

人工补片修补腹壁巨大复杂切口疝和缺损临床效果分析

曾志文

新化县西河镇中心卫生院 湖南娄底 417604

[摘要] 目的 探讨对腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者选择人工补片修补方法进行治疗后获得的临床效果。**方法** 选择我院 2013 年 12 月~2018 年 05 月收治的 110 例腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者作为实验对象; 针对所有患者于临床选择人工补片修补术进行治疗, 最终对治疗结果加以分析。**结果** 临床施以肌后腹膜前放置补片修补治疗的患者 62 例, 施以开腹腹膜内放置补片修补的患者 48 例; 109 例患者完成手术后, 患者切口全部属于一期愈合, 表现出切口感染的患者 1 例。**结论** 临床医师对于腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者选择人工补片修补术进行治疗, 呈现出恢复快以及缺损疼痛轻的特点, 从而促进腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者的病情康复。

[关键词] 人工补片修补; 腹壁巨大复杂切口疝; 缺损; 临床效果

[中图分类号] R656.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 07-087-02

腹部切口疝作为腹部手术后众多并发症之一, 出现概率在 2% 与 11% 范围内, 对此临床确定有效方法对腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者进行治疗意义显著^[1]。本次研究将确定有效方法对腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者进行治疗, 以此说明人工补片修补术应用可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2013 年 12 月~2018 年 05 月收治的 110 例腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者作为实验对象; 男 70 例, 女 40 例; 年龄分布范围为 33 岁~85 岁, 平均年龄为 (65.25±2.35) 岁; 属于初发切口疝以及复发性切口疝的患者例数分别为 59 例以及 51 例; 患者腹壁缺损长径分布范围为 13cm~51cm, 平均长径为 (22.59±1.52) cm; 宽径分布范围为 10cm~33cm, 平均宽径为 (14.99±1.53) cm。此次研究均获得伦理委员会同意批准, 对于知情同意书, 所有腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者以及家属均完成签署。

1.2 方法

1.2.1 做好术前准备工作

对患者在准备进行巨大切口疝手术前 2w, 确保在患者腹腔中疝内容物可以充分回纳, 之后利用腹带对患者展开逐步加压束扎操作, 将腹腔容量有效扩大。在准备对患者进行手术前 1d, 依据常规完成肠道准备工作^[2]。

1.2.2 对患者给予临床手术治疗

针对所有腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者于临床展开全麻操作, 于临床对患者展开肌后腹膜前修补法以及开腹腹膜内修补法进行治疗^[3]。

1.2.2.1 对患者采用肌后腹膜前修补法进行治疗

临床医师将原切口瘢痕合理切除, 之后将腹腔依次切开, 针对疝囊加以明确并且进行游离, 之后将前鞘内缘进行合理切开, 将腹直肌内缘充分显露。针对腹直肌肌后间隙进行锐性游离以及钝性游离, 直至患者腹直肌外侧缘位置。如果患者属于非中线切口疝, 则针对腹内斜肌或者腹横肌进行向外游离后, 确保间隙能够到达患者腋中线以及腋前线位置。对患者腹膜前间隙进行游离的范围需要在疝环 5cm~6cm 以上。将患者疝腹膜囊尽可能保留, 确保腹膜能够完全关闭。确保补片同腹腔内部脏器之间可以存在屏障。如果将腹壁肿瘤切除, 但是表现出较大的腹膜缺损难以关闭后, 则利用大网膜对腹膜缺损进行遮挡, 避免补片同小肠呈现出接触粘连的现象。之后于游离腹膜前间隙将聚丙烯补片进行安置, 对疝缺损进行覆盖, 确保补片边缘在疝环缘超过 5cm。之后利用 Prolene

线 (2-0) 对患者进行间断缝合, 针对补片边缘进行固定。确保针间距离在 3cm 与 4cm 范围内; 于补片前准备引流管 (1 根~2 根) 进行放置; 之后利用 Prolene 线 (1-0) 进行连续缝合, 将疝环充分关闭。如果疝环表现出较大缺损, 并且难以关闭, 则利用 Prolene 线 (2-0) 针对疝环缘同补片进行间断缝合固定操作, 在补片前, 准备 1 根引流管于皮下放置, 将引流管同引流袋进行连接, 将切口进行关闭^[4]。

1.2.2.2 对患者采用开腹腹膜内修补法进行治疗

对于腹壁肿瘤患者在存在大部分浸润腹膜后, 因外将腹壁肿瘤切除之后, 会呈现出较大腹膜缺损的现象, 难以将腹膜加以关闭, 合理选择腹膜内修补法进行治疗。在患者腹壁以及腹腔脏器之间, 围绕患者疝环缘或者缺损环边缘, 进行间隙游离 (6cm~8cm), 合理进行对应复合补片的选择, 确保补片边缘超过缺损缘的距离为 5cm。在准备补片置入之前, 利用 Prolene 线 (1-0) 针对补片记忆弹力环四角进行 1 针缝合。将补片卷曲, 于腹腔内部将其插入, 对补片记忆弹力环铺开的完全性做出保证, 边缘未呈现出卷曲的现象。如果观察补片未处于疝缺损中央位置, 则利用缝线展开牵拉调整操作, 直至补片中线在缺损中央进行分布。针对补片四角上预置的缝线, 于肌筋膜层以及腹膜层穿过, 对补片进行打结固定, 在确保无张力条件下, 将缺损边缘合理拉近。针对表现出的缺损边缘, 利用 Prolene (1-0) 缝线进行缝合, 于补片前层聚丙烯网上进行固定。准备乳胶管 (1 根) 于患者网前皮下进行放置, 合理展开引流操作, 最终将切口进行关闭^[5]。

2 结果

临床施以肌后腹膜前放置补片修补治疗的患者 62 例, 施以开腹腹膜内放置补片修补的患者 48 例; 109 例患者完成手术后, 患者切口全部属于一期愈合, 表现出切口感染的患者 1 例。

3 讨论

近年来, 切口疝疾病出现概率以及疾病复发率呈现出一定程度的增加, 从而导致患者存在较高概率表现出切口裂开以及感染的情况, 并且患者在表现出切口感染的情况下, 存在较高概率表现出疝复发的现象, 此外同高龄、肥胖、心肺功能不全以及糖尿病患者密切相关。

临床对于腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者选择人工补片修补方法进行治疗期间, 需要于以下几方面密切注意: ①认真完成围手术期准备工作。在准备对患者进行手术前, 针对感染灶需要做到彻底清创, 对引流的通畅做出充分保证, 从而将炎症显著减轻。对于属于造口旁疝的患者, 在准备进

(下转第 89 页)

未有患者发生伤口感染、深静脉血栓形成、骨折、关节脱位、假体松动等并发症。

3 讨论

DDH 因股骨上段和近端髓腔的发育较差, 股骨头发育小而扁平, 真臼发育较差, 使得髋关节旋转中心上移, 髋臼窝扁平, 且填充的软组织较多, 因而常出现半脱位的状态。随着脱位次数的增加, 关节囊被拉长并出现局部组织的粘连, 继而引发髋关节周围软组织肌肉的挛缩, 出现“臀肌”步态。对于重度的 DDH 患者, 需要予以髋关节置换术治疗, 手术的目的是恢复髋关节的正常旋转中心和骨心偏心距, 以恢复髋关节外展肌的力矩, 纠正“臀肌”步态^[2]。

本次的研究中患者术后末次随访时的 Harris 评分明显高于术前 ($P < 0.05$), 术后 1 例患者出现坐骨神经刺激征, 未予以特殊处理, 2 周后消失, 随访期间患者均未出现髋关节脱位、深静脉血栓形成、假体松动等严重并发症。证实全髋关节置换术合并软组织松解治疗重度 DDH 可有效的恢复髋关节功能, 且并发症少。髋关节置换术是目前临床一种较为成熟、可靠的手术方式, 以人工假体置换病变的关节, 可重建髋关节的正常功能。本研究对重度 DDH 患者在全髋关节置换术中实施软组织松解, 术中尽量松解筋膜组织与腱性组织, 避免或减少切断肌肉组织, 利于保留关节功能, 并在下肢延长中保

护神经和血管, 可使术后髋关节周围的肌肉功能获得满意的恢复效果^[3]。术中对内收肌、髂腰肌和骨直肌进行适度的松解, 利于恢复髋关节的外展功能。对于挛缩的内收肌由股内侧切开, 使屈曲挛缩的髋关节完全恢复, 同时也可使股骨头尽量接近真臼位, 对于真臼复位困难者, 则予以转子下短缩截骨, 更好的恢复术后的关节功能^[4]。

综上所述, 以全髋关节置换术合并软组织松解治疗重度 DDH, 可有效的恢复患者的髋关节功能, 且并发症发生率低, 值得临床推广。

【参考文献】

- [1] 刘福存, 华江, 任洁, 等. 全髋关节置换联合髋臼造盖术治疗 Crowe III 型发育性髋关节脱位的疗效观察 [J]. 浙江医学, 2016, 38(12):922-924.
- [2] 顾建钦, 郑稼, 刘珂, 等. 全髋关节置换术中股骨转子下截骨技术治疗 IV 型发育性髋关节脱位 [J]. 中国矫形外科杂志, 2016, 24(17):1561-1565.
- [3] 赵云龙, 陈烁, 周利武, 等. 股骨短缩截骨全髋置换术治疗青年 Crowe IV 型髋关节发育不良 [J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(9):1671-1675.
- [4] 黄兆钢. 全髋关节置换术治疗先天性髋关节发育不良 IV 型的疗效分析 [J]. 河北医学, 2017, 23(6):1017-1019.

(上接第 86 页)

对患者的面部美观造成影响^[4], 修复效果并不理想, 而小切口切除术与部分埋线重睑成形微创技术切口较小, 术后不易造成瘢痕, 患者恢复快, 且重睑线自然美观, 能够有效提高手术的安全性与治疗结果并提高患者的满意度, 在临床上取得了较为理想的效果^[5]。

本次研究中, 观察组患者的治疗有效率为 96.0%, 明显高于对照组的 76.0%, 组间体现为 $P < 0.05$ 的最终检验定论, 探析价值突出显著; 观察组患者对修复的满意度为 96.0%, 明显高于对照组的 72.0%, 组间体现为 $P < 0.05$ 的最终检验定论, 探析价值突出显著, 说明对不对称重睑患者采用小切口切除术与部分埋线重睑成形微创技术进行治疗的效果较好, 可以在临床上广泛应用。

综上所述, 对不对称重睑患者采用小切口切除术与部分

埋线重睑成形微创技术进行治疗, 能够有效提高修复效果, 提高患者对修复的满意程度, 具有较高的应用价值, 值得在临床上推广使用。

【参考文献】

- [1] 陈政军, 赵星星, 肖鹏, 等. 不对称双眼皮整形修复术临床分析 [J]. 中国医疗美容, 2016, 6(2):8-10.
- [2] 毛建元. 先天不对称双眼皮整形修复术的治疗效果与不良反应分析 [J]. 中国医疗美容, 2016, 6(7):13-15.
- [3] 王金明. 不对称双眼皮整形修复术临床治疗效果分析 [J]. 大家健康旬刊, 2016, 10(10):145-146.
- [4] 冉金凤. 不对称双眼皮整形修复术的临床应用价值研究 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(15):67-67.
- [5] 卢林凤. 不对称双眼皮整形修复术的疗效研究 [J]. 中西医结合心血管病杂志: 电子版, 2016, 4(28):193-193.

(上接第 87 页)

行手术前 7d, 针对造口附近需要合理展开清洗消毒操作。合理完成肠道准备工作, 在准备手术前 2d, 要求患者需要禁食, 从而将术中创面污染显著减少; ②在对患者进行手术过程中, 需要认真完成相关工作。针对造瘘口以及肠腔内部的胰液进行认真处理。③认真对患者做好术后处理工作: 手术后需要将预防性抗生素使用时间适当延长。因为表现出积血以及皮下积液的情况后, 会使得患者呈现出切口感染的情况。对此手术过程中, 需要准备 2 根~3 根引流管于患者补片前间隙或者皮下创面进行放置。

本次研究中, 临床施以肌后腹膜前放置补片修补治疗的患者 62 例, 施以开腹腹膜内放置补片修补的患者 48 例; 109 例患者完成手术后, 患者切口全部属于一期愈合, 表现出切口感染的患者 1 例, 有效证明人工补片修补方法应用可行性。

综上所述, 临床医师对于腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者选择人工补片修补术进行治疗, 能够将治疗有效率显著提高, 从而促进腹壁巨大复杂切口疝以及缺损患者的病情康复。

【参考文献】

- [1] 郭盛旗. 人工材料聚丙烯补片在修补腹壁切口疝中的应用 [J]. 中国组织工程研究, 2015, 14(47):8881-8884.
- [2] 张思谦, 李惠芬. 应用聚丙烯补片修补腹壁切口疝及腹壁缺损 12 例临床分析 [J]. 临床医药实践, 2015, 14(10):754-755.
- [3] 陶峰. 人工合成材料在腹壁切口疝修补中应用的临床系统评价 [J]. 中国组织工程研究, 2015, 13(38):7567-7570.
- [4] 周卓明, 周伟. 应用补片法治疗腹壁巨大切口疝 14 例临床分析 [J]. 中国基层医药, 2015, 17(14):1887-1888.
- [5] 张雷, 陈健民, 陈亚柯, 等. 双层复合补片在腹壁大切口疝及巨大切口疝中的应用 [J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(3):563-566.