



无张力修补术治疗腹外疝的临床观察

苏拉木

四川省阿坝州黑水县人民医院外科 623500

【摘要】目的 总结、分析无张力修补术治疗腹外疝的临床观察结果。**方法** 随机选取本院 2014.1.1 ~ 2016.1.1 期间的 80 例腹外疝患者，随机分为对照组（40 例）和试验组（40 例）。对照组患者接受传统修补术，试验组患者接受无张力修补术，比较两组治疗效果。**结果** 试验组的术中出血量、住院时间和 VAS 评分均优于对照组指标， $P < 0.05$ ；试验组的术后感染、切口疼痛和阴囊水肿发生率均低于对照组， $P < 0.05$ ；试验组的术后肿胀和鞘膜积液发生率均显著低于对照组， $P < 0.01$ 。**结论** 无张力修补术治疗腹外疝具有手术损伤低、恢复快、疼痛低等显著优势，术后不良反应发生率降低，可考虑在临床中合理推广。

【关键词】 无张力修补术；腹外疝；临床观察

【中图分类号】 R656.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 01-039-02

腹外疝是目前临床中较为常见的普外科疾病，好发于老年男性，约 90% 的患者为腹股沟疝^[1]。腹外疝的主要诱因为患者腹内压增高，主要表现为腹部肿块，偶伴有前列腺肥大、腹水等症状，影响患者的正常生活，多建议手术治疗^[2]。本次研究中，笔者随机选取了本院 2014.1.1 ~ 2016.1.1 期间的 80 例腹外疝患者，围绕术式效果进行了分析，现整理如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取本院 2014.1.1 ~ 2016.1.1 期间的 80 例腹外疝患者，随机分为对照组（40 例）和试验组（40 例）。其中，男 77 例，女 3 例；年龄 44 ~ 75 岁，平均（55.9 ± 2.8）岁；两组的一般资料无统计学差异（ $p > 0.05$ ）。纳入标准要求如下：（1）为我院腹外疝确诊患者，且不符合其他疾病；（2）患者和患者家属知情后同意，并配合随访；（3）上报我院伦理会后获批。

1.2 手术方法

1.2.1 试验组：试验组患者接受无张力修补术：取平卧位，常规消毒后麻醉；结合患者的肿物大小作腹股沟侧切，将皮肤和皮下组织逐层分离，直至腹腔内容物暴露；剪开提睾肌，暴露疝囊，并将疝囊逐次切除；将内容物置回至腹腔，结扎内环口，缝合；将切口处放置巴德网塞补片，将其与腹股沟韧带和肌腱缝合后固定；确保止血充分，选用温的 0.9% 生理盐水行切口冲洗，结合患者病情放置引流管，缝合；要求确保外环可容纳下食指尖。

1.2.2 对照组：对照组患者接受传统疝修补术：局麻后切开；选用 Bassini 修复术，要求确保可以完整修补腹股沟管后壁止血、冲洗、缝合同试验组；结合患者病情考虑放置引流管。

1.3 评估指标

比较两组患者相关临床评估指标主要包括：（1）手术时间、术中出血量、住院时间和 VAS 评分等临床指标，VAS 评分要求根据视觉模拟评分法，得分越高者疼痛水平越高；（2）术后并发症主要有研究人员观察患者有无术后感染、切口疼痛、肿胀、鞘膜积液、阴囊水肿等术后异常情况。

1.4 统计学方法

本次研究中数据所用的统计学分析选用 SPSS19.0 软件，计数资料均以（%）表示，组间比较选用卡方比较；计量资料均以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验。其中， $P < 0.05$ ，提示差异具有统计学意义； $P < 0.01$ ，提示差异具有显著统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标

两组患者的手术时间无统计学差异， $p > 0.05$ ；试验组的术中出血量、住院时间和 VAS 评分均优于对照组指标， $P < 0.05$ ；见表 1。

2.2 术后并发症

试验组的术后感染、切口疼痛和阴囊水肿发生率均低于

对照组， $P < 0.05$ ；试验组的术后肿胀和鞘膜积液发生率均显著低于对照组， $P < 0.01$ ；见表 2。

表 1 两组患者的临床指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别 (n)	术中出血量 (d)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	VAS 评分 (分)
试验组 (40)	33.5 ± 4.3	57.7 ± 11.2	4.1 ± 1.2	9.4 ± 3.2
对照组 (40)	56.1 ± 14.2	48.7 ± 15.3	8.3 ± 2.1	18.3 ± 4.1
P	< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 两组患者的术后并发症 [例，（%）]

组别 (n)	术后感染	切口疼痛	阴囊水肿	肿胀	鞘膜积液
试验组 (40)	2 (5.00)	4 (10.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)
对照组 (40)	10 (25.00)	24 (60.00)	18 (45.00)	8 (20.00)	8 (20.00)
P	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.05	< 0.05

3 讨论

腹外疝俗称“疝气”，其指的是腹膜连同腹内的大网膜、肠管或盆腔内脏器一同经骨盆或腹壁薄弱处脱出患者体表，并在患者体表有皮肤全层覆盖，是一种多发的腹部外科疾病。由于腹外疝患者的临床表现和体征较为典型，临床确诊率较高，确诊后多需接受手术治疗^[3]，由于手术并不复杂，腹外疝修补术在基层医院较为广泛的开展，但患者的术后质量仍有待于提高。

结合笔者临床经验发现，传统疝修复术由于其张力较大而导致患者术后严重疼痛，且较长时间的牵拉感，影响患者的术后康复和正常劳动^[4]。且由于传统修复术不能保证患处病灶得到彻底修复，提高了患者复发率，进而导致一系列的术后恶性并发症，加重了患者的身心负担，影响术后正常康复。近年来，为改善手术效果和患者预后，无张力修补术已经逐渐推广开来。众多文献结果提示，在腹外疝患处放置人工生物材料所制的补片，缺损组织可被机体自身炎症反应生成的异物肉芽肿所填充，修复异常解剖结构，符合人体生理特征，进而确保手术疗效，减少术后复发^[5~6]。同时，无张力修补术减轻切口张力，减轻患者术后疼痛和牵拉感，手术低损伤，术后恢复快，对提升患者的治疗体验有较大帮助，因而更受临床术者的认可和青睐^[7]。本次研究中，除了无张力修补术因手术操作要求精细需要较长耗时外，传统修补术的术中出血量和住院时间均优于对照组，证明其对患者的低损伤，且其更低的 VAS 评分也同样证明了无张力修补术后患者疼痛减轻，体现了其较高的临床价值。另一方面，本次研究中的试验组患者的术后并发症的发生率更低，与文献结论相吻合，证明了其具有较高的安全性，符合临床需求，可考虑在合理范围内加以推广。值得注意的是，部分患者指出，在疝修补术合理应用腹腔镜有助于进一步减轻患者损伤，促进患者恢复，笔者将在今后的研究中持续关注。

综上所述，无张力修补术治疗腹外疝具有手术损伤低、

(下转第 42 页)



确定进针深度和角度。除此以外, B 能在术中反复检查且不受操作时间的限制, 避免 x 线定位对医生和患者产生放射性损害, 从而保护从事微创经皮肾穿刺输尿管镜取石术手术的医生。对于复杂肾结石, 通常情况下, 医生会依据结石大小、位置、解剖位置等挑选穿刺点及其穿刺路径。随着微创手术的不断改进和成熟, 其适应证逐步扩大, 特别适合治疗复杂性肾结石患者, (1) 肾结石横径超过 3.0cm 并伴有肾积水患者; (2) 多发性肾结石、鹿角状肾结石患者; (3) 输尿管结石横径大于 1.0cm 并伴有严重积水患者。必须注意, 为提高穿刺成功率, 应选定恰当的穿刺点。一般情况下, 肾积水越严重, 穿刺置管更容易。比较大的碎石可直接采用取石钳夹出来, 加快取石速度。本组研究结果显示, 采用经皮肾穿刺输尿管镜取石术的临床效果优于传统手术效果, 且其手术时间较短, 术中出血量较少, 具有较高的安全性。

综上所述, 复杂性肾结石采用经皮肾穿刺输尿管镜取石术治疗的临床效果显著, 能够有效减少术中出血量, 缩短术

后住院时间, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 何国志. 两种经皮肾镜手术联合治疗巨大鹿角形肾结石临床观察 [J]. 中国医学前沿杂志电子版, 2014, 6(7):90-92.
- [2] 杨巧智, 陈威, 陈壮等. 微创经皮肾穿刺输尿管镜取石术治疗复杂肾结石的临床分析 [J]. 微创医学, 2015, 10(1):114-115, 73.
- [3] 石天峰, 刘彬, 马天武等. 微创经皮肾镜取石术联合体外冲击波碎石术治疗复杂性肾结石的临床疗效观察 [J]. 吉林医学, 2015, 26(18):3996-3998.
- [4] 杨雪冰, 周鹏, 李泉水等. 超声引导建立经皮肾镜钦激光碎石通道治疗复杂性肾结石 [J]. 当代医学, 2013, 22(13):8-9.
- [5] 梁泰生, 高宏君, 卢尚光, 等. 经皮肾镜气压弹道碎石术与开放手术治疗鹿角形肾结石的比较 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志电子版, 2010, 04(6):25-27.

(上接第 37 页)

使患者的治疗效果以及有效的提升治疗安全性实现。同时, 确保患者的预后效果以及生活质量得到基本保证。

参考文献:

- [1] 杨安芳. 微生物检验泌尿系统的病原菌结果研究 [J]. 中国医药导刊, 2014, 02:325-327.
- [2] 戚润鹏, 刘旭华. 泌尿系统微生物检验及结果分析 [J].

中国实用医药, 2015, 02:167-168.

[3] 王宁, 奇勒莫格. 泌尿系统微生物检验病原菌的结果探讨 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 02:129.

[4] 王文志. 泌尿系统感染的病原菌临床检验特点分析 [J]. 中国实用医药, 2015, 31:181-182.

[5] 张玉芹. 泌尿系统感染的病原菌临床检验分析 [J]. 求医问药 (下半月), 2012, 07:93.

(上接第 38 页)

二磷酸受体激活是两个独立环节, 单纯采用阿司匹林或氢氯吡格雷进行治疗的效果比不上联合两种药物进行治疗, 可发挥互补和协同作用, 更好抑制血小板活化和聚集^[4]。

本研究中, 单一组采用阿司匹林治疗, 协同组采用阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗。结果显示, 协同组患者脑梗塞疾病治疗效果高于单一组, $P < 0.05$; 治疗前两组神经功能、自理情况比较无显著差异, $P > 0.05$; 治疗后协同组神经功能、自理情况改善幅度更大, $P < 0.05$ 。

综上所述, 阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞疾病的临床效果确切, 可改善患者病情和预后, 提高其生活自理能力, 值得推广。

参考文献:

- [1] 王亚娟. 阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的疗效及安全性分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2014, 1(8):1341-1342.
- [2] 张东平, 胡亚妮, 姜超等. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗脑梗塞 98 例疗效分析 [J]. 延安大学学报 (医学科学版), 2011, 09(2):7-8.
- [3] 丁玉年. 阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的有效性和安全性研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(13):2627-2627, 2630.
- [4] 彭建. 脑梗塞应用阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗的效果研究 [J]. 今日健康, 2016, 15(2):20-20, 369.

(上接第 39 页)

恢复快、疼痛低等显著优势, 术后不良反应发生率降低, 可考虑在临床中合理推广。

参考文献:

- [1] 禚宗辉. 无张力修补术和传统手术治疗腹外疝的疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(6):105-105.
- [2] 岑坚慈. 无张力疝修补术与传统疝修补术治疗老年腹外疝的疗效对比 [J]. 国际医药卫生导报, 2013, 19(5):677-679.
- [3] 丁俊连. 应用无张力疝气修补术与传统疝气修补术治

疗腹股沟疝的疗效对比 [J]. 当代医药论丛, 2014(12):272-273.

[4] 英辉. 无张力疝修补与传统疝修补术治疗腹外疝的临床疗效对比 [J]. 中外医疗, 2015, 34(32):38-39.

[5] 周玉泉. 改进无张力疝修补术对腹外疝的治疗作用初步研究 [J]. 大家健康, 2016, 10(14).

[6] 景光波. 腹外疝 60 例无张力疝修补术治疗的临床价值体会 [J]. 医药卫生, 2016(6):00036-00036.

[7] 王植云. 用无张力疝修补术治疗腹外疝的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(1):182-183.

(上接第 40 页)

生率, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 刘容生. 平片无张力疝修补术治疗非绞窄性腹股沟嵌顿疝的临床研究 [J]. 微创医学, 2014, 9(6):790-791.
- [2] 倪正谷. 成人嵌顿性腹股沟斜疝一期环充填式无张力疝修补术 21 例疗效分析 [J]. 中外医疗, 2014, 33(5):53-54.

[3] 黄侠春. 疝环充填式无张力修补术治疗男性腹股沟斜疝临床疗效分析 [J]. 中国实用医刊, 2015, 42(12):92-93.

[4] 陈锦福. 无张力修补术在 52 例嵌顿性腹股沟疝中的应用 [J]. 中国现代普通外科进展, 2016, 19(3):228-228.

[5] 李锴, 朱德成. 腹腔镜与传统手术治疗小儿嵌顿性腹股沟斜疝疗效对比分析 [J]. 安徽医学, 2016, 37(2):181-183.