

本文引文格式:包崇婵,黄海舸,唐乾利.非常规体位下行左侧腹股沟直疝无张力修补术并文献回顾[J].右江民族医学院学报,2021,43(5):601-604.

【论著与临床报道】

非常规体位下行左侧腹股沟直疝无张力修补术并文献回顾

包崇婵¹,黄海舸²,唐乾利¹

(1. 右江民族医学院,桂西高发病防治重点实验室,广西 百色 533000;

2. 右江民族医学院附属医院胃肠外科,广西 百色 533000)

摘要:目的 通过对该病例复习及相关文献资料回顾,以提高临床医生对有特殊合并症的腹股沟疝的诊治经验。方法 回顾分析非常规体位下行左侧腹股沟直疝无张力修补术患者的临床资料,并结合相关文献进行分析,着重分析腹股沟疝的相关诊断与治疗。结果 由于该患者脊柱畸形、髋关节及膝关节强直增加了术前诊断及手术治疗的难度,最终经过讨论决定在非常规体位下为患者行 Millikan 术,既能实际解决患者问题,又减轻患者经济负担。结论 该病例可指导临床医生在面对特殊病例时,注意总结与分析,全面综合考虑,同时多学科协助诊疗,为患者选择最佳治疗方案,减轻患者病痛。

关键词:非常规体位;疝;腹股沟;疝修补术;文献回顾

中图分类号:R656.21

文献标识码:A

文章编号:1001-5817(2021)05-0601-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2021.05.006

Tension-free herniorrhaphy for left direct inguinal hernia in unconventional position and relevant literatures review

Bao Chongchan¹, Huang Haige², Tang Qianli¹

(1. Youjiang Medical University for Nationalities, Key Laboratory for Prevention and Treatment of High Incidence of Disease in West Guangxi, Baise 533000, Guangxi, China;

2. Department of Gastrointestinal Surgery, The Affiliated Hospital of Youjiang Medical University for Nationalities, Baise 533000, Guangxi, China)

Abstract: **Objective** To review this case and relevant literatures, so as to improve clinicians' experience in the diagnosis and treatment of inguinal hernia with special complications. **Methods** This study retrospectively analyzed the clinical data of patients who underwent tension-free herniorrhaphy for left direct inguinal hernia in unconventional position and also reviewed relevant literature, with the focus on the diagnosis and treatment of inguinal hernia. **Results** The patient's spinal deformity, ankylosis of the hip and knee joints increased the difficulty of preoperative diagnosis and surgical treatment. After discussion, it was finally decided to perform Millikan surgery in an unconventional position, which could not only solve the patient's disease problems, but also reduce the patient's financial burden. **Conclusion** This case can guide clinicians to make summary and analysis with comprehensive consideration of multidisciplinary assistance in diagnosis and treatment when facing special cases, so as to select the best treatment plan for patients and alleviate their pain.

Key words: unconventional position; hernia; groin; herniorrhaphy; literature review

基金项目:广西医学高层次骨干人才“139”计划培养人选培养专项资助(桂卫科教发[2018]22号)

第一作者简介:包崇婵(1994—),女,在读硕士研究生,研究方向:普通外科疾病的基础与临床研究,E-mail:903773508@qq.com

通讯作者简介:唐乾利(1961—),男,博士,二级教授、主任医师,博士研究生导师,博士后合作导师,研究方向:中西医结合外科、创面修复的基础与临床研究,E-mail:htmgx@163.com

腹股沟疝的诊治已相对成熟,但伴有严重合并症的特殊病例的诊治仍存在一定挑战。本文通过对该病例的复习及相关文献资料回顾,为临床医生提供伴有特殊合并症的腹股沟疝的诊治经验,更好地为患者选择最佳治疗方案。

1 病例资料

男性患者,50岁,因“发现左侧腹股沟区可复性肿物1个月”于2021年1月28日就诊我院。患者曾于当地医院就诊,诊断“左侧腹股沟疝”,建议手术治疗,但患者因“强直性脊柱炎”致脊柱畸形三十余年,当地医院考虑手术难度大,建议转我院进一步治疗。入院查体:腹平,未见胃肠型及蠕动波,腹软,全腹无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,墨菲氏征阴性,听诊肠鸣音正常,5次/分钟。嘱患者站立,左侧腹股沟可见有一梨形肿物突出,大小约6 cm×5 cm,因患者脊柱畸形、左侧髋关节及膝关节强直,查体不能完全配合,行回纳后压住深环是否突出查体不够确切。全脊柱僵硬固定,呈后凸畸形,站立位不能前视,不能平卧(见图1、图2)。左髋关节强直,前屈80°~100°,后伸、内收、外展、内外旋受限,左膝关节强直,屈曲30°~100°,伸直、内旋、外旋受限(见图3),余肢体感觉、活动可,无麻木,余检查未见异常。辅助检查:血常规、肝肾功能、电解质、甲功全套、男性肿瘤全套、输血前4项、凝血4项、尿常规、心电图等未见明显异常,腹部及泌尿系彩超提示:左肾囊肿。肝、胆、胰、脾、右肾未见明显异常,双侧输尿管未见扩张。胸部DR提示:①胸椎退行性变,强直性脊柱炎待排,建议进一步检查;②心肺膈未见明确异常。腹部CT提示:①左侧腹股沟斜疝;②强直性脊柱炎。术前诊断:①左侧腹股沟斜疝;②强直性脊柱炎;③左髋关节强直;④左膝关节强直;⑤右肾囊肿。术前相关检查未见明显手术禁忌证,拟行手术治疗,因患者不能平卧,予请麻醉科会诊评估病人情况及麻醉方式,会诊意见:抽血化验及其他辅助检查无重大异常。患者有椎管内麻醉禁忌证,无全身麻醉相关禁忌证。心功能1级,ASA 2级,气管插管全麻下可如期手术。因患者脊柱畸形、髋关节强直,导致腹部面积较小,无法行腹腔镜手术,故选择开放手术。于2021年02月02日全麻下行手术治疗:麻醉诱导成功后,因患者颈椎畸形,气管插管困难,予置入喉罩通气,手术开始后予瑞芬太尼、丙泊酚泵注维持麻醉。取半坐卧位+稍左侧卧位(见图4~图8):背部用枕头垫高,左颈部与左上臂之间垫软垫,骶尾部垫软垫并用支架固定。常规碘伏消毒,术中见左侧腹股沟疝疝囊从直疝三角突出,未至阴囊处,疝囊约4 cm×3 cm大小,无

疝囊内容物粘连、卡顿,疝囊颈位于腹壁下动脉内侧。予行左侧腹股沟直疝无张力修补术(Millikan术式):术者站位:主刀及一助站于患者左侧,二助站于患者右侧。沿左腹股沟韧带上方2 cm处做一斜形切口,长约5 cm,逐层切开皮肤、脂肪及浅筋膜,二助在无法直视术野的情况下,以感受腹壁张力协助暴露术野,一助协助打开腹股沟管前壁,分离精索后以吊带牵拉,协助暴露腹股沟管后壁及疝囊内容物,主刀将囊内容物纳回腹腔,并在疝囊颈处结扎囊壁。在内环处放置网塞补片,四周缝合固定,于精索后放好平片,将补片与邻近联合腱、耻骨梳韧带、腹股沟韧带等缝合固定。手术野彻底止血,间断缝合腹外斜肌腱膜、皮下组织及皮肤。术程顺利,手术时间1 h 55 min,麻醉满意,术中出血约10 ml,检查术中受压部位皮肤完整,术后病人送麻醉恢复室复苏,恢复自主呼吸后予拔除喉罩、吸痰护理,病人清醒后送回病房。术后修正诊断:①左侧腹股沟直疝;②强直性脊柱炎;③左髋关节强直;④左膝关节强直;⑤右肾囊肿。术后治疗及护理:予补液、止痛、换药等治疗;患者清醒6 h后予流质饮食促进肠道蠕动,逐渐按需增加进食,以高蛋白、高纤维的清淡饮食为主;术后第2天开始予微波治疗促进伤口愈合,并指导患者行膀胱功能锻炼后予拔除尿管,患者能自行小便;生命体征平稳后督促患者早期下床活动预防下肢静脉血栓形成;每日观察左侧腹股沟区与阴囊有无血肿。患者术后恢复好,术口甲级愈合,左侧腹股沟与阴囊未见血清肿,于2021年02月08日出院。现术后5个月,随访术口恢复好、无复发、无疼痛、无补片排斥反应等。



图1 术前 仰卧位 右侧视角



图2 术前 仰卧位 左侧视角



图3 术前 站立位



图4 术中



图5 术后 左侧视角



图8 术后 头侧视角



图6 术后 右侧视角



图7 术后 俯视角

2 讨论

腹股沟疝的诊断与治疗已相对成熟,但对于本病例由于患者脊柱畸形、髋关节及膝关节强直增加了术前诊断及手术治疗的难度,故对其诊断和治疗做重点讨论及回顾。

2.1 诊断与鉴别

2.1.1 诊断 诊断典型的腹股沟疝可依据病史、症状和体格检查确诊;诊断不明或有困难时可辅助超声、MRI或CT等影像学检查,帮助建立诊断,超声可提高灵敏度,CT可显示疝囊的范围、部位、内容物及与周围组织关系,帮助医生选定手术方式,MRI能较好地提示隐匿疝、补片情况以及与周围炎症鉴别^[1-2]。但最终都以术中诊断为最终标准。

2.1.2 直疝与斜疝的鉴别 腹股沟疝的诊断不难,但对于直疝与斜疝的鉴别,却不容易。第9版人卫版外科学中关于二者的鉴别点^[3]:①斜疝多见于儿童及青少年,直疝多见于老年人;②斜疝呈椭圆或梨形,直疝呈半球形;③斜疝可进入阴囊,直疝很少进入阴囊;④回纳疝块后压住深环,斜疝不再突出,直疝仍能突出;⑤精索在斜疝疝囊后方,在直疝疝囊前方;⑥斜疝疝囊颈在腹壁下动脉外侧,直疝在内侧;⑦斜疝易嵌顿,直疝极少嵌顿。对于第①②⑦点,只能作为辅助标准,不是绝对标准。其实对于第③点,在第7版人卫版外科学中,表述的是“直疝绝不进入阴囊”^[4],但随着临床研究的发展,发现直疝和斜疝都具有突入阴囊的解剖学基础,再加上直疝进入阴囊的临床案例报道^[5-6],外科专家们也对其进行了修正,从第8版开始改为“很少进入”。也就从侧面说明了是否进入阴囊,并不是鉴别二者的绝对标准。当内环缺损较大或疝内容物较大不能完全还纳时,或年轻医师查体时经验不足,回纳后压住深环是否突出,也不能作为绝对标准。同时,巨大疝的疝囊位置与精索难分辨,第⑤点只能为较小的、单纯的疝提供参考。同样,影像学检查亦只能作为参考。所以,二者的鉴别,最终以术中疝囊颈与腹壁下动脉的位置作为可靠标准^[7]。如本病例考虑可能是年轻医师经验不足,患者不能完全配合查体,术前查体不够准确,加上患者长期畸形姿势可能造成解剖改变,以及行CT检查时不能用常规体位进行,造成术前诊断为左侧腹股沟斜疝,待术中见左侧腹股沟疝囊从直疝三角突出,疝囊颈位于左侧腹壁下动脉内侧,修正诊断为左侧腹股沟直疝。

2.2 治疗

2.2.1 非手术治疗 1周岁以内婴幼儿可随着生长发育消失,可予观察、棉线束带或绷带压住深环,暂不

予手术治疗。有明显手术禁忌证的患者,可予疝带治疗,但长期使用疝带有增加疝内容物与疝囊粘连,以及疝嵌顿的可能性。嵌顿性疝和绞窄性疝常需急诊手术治疗,但若无腹膜刺激征、无肠管绞窄、嵌顿时间小于4h、疝块和腹壁缺损较大等,可先行手法复位,后期再视病情而定是否手术治疗^[8-10]。

2.2.2 手术治疗 术前应先治疗造成腹压增高的疾病以减少术后复发,如慢性咳嗽、腹水、排尿困难、严重便秘等。陈双等^[11]根据力学原理,提出腹壁疝手术考量应该尽量恢复疝囊缺损部位张力可承受性,同时保持张力加速度及静力为0,才能妥善治疗腹壁疝并尽可能减少其复发的可能。手术方式的选择也没有绝对性,而是应该根据患者实际情况及医生自身技术水平而选择^[12-16]:①单纯疝囊高位结扎:1岁以上婴幼儿、绞窄性疝、考虑有感染的疝等;②疝囊高位结扎+修补腹股沟管管壁:修补前壁常用Ferguson法,修补后壁有Bassini法、Halsted法、Shouldice法、McVay等方法,其中Bassini法应用最广泛,Shouldice法适用于较大的成人腹股沟斜疝和直疝,McVay法适用于严重后壁薄弱者,但存在张力大、疼痛感明显等缺点;③无张力疝修补术:优点是术后疼痛轻、恢复快、复发率低,缺点是网片毕竟是异物,有潜在的排异和感染风险。常用有平片无张力疝修补术(Lichtenstein术式)、网塞-平片式无张力疝修补术(Rutkow术式、Millikan术式)、巨大补片加强内脏囊手术(Stoppa术式)等。如本病例最终选择Millikan术式,便宜有效,对患者经济负担小,又能实际解决问题;④经腹腔镜疝修补术:具有创伤小、术后疼痛轻、恢复快、复发率低等优点,在临床应用中越来越广泛,适用于双侧腹股沟疝、多次复发疝、隐匿性疝等。常用术式有:经腹腔的腹膜前修补术(TAPP)、完全经腹膜外路径的修补术(TEP)、腹腔内的补片修补(IPOM)、单纯疝环缝合法,其中前三种均是从后方用补片加强腹壁缺损,后一种是缩小内环口,适用于较小儿童的斜疝,随着科技发展,现在还可开展机器人辅助手术^[17]。如本病例患者脊柱畸形及非常规体位导致腹部面积较小,无法采用腹腔镜手术,故行开放手术。

综上,腹股沟疝的治疗已相对成熟,以手术治疗为主,且可选择方案较多,相对容易学习。但本病例治疗的难点在于:①患者因脊柱畸形、髋关节及膝关节强直,查体及辅助检查不能完全配合,术前难以确定是直疝还是斜疝;②患者因脊柱畸形,有椎管内麻醉禁忌证,无全身麻醉相关禁忌证,拟采用全身麻醉,但因患者颈椎畸形,气管插管困难,予置入喉罩通气^[18-20];③

患者因脊柱畸形、髋关节和膝关节强直形成长期畸形姿势,导致患者不能以常规的手术体位,即平卧位接受手术,只能采取非常规体位:半坐卧位+稍左侧卧位;④同时,脊柱畸形及非常规体位导致腹部面积较小,无法采用腹腔镜手术,故行开放手术;⑤即使行开放手术,也可能存在解剖异常可能,使手术难度增加,加之患者左髋关节强直、左膝关节屈曲僵硬不能伸直,使得左侧术区可操作空间减少,大大增加了手术难度,在不扩大切口的情况下,暴露困难,补片缝合固定困难,故手术时间较常规腹股沟疝无张力修补术稍长;⑥考虑到患者为贫困户,最终选择 Millikan 术式,便宜有效,对患者经济负担小,又能实际解决问题,对该患者是最佳选择。本病例的治疗不仅需要麻醉科、手术室等多科室协作,而且极大地考验主刀医生的专业手术技能。同时,对于年轻医师来说,腹股沟疝的术前查体与术前诊断等基本功,仍需加强训练与学习,在临床实践中积累实战经验,尤其在遇到一些特殊病例的时候,要注意收集与总结,才能更好地提升自身技能,更好地为患者选择合适的治疗方案,减轻患者病痛。

参考文献:

- [1] 王倩倩,刘刚磊,周建平. 腹股沟疝的影像学检查应用研究进展[J]. 中国普外基础与临床杂志,2018,25(2):1429-1432.
- [2] 王海亮,李莉,马剑,等. 多层螺旋 CT 在腹股沟疝诊断中的应用[J]. 继续医学教育,2020,34(1):124-126.
- [3] 陈孝平,汪建平,赵继宗. 外科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社,2018:311-312.
- [4] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:391-392.
- [5] 李英儒,杨斌,江志鹏,等. 疝入阴囊腹股沟直疝解剖学观察[J]. 中国实用外科杂志,2014,34(11):1072-1074.
- [6] 龚江波,吴相柏,徐继宗,等. 腹股沟直疝突入阴囊 12 例报道[J]. 中国普外基础与临床杂志,2014,21(10):1297-1298.
- [7] 陈双,唐健雄,王小强,等. Lichtenstein 手术规范化操作中国专家共识(2021 版)[J]. 中国实用外科杂志,2021,41(7):747-753.
- [8] 李航宇,顾岩,王明刚,等. 老年腹股沟疝诊断和治疗中国专家共识(2019 版)[J]. 中国实用外科杂志,2019,39(8):782-787.
- [9] 唐健雄,李航宇,王明刚,等. 青年腹股沟疝诊断和治疗中国专家共识(2020 版)[J]. 中国实用外科杂志,2020,40(7):754-757.
- [10] 黄永,张冬. 小儿嵌顿性腹股沟疝手法复位的影响因素研究[J]. 右江民族医学院学报,2014,36(5):756-757.
- [11] 陈双,周天成. 腹壁的力学原理[J]. 中国实用外科杂志,2021,41(4):371-373,378.
- [12] Miserez M,Peeters E,Aufenacker T,et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients[J]. Hernia,2014,18(2):151-163.
- [13] Goksoy B,Yilmaz G,Azamat IF,et al. Laparoscopic Inguinal Hernia Repair-TAPP versus TEP:Results of 301 Consecutive Patients[J]. Surg Technol Int,2021,39:sti38/1427. doi:10.52198.
- [14] Group HS. International guidelines for groin hernia management[J]. Hernia,2018,22(1):1-165.
- [15] 中华医学会外科分会疝与腹壁外科学科学组,中国医师协会外科医师分会疝与腹壁外科医师委员会. 成人腹股沟疝诊断和治疗指南(2018 年版)[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2018,12(4):244-246.
- [16] 蒋汉城,蒋水明,张其顺. 完全腹膜外免钉合腹腔镜疝修补术的临床分析[J]. 右江民族医学院学报,2015,37(1):64-65.
- [17] Gioia Morrell AL,Morrell Junior AC,Freitas Mendes JM,et al. Robotic TAPP inguinal hernia repair:lessons learned from 97 cases[J]. Rev Col Bras Cir,2021,48:e20202704.
- [18] Hsieh PS,Ma HP,Wong CS,et al. Emergency Tracheal Intubation in an Ankylosing Spondylitis Patient in a Sitting Position Using an Airway Scope Combined with Face-to-Face and Digital Intubation[J]. J Emerg Med,2018,54(5):674-677.
- [19] Woodward LJ,Kam PCA. Ankylosing spondylitis: recent developments and anaesthetic implications[J]. Anaesthesia,2009,64(5):540-548.
- [20] 邓继财,唐小曼,卢昭燧,等. 全身麻醉复合硬膜外阻滞在后腹腔镜手术患者中的应用[J]. 右江民族医学院学报,2020,42(5):613-616.

收稿日期:2021-07-19;修回日期:2021-08-20