腹腔镜下经腹腔腹膜前造口旁疝Sugarbaker修补术

扫码阅读电子版　扫码“胃肠新视野”栏目观看视频

马宁[1]　胡志伟[2]　曾德强[2]　黄恩民[1]　马涛[1]　陈嘉林[1]　陈双[1]　周太成[1]
[1]中山大学附属第六医院胃肠、疝和腹壁外科　广东省胃肠病学研究所　广东省结直肠盆底疾病研究重点实验室　国家临床重点专科，广州　510655；
[2]粤北人民医院胃肠外科，广东韶关　512000
通信作者：周太成，Email：zhoutch3@mail.sysu.edu.cn
基金项目：广东省科技计划项目（2021A1515410004）

造口旁疝是造口术后常见并发症，其治疗方式包括开放下缝合修补和补片修补，近年来腹腔镜下的补片修补逐渐成为主流术式。目前腹腔镜下造口旁疝修补方式包括Sugarbaker术式、Keyhole术式、Sandwich术式等，但这些腔镜手术方式均需要把补片放置在腹腔内，需要使用昂贵的防粘连补片。本视频分享一例腹腔镜下经腹腔腹膜前修补方法（transabdominal preperitoneal hernia repair, TAPP），将普通聚丙烯补片放置在腹膜前，进行造口旁疝的Sugarbaker修补。

病例资料：患者男性，72岁，体质指数28.93 kg/m^2，主诉“直肠癌Miles术后造口旁肿物反复突出5年，腹痛伴造口停止排气3 d”入院。入院诊断：（1）复发性造口旁疝并嵌顿；（2）造口旁疝修补术后；（3）直肠癌根治术后（Miles）。完善术前准备后，于全身麻醉下行腹腔镜TAPP下造口旁疝Sugarbaker修补术。

手术要点：（1）探查、分离粘连、还纳疝内容物：探查可见部分网膜及小肠嵌顿于疝囊中，疝环周围可见局部粘连的小肠组织，小心分离粘连，将疝内容物还纳腹腔；（2）切开腹膜、游离腹膜前间隙：以疝环为中心，用超声刀“十”字型切开腹膜，上下左右游离腹膜前间隙，范围距离疝环缺损处至少5 cm，注意将疝囊尽可能的完全剥离；（3）缝合缺损：用慢吸收的鱼骨缝线将疝环缺损进行连续缝合关闭，注意保持合适的松紧度，避免术后肠管缺血坏死或梗阻；（4）测量缺损大小及补片覆盖范围：以结肠造口为中心测量腹壁缺损大小，补片覆盖缺损上下左右至少5 cm的范围；（5）放置固定补片：以结肠上方疝环口处为中心点放置裁剪合适的补片，用2-0 Prolene线缝合固定补片于中心点位置，后将补片下方展开铺平并包绕部分结肠，于结肠的左右两侧各固定一点于左下腹壁，之后再间断缝合固定补片的边缘；（6）缝合腹膜：用可吸收缝线将腹膜组织进行连续的缝合关闭，近肠管处可将腹膜缝合固定于肠管壁或系膜，注意腹膜组织要完全覆盖于补片，避免补片外露于腹腔。

本例患者术后第3天造口恢复排气，第6天出院，术后3个月随访期间，未见粘连性肠梗阻及造口旁疝复发征像。结合该患者的诊疗经过，笔者团队总结认为：TAPP入路的Sugarbaker修补关键技术包括腹膜前间隙的游离、疝环缺损的缝合关闭、补片的合理固定以及腹膜的关闭。掌握好这几个关键技术，即可大大缩短学习曲线，尤其利于基层医院腹腔镜造口旁疝修补手术的开展。

（收稿日期：2021-06-25）
（本文编辑：朱雯洁）