 型 37 例, IV 型 3 例.

1.2 手术方法

腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术 (TEP) 于脐下 0.5~1.0 cm 处做一 1.0 cm 的小切口, 至腹白线. 将皮肤和皮下组织用拉钩向两侧牵拉, 显露腹直肌鞘前层. 切开白线, 暴露两侧腹直肌, 用拉钩将腹直肌向两侧分开, 进入到腹直肌与腹直肌鞘后层之间的间隙, 将 10 mm Trocar 置入腹膜前间隙并缝线于切口周围皮肤固定套管, 建立 CO₂ 气腹, 压力维持在 12~15 mmHg, 置入腹腔镜镜头, 向耻骨联合方向钝性、轻柔分离腹横筋膜, 建立耻骨后腹膜外间隙. 在脐孔与耻骨联合正中联线上、下各 1/3 处穿刺 5 mm Trocar, 充分分离腹膜前间隙, 达到“精索成分的腹壁化”, 继续分离回纳或横断疝囊. 分离腹膜前间隙范围内侧至耻骨联合、外侧至腰大肌和髂前上棘, 上方至联合腱上至少 2.0 cm, 内下方至耻骨梳韧带和闭孔水平, 外下方至精索成分腹壁化 (内环口 6~8 cm), 植入补片、展平覆盖上述腹膜前间隙. 用 PROTACK 5 mm 连发式内镜螺旋钉固定, 固定点可在腹直肌外缘、耻骨结节骨膜、耻骨梳韧带和联合肌腱处. 分层缝合穿刺点.

经腹膜前腹腔镜腹股沟疝修补术 (TAPP) 于脐轮下缘弧形切开皮肤 1.0 cm, 用小拉钩协助暴露. 分离中线及两侧各约 1 cm 的腹直肌前鞘, 分别横行切开约 1 cm, 由对侧经腹直肌前鞘 (双侧疝患者左右皆可) 切口建立气腹, 压力 12~15 mmHg, 穿刺 10 mm Trocar, 置入腹腔镜, 于两侧腹直肌外侧平脐水平分别置入 5 mm Trocar, 探查双侧腹股沟、股疝, 明确疝的部位、大小、内容物等, 有无隐匿性腹外疝、双侧疝、复合疝等. 记录疝的类型 (Nyhus 分型). 在疝损伤上缘自脐内侧韧带至髂前上棘切开腹膜进入腹膜前间隙, 完成“精索成分腹壁化”过程, 分离回纳或横断疝囊. 分离腹膜前间隙范围及补片植入同 TEP, 于腹直肌背侧缘、陷窝韧带、耻骨梳韧带固定补片, 2-0 vicry 线连续缝合关闭腹膜. 分层缝合穿刺点.

2 结果

56 例患者全部顺利完成手术, 术前考虑单侧腹股沟疝, TAPP 中证实为双侧疝者 4 例, 发现隐匿性疝 8 例. 单侧 TAPP 手术时间 TAPP 40~87 min, TEP 35~76 min, 双侧 TAPP 手术时间 75~120 min, 双侧 TEP 60~110 min, 术中失血量约 2~20 mL. 术后第 1 天, 48 例下床活动, 平均术后 (8~23) h. 53 例术后疼痛能忍受, 未使用镇痛处理. 术后 1~3 d 出院, 平均 (1.4±0.9) d. 56 例全部随访 (门诊或电话) 5~9 个月, 阴囊气肿 2 例, 阴囊血肿 4 例, 暂时性异物疼痛感 1 例. 随访期内, 复发 0 例, 远期效果有待进一步随访. 其中 52 例 (92.9%, 95%CI 为 82.71%~98.02%) 患者在术后仍表示愿意选择 LIHR.

3 讨论

腹股沟疝是普通外科的常见病和多发病, 随着国内医疗水平和全民医疗保健意识的提升, 越来越多的腹股沟疝患者在无腹股沟疝相关并发症发生的条件下, 更积极地接受手术治疗. 而其手术治疗方式也由最初的传统疝修补术发展到无张力疝修补术, 再到目前应用广泛的腹腔镜疝修补术 (laparoscopic inguinal hernia repair, LIHR), 最常用 TAPP 和 TEP.

就目前国外的一些研究^[1-4]提示, LIHR 较传统腹股沟疝修补、开放无张力腹股沟疝修补术具有住院时间少、术后恢复快、手术切口微小、术后异物疼痛感少、复发率低、且未增加手术并发症等优势. 而在昆明医科大学第一附属医院 56 例患者术后的随访中, 绝大部分患者也都肯定了 LIHR 有主观舒适度好、疼痛少、微创化的特点. 其中 92% 患者更在术后表示仍愿意选择 LIHR. 也就是说, 患者在心理接受度上更倾向于 LIHR, 加之 LIHR 可广泛应用于包括 I 型、II 型、III 型和 IV 型的腹股沟直疝、斜疝和股疝患者 (中华外科疝与腹壁外科学组 2003 年 8 月修订稿)^[5], 由此可见, LIHR 的发展空间广阔, 作为手术医师则有必要学习并掌握 LIHR.

对于禁忌症, 有文献^[6]报道有下腹部手术史、嵌顿疝、滑疝、巨大完全性阴囊疝、难复性疝患者应进行个体化分析, 谨慎选择各种腹腔镜腹股

沟疝修补的方式. 在昆明医科大学第一附属医院 56 例病例中, 因是 LIHR 开展早期, 在手术方式的选择上由医师和患者同时决定, 未出现上述情况, 此结论并未得到明确证实, 尚待进一步总结.

在并发症方面, 与传统疝修补术、开放式疝无张力修补术相比较, 国内^[4]也有一些报道显示, 在腹腔镜腹股沟疝修补术中, 并发症发生率前 5 位依次为阴囊气肿 (43.3%)、暂时性神经感觉异常 (17.9%)、血清肿 (9.0%)、尿潴留 (7.5%) 和 Trocar 疝 (1.5%), 在 LIHR 其发生率并无明显增加^[8]. 而昆明医科大学第一附属医院 56 例病例中虽也出现了阴囊气肿、血清肿、暂时性神经感觉异常病例, 经处理后均改善. 在 56 例病例中常见并发症并未完全体现出来, 可能由于病例数相对较少, 也可能在一定程度上证实 LIHR 确实未明显增加手术常见并发症.

对于 LIHR, 必须单独提出的是 LIHR 特有的手术视野和解剖层次, 这一特点更便于昆明医科大学第一附属医院发现隐匿性腹股沟疝, 并可同时处理^[5,9], 减少患者手术费用, 避免患者二次住院, 提高患者对手术的心理承受度, 在昆明医科大学第一附属医院的 56 例病例中此优点很鲜明. 同时, 正因为 LIHR 的这一特点也提示我们一例成功的 LIHR 需要术者熟练掌握腹股沟区解剖特点和腹腔镜操作技能. 国内外^[10,11]研究也有类似结论.

综上所述, LIHR 是一种相对安全和有效的手术方式, 其具有微创化、更便于术者发现潜在腹股沟疝、患者接受程度高等优点, 势必会受到更多手术医师的青睐, 随之发展成为成人腹股沟疝修补术的主流手术方式. 作为术者, 掌握 LIHR 的关键需要熟悉腹股沟区解剖特点、腹腔镜的操作技能, 并在临床实践中不断总结提高. 而昆明医科大学第一附属医院开展 LIHR 至今时间尚短, 经验尚浅, 仍需进一步完善.

[参考文献]

[1] MCCORMACK K, SCOTT N W, GO P M, et al. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia

- repair[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, 4(1): 1 785.
- [2] SCHMEDT C G, SAUER LAND S, BITTNER R. Comparison of endoscopic procedures v s Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Surg Endosc*, 2005, 19(2): 188 - 199.
- [3] COLAKT, AKCAT, KANIK A, et al. Randomized clinical trial comparing laparoscopic totally extraperitoneal approach with open mesh repair in inguinal hernia repair [J]. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2003, 13(3): 191 - 195.
- [4] BINGENER J, BUCK L, RICHARDS M, et al. Long-term outcomes in laparoscopic vs open ventral hernia repair [J]. *Arch Surg*, 2007, 142(6): 562 - 567.
- [5] 中华医学会外科分会腹腔镜与内镜外科学组. 腹腔镜腹股沟疝修补术常规[S]. *腹腔镜外科杂志*, 2006, 11(2): 179.
- [6] EKLUND A, RUDBERG C, LEIJONMARCK C E, et al. Recurrent inguinal hernia: randomized multicenter trial comparing laparoscopic and Lichtenstein repair [J]. *Surgical Endoscopy*, 2007, 21(4): 634 - 640.
- [7] 李健文, 郑民华, 臧璐, 等. 腹腔镜腹股沟疝修补术后复发与并发症分析[J]. *外科理论与实践*, 2006, 7(6): 431 - 433.
- [8] PIERCE R A, SPITLER J A, FRISELLA M M, et al. Pooled data analysis of laparoscopic v s. open ventral hernia repair: 14 years of patient accrual [J]. *Surg Endosc*, 2007, 21(3): 98 - 100.
- [9] SINGHALT, BALAK RISHNAN S, PAIX A, et al. Early experience with laparoscopic inguinal hernia repair in a district general national health services hospital [J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2005, 15(3): 285 - 289.
- [10] EDWARDS C C 2ND, BAILEY R W. Laparoscopic hernia repair: the learning curve [J]. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2000, 10(3): 149 - 153.
- [11] 曾辉, 李锋. 腹腔镜治疗腹股沟疝的手术技巧和临床疗效分析 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2009, 16(2): 98 - 101.

(2012 - 09 - 23 收稿)