

腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术与经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术的比较

邓杰建

浦北县人民医院 广西钦州 535300

【摘要】目的 对比研究腹股沟患者采用腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术和经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术两种方式进行治疗的临床效果。**方法** 选择我院收治的, 获得临床确诊的腹股沟患者 30 例作为本次研究对象, 在将其按照治疗方法分成治疗组和对照组, 每组 15 例。对照组采用经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术进行治疗; 治疗组采用腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术进行治疗。对两组患者的手术操作时间、治疗总有效率、术后下床活动时间、术后住院治疗时间、以及并发症发生率等指标进行统计分析。**结果** 治疗组患者手术治疗总有效率达到 93.3%, 高于对照组的 66.7% ($P < 0.05$); 治疗组操作时间、术后下床活动时间、术后住院治疗时间均较对照组发生明显缩短 ($P < 0.05$); 治疗组患者术后并发症仅 1 例, 少于对照组的 4 例 ($P < 0.05$)。**结论** 腹股沟患者采用腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术进行治疗的效果明显优于经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术, 能够明显缩短手术操作时间和术后恢复时间, 减少相关并发症, 减轻术后疼痛。

【关键词】 腹股沟疝; 腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术; 经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术

【中图分类号】 R656.21

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 03-020-02

目前临床普遍认为对疝的治疗应该尽量简单, 根据实际生理解剖结构对腹壁进行修复, 并有效防止病情在治疗后再次复发。腹股沟疝修补术根据手术路径与疝环之间的关系差异主要可以分成前、后入路两种形式^[1, 2]。本文对比研究腹股沟患者采用腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术和经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术两种方式进行治疗的临床效果。汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究组资料来源于我院在 2018 年 1 月-2019 年 12 月间收治的获得临床确诊的腹股沟患者, 共计选择 30 例作为本次研究对象, 在将其分成治疗组和对照组后, 每组 15 例。对照组中包括有男性 13 例, 女性 2 例; 年龄 22-65 岁, 平均 38.6 ± 6.4 岁; 腹股沟疝发病时间 1-13 天, 平均 4.1 ± 0.5 天; 左侧腹股沟疝 5 例, 右侧腹股沟疝 10 例; 斜疝 9 例, 直疝 6 例; 治疗组中包括有男性 14 例, 女性 1 例; 年龄 24-63 岁, 平均 38.3 ± 6.7 岁; 腹股沟疝发病时间 1-12 天, 平均 4.3 ± 0.6 天; 左侧腹股沟疝 6 例, 右侧腹股沟疝 9 例; 直疝 4 例, 斜疝 11 例。治疗组与对照组患者的基础信息比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 存在可比性。

1.2 方法

对照组采用经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术进行治疗, 连续硬膜外麻醉并仰卧位, 保持头低足高, 在耻骨联合上方正中位置做长度在 5cm 左右的切口, 皮肤、皮下、腹白线依次切开, 提起腹壁, 将脐膀胱前的筋膜切开, 紧贴腹膜钝性游离 Bogros 间隙。内侧分离至耻骨后方, 外侧分离至髂前上棘, 下方要使输精管、生殖血管、髂血管充分显露, 暴露肌耻骨孔、疝囊、耻骨梳韧带, 创建大于补片的腹膜前袋状间隙。小病灶可分离整个疝囊进行还纳; 大病灶在内环处进行横断, 近端实施缝扎, 远端止血, 随后敞开。生殖血管和输精管向近端游离 5cm 左右, 使精索腹壁化。将补片以肌耻骨孔为中心置于精索和腹膜间, 补片中部与腹横筋膜进行固定。完成后逐层缝合切口。治疗组采用腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术进行治疗, 全麻后取仰卧位, 保证头低足高。在脐下缘

1.5cm 左右的位置做弧形的切口, 腹白线横行切开, 经腹直肌与后鞘间以示指进行分离至越过弓状线, 进入到腹膜前间隙, 沿脐下方 5cm 左右的位置, 置入规格为 5mm 的 trocar。经脐下切口置入规格为 10mm 的 trocar, 将其作为观察孔, 前鞘及皮肤进行间断缝合。注入 CO₂, 压力水平控制在 12mmHg, 将腹腔镜置入。游离腹膜外疏松组织, 使腹膜前间隙扩大, 观察到耻骨梳韧带及腹壁下血管后可以在脐下方 10cm 左右的位置将规格为 5mm 的 trocar 置入。不能完全游离的大病灶可在疝囊颈进行结扎并切断, 远端旷置。精索腹壁化后使肌耻骨孔显露, 将补片置于精索和腹膜间, 钝圆端置于 Retzius 间隙, 尖端指向髂前上棘, 中部与腹直肌的后方对应, 膨隆面要朝向腹横筋膜, 下端要能够越过髂血管。在直视条件下将 CO₂ 排出, 腹膜保持自然复位, 补片平整铺于腹膜前间隙, 切口实施间断缝合。

1.3 观察指标

对两组患者的手术治疗总有效率; 手术操作时间、术后下床活动时间、术后住院治疗时间以及患者术后并发症的发生情况等指标进行对比分析。

1.4 疗效评价标准

无效: 腹股沟疝症状没有减轻, 疝囊去除程度不足 50%, 或有相关并发症在术后出现; 有效: 腹股沟疝症状减轻, 疝囊去除程度在 50% 以上, 出现并发症; 显效: 腹股沟疝症状术后彻底或基本消失, 疝囊完全去除, 没有并发症^[3]。

1.5 数据处理

$P < 0.05$ 有显著统计学意义, 计数资料和计量资料分别进行 χ^2 检验和 t 检验, 后者以 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式予以表示, 以 SPSS18.0 软件处理所得相关数据。

2 结果

2.1 手术治疗总有效率

治疗组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 总有效率数据统计结果 [n(%)]

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	总有效率
对照组	15	3 (20.0)	7 (46.7)	5 (33.3)	10 (66.7)
治疗组	15	9 (60.0)	5 (33.3)	1 (6.7)	14 (93.3)*

注：与对照组比较 * $P < 0.05$

2.2 操作时间、术后下床活动时间、术后住院治疗时间
治疗组短于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2：操作时间、术后下床活动时间、术后住院治疗时间数据
统计

组别	例数 (n)	操作时间 (min)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	15	43.96±4.25	3.28±3.65	7.62±1.49
治疗组	15	36.38±3.74	1.62±0.49	4.50±0.86
t 值		16.718	11.862	13.120
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 术后并发症

治疗组患者术后发生并发症者仅 1 例，对照组患者术后发生并发症者 4 例，发生率分别为 6.7% 和 26.7%，治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

开放后入路手术目前在临床治疗初发疝的过程中应用较为广泛^[4]。腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术属于腹腔镜疝修补的一种标准的术式，同时也属于后入路手术的范畴^[5-6]。通过进行本次研究可以充分说明，腹股沟疝患者采用腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术进行治疗的效果明显优于经正

中线切口腹膜前腹股沟疝修补术，能够明显缩短手术操作时间和术后恢复时间，减少相关并发症，减轻术后疼痛。

参考文献：

- [1] 程千里, 周亚龙, 余书勇, 等. 腹腔镜下微创治疗小儿腹股沟疝的临床研究 [J]. 检验医学与临床, 2015, 12(13):1864-1865.
- [2] 丁庆光, 李团光, 庄博, 等. 两种微创手术方式在小儿腹股沟斜疝治疗中的应用 [J]. 现代医学, 2015, 43(5):592-594.
- [3] 王桐生, 丁磊, 赵爱民, 等. 腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术与经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术的比较研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(2):118-121.
- [4] 唐石驹, 吴水来, 董红平, 等. 腹腔镜完全腹膜外疝修补对中青年男性腹股沟疝疗效的影响 [J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(12):83-87.
- [5] 张云, 郝晓晖, 李健文, 等. 腹腔镜腹股沟疝修补术治疗老年腹股沟疝的临床疗效 [J]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(10):970-971.
- [6] 王桐生, 丁磊, 赵爱民, 等. 腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术与经正中线切口腹膜前腹股沟疝修补术的比较研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(2):120-121.

(上接第 18 页)

次数、总满意率、并发症 (尿失禁、尿道狭窄以及尿漏等) 发生率。

1.4 统计学方法

资料分析采用 SPSS 21.0 统计软件进行统计分析。定量数据用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$)。

2 结果

2.1 患者平均住院时间、平均手术时间、平均术中出血量、平均超声刀使用次数、并发症发生率分析

52 例病人平均超声刀使用次数分别为 (12.4±3.7) d、(156.1±36.2) min、(225.5±18.7) ml、(4.6±1.8) 次，并发症发生率为 3.7% (2/52，1 例尿失禁、1 例尿道狭窄、0 例尿漏)；总满意率为 98.1% (51/52)，不满意率为 1.9% (1/52)，总满意率高于不满意率 ($P < 0.05$)

3 讨论

前列腺癌是一种临床常见恶性肿瘤，对于早期前列腺癌患者而言，主要以前列腺根治切除术为主，对于晚期前列腺癌患者而言，主要以内分泌和放化疗方式为主。随着人们对前列腺癌疾病的研究日益深入，其有关治疗手段也日益发展^[2]。腹腔镜下前列腺根治切除术是一种微创手术，在借助先进器械设备下利用小切口来完成手术，而超声刀的使用显著提高游离前列腺的安全价值，缩短手术时间、降低尿肌不稳定

发生率、减少残余尿量、提高患者的生活水平。本文研究结果显示术后尿肌不稳定发生率低于术前、术后残余尿量少于术前 ($P < 0.05$)，总满意率高于不满意率 ($P < 0.05$)。超声刀具有以下优势：其一，止血效果理想；其二，焦痂形成少；其三，手术视野清晰；其四，切割精确度高等。由于腹腔镜下前列腺根治切除术对器械以及术者的技术要求比较高，所有手术操作难度也比较大，手术时间也比较长，本文显示平均手术时间为 (166.3±37.1) min，与大多数学者在相关研究中保持高度一致。有关研究资料显示，超声刀配合腹腔镜下前列腺根治切除术可显著提高治疗效果。在腹腔镜操作过程中，需避免腹腔镜污染，在腹腔镜下前列腺根治切除术中合理运用超声刀可使得手术操作变得更为简单，但是器械护士需通过严格培训，熟知超声刀的常见故障保养，从而保证手术能够顺利进行。

综上所述，在腹腔镜下前列腺根治切除术中合理运用超声刀可显著提高治疗效果。

参考文献：

- [1] 赵海波. 双极等离子电切术对老年高危前列腺增生患者的疗效研究 [J]. 按摩与康复医学, 2018, 009(017):P.35-36.
- [2] 艾青, 李宏召, 马鑫等. 机器人辅助腹腔镜前列腺根治性切除术中尿控和性功能保留的关键手术技巧 [J]. 微创泌尿外科杂志, 2017, 6(1):59-61.

(上接第 19 页)

血管通透性降低，改善症状及体征，但仍有部分患儿的效果并不理想^[2]。近年来，临床上广泛的采用沙丁胺醇与布地奈德联合的方式治疗，效果较为理想，布地奈德属于吸入性糖皮质激素，能够强效的抑制炎症反应，使局部炎症渗出减少，扩张毛细血管，而且可将气管 β_2 受体的反应性增强，与沙丁胺醇发挥协同效应，进一步的提升治疗效果，促进患儿康复，并改善患儿肺功能。

综上所述，小儿哮喘急性发作应用沙丁胺醇联合布地奈德治疗时，可有效的消除哮喘症状，改善肺功能，减少哮喘复发次数，提升患儿的生活质量。

参考文献：

- [1] 吴玮. 沙丁胺醇溶液布地奈德吸入治疗哮喘急性发作 28 例疗效分析 [J]. 医学美学美容 (中旬刊), 2014, 22(12):717.
- [2] 谢振玉. 布地奈德联合沙丁胺醇溶液雾化吸入控制哮喘急性发作的疗效观察 [J]. 医药前沿, 2013, 2(11):190.