

前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟疝 80 例临床分析

阳维宝

龙山县洗洛镇卫生院 湖南龙山 416800

【摘要】目的 探讨前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟疝的临床效果。**方法** 选取我院普外科2016年1月-2018年1月收治的80例腹股沟疝患者,根据手术方案分为两组,各40例。对照组采取疝环充填式无张力疝修补术,观察组采取前入路腹膜前间隙无张力疝修补术,比较两组的治疗效果。**结果** 观察组手术时间、下床活动时间、住院天数等显著少于对照组($P < 0.05$)。观察组并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 对于腹股沟疝的患者,采取前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗,创伤性小,术后恢复快,并发症少,值得在临床进一步探讨。

【关键词】 腹股沟疝;前路手术;腹膜前间隙;无张力疝修补术

【中图分类号】 R656.21

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 09-114-02

腹股沟疝是指腹腔脏器由腹股沟区域的缺损处突出于体表所形成的包块,男性患病明显高于女性,临床以腹股沟斜疝多见^[1]。目前临床以手术治疗为主,主要术式为无张力疝修补术。过去临床多采取横腹筋膜外修补,但随着研究的深入,发现采用腹膜前间隙修补术才属于真正意义上的无张力修补,其更加符合腹股沟解剖生理,创伤性小,术后恢复快,并发症少,且复发率低^[2]。故为了探讨前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟疝的临床效果,笔者特进行研究,分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院普外科2016年1月-2018年1月收治的80例腹股沟疝患者,根据手术方案分为两组,各40例。观察组:男性36例,女性4例;年龄26-68岁,平均 (44.74 ± 1.80) 岁。病程平均 (3.17 ± 0.33) 年。腹股沟疝分型:I型20例,II型12例,III型5例,IV型3例。对照组:男性35例,女性5例;年龄25-69岁,平均 (44.70 ± 1.85) 岁。病程平均 (3.12 ± 0.39) 年。腹股沟疝分型:I型19例,II型11例,III型6例,IV型4例。两组患者一般资料比较,差异不显著($P > 0.05$),具有可比性。所有患者已签署知情同意书,本研究经伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组采取疝环充填式无张力疝修补术,采取常规术式口,游离精索,将提睾肌打开,寻找到疝囊并进行分离,将近端疝囊缝合关闭并分离至颈部,翻转疝囊,将其还纳于腹腔,采用网塞锥尖,朝向腹膜,将其从内环口置入到腹膜前间隙,于内环处腹横筋膜部位进行缝合固定,避免补片移位,于腹股沟管后壁处、精索深面将平片缝合固定。

观察组采取前入路腹膜前间隙无张力疝修补术,于腹股沟上方作一个长度约为6cm的手术切口,依次将皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜切开,将提睾肌靠内环处切开,并将精索提起,寻找到疝囊后,游离精索。对于疝囊体积较大者,

应横行切断疝囊,对于疝囊体积较小者,可游离至疝囊颈。确保远端处于完全开放状态,近端缝闭后游离至疝囊颈。将疝囊颈周围腹横筋膜切开,钝性分离,进入到腹横筋膜和腹膜外脂肪的间隙,向四周钝性分离。创建一个游离间隙,内下侧可达到耻骨联合后方,内侧可达到腹直肌后侧,外下缘达到Cooper韧带下,外上缘可达到疝外侧4cm处,确保操作轻柔,游离后确保腹股沟区三个潜在缺损区均在此游离间隙之内。并沿着腹股沟方向,将疝补片略微卷曲,并通过疝环口,将其置入到内下游离间隙,并塞入剩余部分。将补片平铺在创建的游离间隙当中,确保2/5位于腹股沟韧带的下方,3/5处于腹股沟韧带的上方,并使用丝线进行缝合。

1.3 观察指标

- (1)比较两组患者的手术时间、下床活动时间、住院天数。
- (2)并发症发生率 = (发生并发症例数 / 总例数) $\times 100\%$

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0软件进行数据的统计与分析,计量资料数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,作t检验;计数资料以n, (%)表示,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 指具有显著差异性,具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的手术情况

观察组手术时间、下床活动时间、住院天数等显著少于对照组($P < 0.05$)。具体内容见表1。

表1:比较两组患者的手术情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	下床活动时间(h)	住院天数(d)
观察组	40	35.02 $\pm$ 1.19	10.20 $\pm$ 1.64	5.00 $\pm$ 0.72
对照组	40	42.00 $\pm$ 1.39	11.89 $\pm$ 1.51	11.59 $\pm$ 2.22
t值		24.126	4.795	17.858
P值		0.000	0.000	0.000

2.2 比较两组患者的并发症发生率

观察组并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。具体内容见表2。

表2:比较两组患者的并发症发生率 n, (%)

组别	例数	尿潴留	局部异物感	慢性术后疼痛	发生不良反应的例数	不良反应发生率(%)
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	1	1 (2.50)
对照组	40	2 (5.00)	3 (7.50)	2 (5.00)	7	7 (17.50)
χ^2						5.000
P值						0.025

3 讨论

腹股沟疝属于普外科常见疾病,对于成人腹股沟疝最佳治疗方法是选择无张力疝修补术。目前基层医院多采取前入

路腹膜前间隙无张力疝修补术和疝环充填式无张力疝修补术。疝环充填式无张力疝修补术需要将腹股沟韧带和联合肌腱显

(下转第118页)

注:干预前两组数据无明显差异($p>0.05$),干预后,胺碘酮组明显优于常规组($p<0.05$)。

3 讨论

心律失常是一种致死率极高的心血管疾病,临床医学认为其诱发因素为患者的心搏频率(节律)、心律起源部位或者是冲动传导导致患者的PR期间、QT期间、心率、舒张压及收缩压任何一项指标出现异常,心律失常主要有快速型及缓慢型两种类型^[4]。快速型心律失常具有起病急、病情发展迅速及致死率高的特点,临床症状通常表现为室性心动过速、心房颤动及室上性心动过速等,如患者得不到及时有效地干预治疗,将严重威胁患者的生命安全^[5]。笔者在这次研究中为寻求治疗快速型心律失常的最佳方法,深入探讨了急诊应用胺碘酮治疗快速型心律失常患者的临床效果,结果发现:胺碘酮组患者的治疗有效率91.7%显著优于常规组75.0%,数据间差异性显著($p<0.05$);接受干预后,胺碘酮组患者的PR期间、QT期间、心率、舒张压及收缩压改善情况均明显优于常规组,数据间存在显著差异($p<0.05$)。

(上接第114页)

露,将精索结构提起,将精索打开,再处理疝囊,缝合固定补片耗时较长,手术创伤也较大,可引起慢性术后疼痛、感染等,疗效不够令人满意^[3]。前入路腹膜前间隙无张力疝修补术更加符合力学原理,且更具有科学性,将补片和腹膜间隙处于平行紧贴的关系,有利于将补片完全伸平,减少间隙,使局部异物感和不适感减轻,且补片的解剖部位无神经分布,手术的创伤性小,较少出现腹股沟神经痛,且补片可同时覆盖海氏三角、腹股沟管、股管等区域,属于全腹股沟区增强修复^[4]。前入路腹膜前间隙无张力疝修补术的特点是创建足够范围的腹膜前间隙,符合解剖生理,明确腹横筋膜的重要性。不过采取前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗应严格把握适应症和禁忌症,其适用于高龄、合并咳嗽、便秘等有疝复发危险的患者,不适用于未成年人和绞窄疝的患者^[5]。

观察组手术时间、下床活动时间、住院天数等显著少于对照组($P<0.05$)。观察组并发症发生率显著低于对照组(P

综上所述,急诊应用胺碘酮治疗快速型心律失常患者可取得理想的临床治疗效果,疗效确切,是急诊干预治疗快速型心律失常患者的理想方法^[6]。

参考文献

- [1] 谭贵基.急诊应用胺碘酮治疗快速型心律失常临床效果[J].中国实用医药,2018,13(16):118-119.
- [2] 刘翔.急诊应用胺碘酮治疗快速型心律失常临床效果观察[A].国际数字医学会.2017国际数字医学会数字中医药分会论文集[C].国际数字医学会:,2017:2.
- [3] 陈礼荣.急诊观察应用胺碘酮治疗快速型心律失常临床效果[J].中国处方药,2017,15(08):56-57.
- [4] 吴轶赟.急诊应用胺碘酮治疗快速型心律失常临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2016,27(20):3849-3851.
- [5] 张延.急诊应用胺碘酮治疗快速型心律失常临床效果探讨[J].中外医疗,2015,34(25):134-135.
- [6] 李素青.急诊应用胺碘酮治疗快速性心律失常临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(60):69.

<0.05)。综上所述,对于腹股沟疝的患者,采取前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗,创伤性小,术后恢复快,并发症少,值得在临床进一步探讨。

参考文献

- [1] 孟从俊.前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效观察[J].基层医学论坛,2017,21(23):3059-3060.
- [2] 贾景成.前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟疝的临床效果观察[J].今日健康,2016,15(9):70-71.
- [3] 冯巨浪.腹股沟疝患者采用前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗的有效性评价[J].心理医生,2016,22(36):113-114.
- [4] 曾方泽.前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟斜疝临床疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(39):7714-7714.
- [5] 袁长红,曾祥泰.前入路腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟疝的效果观察[J].医学信息,2016,29(25):77-78.

(上接第115页)

以进行更好的治疗,提高临床疗效,也可以有效的降低患者不良反应的发生几率,值得在临床中应用推广。

参考文献

- [1] 刘国文.间断、持续蓝光照射治疗新生儿黄疸临床疗效及安全性比较[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(15):36-37.
- [2] 柴书芹.白蛋白联合间断性蓝光照射治疗足月新生儿

中重度黄疸效果观察[J].临床医学,2016,36(1):100-102.

- [3] 邵晓丽.茵栀黄口服液联合间断性蓝光照射治疗新生儿黄疸的临床疗效观察[J].医学信息,2016,29(20):251-252.
- [4] 庄诚.探讨复合乳酸菌联合间断蓝光照射治疗新生儿黄疸的效果与安全性[J].中外医学研究,2017,15(14):152-153.
- [5] 张瑜琳.观察间断性蓝光照射治疗新生儿黄疸的临床疗效[J].医疗装备,2016,29(6):22-23.

(上接第116页)

结果更佳。证明序贯疗法对幽门螺杆菌阳性胃溃疡的治疗效果更佳。但需要注意的是在为患者进行序贯治疗时应掌握适当时机,在前几日治疗时要选择快速发挥药效的药物,积极控制感染,之后则可选择针对性更强的药物进行治疗。

综上所述,与标准三联疗法相比较,对幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者实施序贯疗法的效果更为显著,可尽快改善患者的临床症状,提高幽门螺杆菌消除率,更利于患者康复,应用价值显著。

参考资料

- [1] 张小明,李娜.标准三联疗法与序贯疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡的疗效对比[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(4):642-644.
- [2] 李建英.序贯疗法与标准三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡临床效果对比观察[J].中国社区医师,2017,33(1):37-37.
- [3] 吴红.幽门螺杆菌阳性胃溃疡应用序贯疗法和标准三联疗法治疗的效果比较[J].医药前沿,2016,6(6):179-180.
- [4] 宋卫红.幽门螺杆菌阳性胃溃疡应用序贯疗法和标准三联疗法治疗的比较[J].中国实用医药,2017,12(4):114-116.