



腹股沟疝行疝环充填式无张力疝修补术治疗的可行性研究

杨贻伟

广西容县人民医院 广西容县 537500

【摘要】目的 探讨腹股沟疝行疝环充填式无张力疝修补术治疗的可行性。**方法** 选择2016年2月-2017年4月80例腹股沟疝患者分组。对照组进行常规手术治疗, 观察组行疝环充填式无张力疝修补术治疗。比较两组腹股沟疝治疗总有效率; 手术时间、术后疼痛消失、下地、出院情况; 手术并发症发生情况。**结果** 观察组腹股沟疝治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$; 观察组手术时间、术后疼痛消失、下地、出院情况优于对照组, $P < 0.05$; 观察组手术并发症发生情况少于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 腹股沟疝行疝环充填式无张力疝修补术治疗的可行性高, 可提高治疗效果, 减少手术带来的创伤, 加速术后康复, 减少并发症发生, 值得推广和应用。

【关键词】 腹股沟疝; 疝环充填式无张力疝修补术治疗; 可行性

【中图分类号】 R656.21 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-057-02

腹股沟疝在临床上发病率高, 且老年和幼儿发病高于其他年龄段患者。目前, 手术修补仍是腹股沟疝治疗的主要方法, 但传统手术后存在较大张力, 可引起疼痛和复发。本研究分析了腹股沟疝行疝环充填式无张力疝修补术治疗的可行性, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2016年2月-2017年4月80例腹股沟疝患者分组。观察组男26例, 女14例; 年龄45-79岁, 平均(63.24±2.71)岁。直疝4例, 斜疝36例。对照组男25例, 女15例; 年龄46-79岁, 平均(63.35±2.77)岁。直疝5例, 斜疝35例。

两组基本情况差异不显著。

1.2 方法

对照组进行常规手术治疗, 观察组行疝环充填式无张力疝修补术治疗。常规准备手术, 腹股沟韧带中点上和耻骨结节联线处作切口, 逐层切开之后, 将腹股沟盒解剖, 在腹股沟管内找到精索, 高位游离上, 至疝囊颈部后不作高位结扎。疝囊体积大可在疝囊颈部3.5-4厘米作中部横断, 近端缝合后关闭, 确保疝囊可容纳一个疝环充填物。疝囊较小可直接推入内环口或疝三角。后将疝囊翻入腹腔, 将网塞充填物填充至疝环。在网塞外瓣和内环周围腹横筋膜缝合固定。充分止血之后, 在腹股沟盒内精索后方给予成型网片置入, 使圆韧带和精索从补片缺孔通过, 将补片铺平, 放置平整, 和腹股沟韧带、联合肌腱缝合固定。彻底凝血之后将切口关闭。

1.3 观察指标

比较两组腹股沟疝治疗总有效率; 手术时间、术后疼痛消失、下地、出院情况; 干预前后患者手术并发症发生情况。显效: 症状完全消失, 无产生任何并发症; 有效: 症状改善, 并发症较为轻微; 无效: 症状无明显改善。总有效率 = 显效、有效百分率之和^[1]。

1.4 统计学处理方法

采用SPSS18.0软件统计, 分别进行t检验(计量资料)、 χ^2 检验(计数资料), $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 两组腹股沟疝治疗总有效率相比较

观察组腹股沟疝治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$ 。如表1。

2.2 两组手术时间、术后疼痛消失、下地、出院情况相比较

观察组手术时间、术后疼痛消失、下地、出院情况优于对照组, $P < 0.05$, 见表2。

2.3 两组手术并发症发生情况相比较

干预后观察组手术并发症发生情况少于对照组, $P < 0.05$, 如表3。

表1: 两组腹股沟疝治疗总有效率相比较 [例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总效率
对照组	40	19	11	10	30 (75.00)
观察组	40	29	10	1	39 (97.50)
χ^2					8.538
P					0.003

表2: 两组手术时间、术后疼痛消失、下地、出院情况相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	下地时间 (d)	疼痛消失时间 (d)	出院时间 (d)
对照组	40	65.45±12.91	2.15±0.14	4.26±2.10	5.62±1.57
观察组	40	43.14±11.13	1.02±0.13	3.11±1.02	3.26±1.61
t		6.156	6.664	4.256	4.862
P		0.000	0.000	0.000	0.000

表3: 两组手术并发症发生情况相比较 [例数 (%)]

组别	例数	阴囊积液	尿潴留	伤口感染	发生率
对照组	40	4	2	4	10 (25.00)
观察组	40	1	1	1	3 (7.50)
χ^2					5.684
P					0.023

3 讨论

腹股沟疝为腹横筋膜薄弱和结构缺损, 导致腹腔内脏器经腹股沟缺损部位向体表突出, 在普外科中具有高发病率, 且在小儿和老年人中发病率较高, 小儿多为先天性腹壁薄弱和缺损所致, 而老年人发病则和支气管炎、肺心病、高血压、便秘等症状和疾病引起腹内压升高和腹壁组织衰退相关^[2]。

目前, 临床治疗腹股沟疝主要采用手术方法, 传统手术以疝囊高位结扎并将局部通道封闭为主要原理, 可缝合损伤腹壁, 以促进内环闭合, 促使腹部沟后壁增强, 但缝合之后可产生一定的张力, 且多数患者可出现不同程度疼痛, 术后复发率高。研究显示, 传统手术治疗腹股沟疝后, 缝合张力越高则术后疼痛越严重, 复发率越高。为了解决和克服传统手术问题、缺陷, 需寻求一种更安全和有效的手术方式, 达到减轻患者疼痛和降低腹股沟疝复发率的目的^[3-4]。疝环充填式无张力疝修补术是一种新型手术方式, 疼痛轻, 并发症少,

(下转第61页)



三管结构,关键是要辨认清楚胆囊壶腹和胆囊管。从壶腹开始由远及近分离出胆囊管,施钛夹、切断。如果Calot三角解剖不清,致密粘连,应果断中转开腹,减少肝外胆管的损伤。本组因此原因开腹2例。有学者认为Calot三角区解剖结构不清时,可逆行切除或大部切除^[4]。但我们认为大部切除术后会出现不同程度的右上腹不适,甚至残留部分结石复发,所以开腹彻底切除有病变的胆囊为佳。把Calot三角区解剖结构不清、粘连紧密可视为中转开腹无可非议的指征^[5]。

有时胆囊管内有嵌顿的结石存在,对于胆囊管中远部的结石,可将结石推挤入胆囊。如果结石难以推动,嵌顿的结石距胆总管有一定距离,可直接施钛夹切断胆囊管。否则应中转开腹手术,以防损伤胆总管。本组有1例既是结石嵌顿于胆囊管,并且胆囊管扩张已失去其“管”状结构,又无法将结石挤推入胆囊腔内(距胆总管<0.5cm),故中转开腹手术。

胆囊急性炎症时,胆囊动脉常增粗、质脆,周围组织不易剥离,容易出血。我们体会是:胆囊动脉出血时,千万不要用钛夹盲目夹持止血,这会增加损伤肝外胆管的危险。要保持冷静,先用分离钳夹住出血部位,助手用吸引器吸尽周围积血,清楚显露出血部位后再用钛夹一次成功止血。如果出血部位不清或分离钳难以夹住出血部位,应立即用胆囊组织或纱布压迫止血,准备中转开腹手术。千万不要反复夹持出血部位,加大出血或损伤胆管,引起更加严重的后果。本

组1例因胆囊动脉出血而中转开腹手术即因此。

3.3 腹腔引流管的放置

急性胆囊切除后我们常规放置腹腔引流管。因为急性胆囊炎、水肿,创面渗出液较多,有时有胆漏,腹腔引流有利于及时观察引流液的性状及量。一般情况常于术后48h后拔除。

总之,对于急性胆囊炎只要掌握好手术时机,合理地选择病人,术中认真仔细并耐心地操作,同时把握住中转开腹手术的指征,减少并发症,腹腔镜行急性胆囊炎切除术就能在临床中安全健康地开展起来。

参考文献:

- [1] 田国伟,朱元恒,贾虎林,等.急性胆囊炎腹腔镜手术治疗体会[J].肝胆胰外科杂志,2006,18(5):322
- [2] 雷海录,张康泰,陈勇,等.单中心18726例腹腔镜胆囊切除并发症分析及预防处理对策探讨[J].中华肝胆杂志,2003,9(2):79-81.
- [3] Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and an analysis of 77604 cases. Am J Surg, 1993, 165: 9-14
- [4] 伍冀湘,张杰雄,邱立新,等.腹腔镜腹部手术临床应用117例[J].中国微创外科杂志.2002,2(1):36-37.
- [5] 陈如训,罗丁,李胜宏,等.腹腔镜胆囊切除术并发症的预防[J].中华医学杂志,1996,76(5):392-393.

(上接第57页)

疗效更高,符合生物力学特点和人体需求,解决了传统手术的问题。在实施疝环充填式无张力疝修补术时需注意,医生需具备娴熟手术技巧,熟悉腹股沟解剖结构特点,手术时避免完全剥离较大疝囊,以免增加创伤。游离疝囊精索需注意游离到位。在网塞植入时需把握植入深度,避免植入太深而导致固定困难或太浅而滑出。置入补片之前需合理修剪。网塞和补片置入后,四周给予牢固缝合,以免复发^[5-6]。

本研究中,对照组进行常规手术治疗,观察组行疝环充填式无张力疝修补术治疗。结果显示,观察组腹股沟疝治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$;观察组手术时间、术后疼痛消失、下地、出院情况优于对照组, $P < 0.05$;观察组手术并发症发生情况少于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,腹股沟疝行疝环充填式无张力疝修补术治疗的可行性高,可提高治疗效果,减少手术带来的创伤,加速

术后康复,减少并发症发生,值得推广和应用。

参考文献:

- [1] 刘晓东.疝环充填式修补法治腹股沟疝84例临床观察[J].中国医药导报,2009,6(12):37.
- [2] 郝春芬,齐永彬.局部麻醉用于腹股沟疝手术的效果观察[J].中国现代药物应用,2009,3(23):83-84.
- [3] 胡勇.疝气修补术的临床体会[J].吉林医学,2013,34(3):423.
- [4] 华朝金.疝环充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的临床分析[J].大家健康(下旬版),2013,7(10):30-30.
- [5] 刘佳,俞磊,韩鄂辉等.疝环充填式无张力疝修补术后网塞和成型补片的临床诊断效果分析[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2016,10(4):305-307.
- [6] 王庆广,王燕红,张彩坤等.Modified kugel补片疝环充填式无张力疝修补的生物相容性[J].中国组织工程研究,2016,20(25):3659-3664.

(上接第58页)

参考文献:

- [1] 赵克广,李鲁欢,郝建,血清降钙素原对老年细菌性肺炎临床诊断价值[J].临床肺科杂志,2013,18(11):2001-2002.
- [2] 桂盈凤,罗爱梅,郑佐香,联合检测降钙素原、C-反应蛋白及白细胞在老年细菌性肺炎早期诊断中的意义[J].当代

医学,2017,23(16):107-109.

- [3] 白雅红,李月阳,王华,等.降钙素原、C反应蛋白、白细胞计数联合检测对医院获得性细菌性肺炎的诊断价值[J].中国医药科学,2017,46(6):807-809.
- [4] 姜友珍,李爽,侯德凤,等.降钙素原、C反应蛋白、白细胞计数联合检测在ICU医院获得性细菌性肺炎鉴别诊断中的价值[J].检验医学,2016,31(6):453-457

(上接第59页)

激光碎石术治疗输尿管上段结石的临床疗效比较[J].浙江医学,2015,37(15):1309-1311.

- [2] 胡啸天,曾晓勇.输尿管镜下钬激光碎石术与腹腔镜下输尿管切开取石术治疗输尿管中、下段结石的临床疗效比较[J].广西医科大学学报,2016,33(4):718-720.

- [3] 李海波,李超志,梁宇,等.输尿管镜内导管灌注在输尿管镜钬激光碎石术中的应用体会[J].临床泌尿外科杂志,2015(4):112-113.

- [4] 张建华,刘孝东,官润云,等.上尿路腔内碎石术后并发尿源性脓毒症休克的处理和预防[J].昆明医科大学学报,2014,35(11):63-66.