

充填式无张力和平片无张力疝修补术对腹股沟疝气的治疗 效果比较

李雪岗

云南省昆明市呈贡区人民医院 昆明呈贡 650500

〔摘要〕目的 分析比较充填式无张力和平片无张力疝修补术对腹股沟疝气的治疗效果。方法 试验对象选择为我院在 2018 年 8 月至 2019 年 8 月接收的 120 例腹股沟疝气患者，按随机数字表法将其分为观察组与对照组，观察组 60 例采取平片无张力疝修补术治疗，对照组 60 例采取充填式无张力疝修补术治疗，就两组患者的疗效进行比较。结果 观察组患者手术时间和住院时间均比对照组更短，并发症发生率（6.7%）比对照组（20.0%）更低，两组比较 $P < 0.05$ 。结论 平片无张力疝修补术相比于充填式无张力疝修补术在治疗腹股沟疝气中更具优势，更适宜在临床中推广应用。

〔关键词〕腹股沟疝气；充填式无张力疝修补术；平片式无张力疝修补术；并发症发生率

〔中图分类号〕R656.2 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2020) 10-045-02

腹股沟疝气是一类常见的外科疾病，其危险性较大，可发生于任何年龄段人群，男性发病率高于女性。以往临床中多采取有张力疝修补术对该类患者进行治疗，虽然具有一定的疗效，但患者术后疼痛明显，且易复发，近些年来无张力疝修补术正逐步取代传统的有张力疝修补术^[1]。无张力疝修补术分为充填式无张力和平片无张力疝修补术两种，本次研究就这两种术式的应用效果进行具体分析对比。

1 资料和方法

1.1 一般资料

试验对象选择为我院在 2018 年 8 月至 2019 年 8 月接收的 120 例腹股沟疝气患者，按随机数字表法将其分为观察组与对照组，各 60 例。观察组中男性和女性分别有 45 例、15 例；年龄最小 25 岁，最大 71 岁，平均年龄为 (42.2 ± 4.3) 岁；病程在 1 至 5 年之间，平均为 (2.6 ± 0.9) 年；疾病类型：单侧直疝、单侧斜疝、单侧复发病、双侧直疝、双侧斜疝各有 14 例、16 例、5 例、14 例、11 例。观察组中男性和女性分别有 48 例、12 例，年龄最小 21 岁，最大 70 岁，平均年龄为 (41.5 ± 4.5) 岁；病程在 1 至 7 年之间，平均为 (2.7 ± 1.0) 年；疾病类型：单侧直疝、单侧斜疝、单侧复发病、双侧直疝、双侧斜疝各有 11 例、15 例、4 例、15 例、15 例。观察组与对照组患者以上资料对比 $P > 0.05$ ，证实本研究具有可行性。所有患者均确诊为腹股沟疝气，患者均自愿参与研究，排除有认知功能障碍、严重器质性疾病的患者，本研究符合医学伦理学要求。

1.2 方法

对照组采取充填式无张力疝修补术治疗，给予硬膜外麻醉，经腹外斜肌纤维方向将皮肤切开，并将精索分离，上端需达腹膜外脂肪，下端需达耻骨结节。之后对疝囊进行结扎，并将疝囊与伞状填充物尖端缝合，在确定内环口底部与边缘平齐时塞入填充物，并进行缝合处理。

观察组采取平片无张力疝修补术治疗，给予局部麻醉，在腹股沟韧带中点上方 2 公分处向下至耻骨结节，作一长约 6 公分且与腹股沟韧带平行的斜切口，需切开皮肤和皮下组织，将腹外斜肌腱膜显露出来，切口下端露出外环。需对精索进行游离，并分出疝囊，沿疝囊颈基底部周围将腹横筋膜切开，对疝囊进行高位游离，需暴露出腹膜前脂肪，并对多余疝囊壁进行结扎，将内环口缩窄。将补片放置在腹股沟后壁腹横筋膜前侧，需覆盖至耻骨结节外 2 公分，对耻骨结节和腹股沟韧带进行缝合。在确定无活动性出血后，对腹外斜肌腱膜和皮肤、皮下组织进行缝合，术毕。

1.3 观察指标

观察比较两组患者手术时间、住院时间、并发症发生率三项指标。

1.4 统计学方法

试验数据采取 SPSS19.0 软件进行处理，组间计数资料与计量资料的差异采取卡方检验和 t 检验评估， $P < 0.05$ 时组间差异显著。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、住院时间对比

观察组患者手术时间和住院时间均比对照组更短，两组比较 $P < 0.05$ ，详见表 1。

表 1: 两组患者手术时间、住院时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)
观察组	60	51.6 ± 15.2	4.0 ± 0.9
对照组	60	65.9 ± 17.3	5.8 ± 1.4
t		4.810	8.377
P		0.000	0.000

2.2 两组患者并发症发生率对比

观察组患者并发症发生率为 6.7%，明显低于对照组的 20.0%，组间比较 $P < 0.05$ ，详见表 2。

表 2: 两组患者并发症发生率对比 [n (%)]

组别	例数	局部异物	阴囊积液	尿潴留	切口感染	总发生率
观察组	60	1 (1.7)	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.7)
对照组	60	3 (5.0)	4 (6.7)	2 (3.3)	3 (5.0)	12 (20.0)
χ^2						4.615
P						0.032

3 讨论

腹股沟疝气在临床中比较常见，其病因尚不完全清楚，一般认为与腹腔内压力升高、腹壁薄弱有关，会给患者身心健康和生活质量造成一定的负面影响^[2]。近些年来无张力疝修补术已在腹股沟疝气患者的治疗中得到了广泛应用，此类术式操作简单，患者术后疼痛轻微，疗效和安全性也比有张力疝修补术更佳。充填式无张力疝修补术是以聚丙烯网塞为填充材料，与补片有较好的相容性，此术式易于操作、创伤性小，且治疗后不易复发，但相比于平片无张力疝修补术并无明显优势^[3]。平片无张力疝修补术不用广泛解剖腹股沟，患者疼痛更轻微，且发生各类并发症的风险更低，其疗效和安全性更佳^[4]。本次试验结果显示，平片无张力疝修补术相比于充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝更具优势，患者手术时间和住院时间更短，并发症发生率更低，仅为 6.7%，

(下转第 50 页)

及其轴索因各种原因所致的传导阻碍的疾病,根据眼底表现及视神经损害的部位可分为原发性、继发性、上行性三种^[2],临床表现为视力降低,视盘苍白或灰白或淡黄,视野减小,最终可致失明。根据视盘不同程度的苍白或灰白、淡黄色,结合视力,视野,VEP 等不难诊断,因其发病率高,致残率高,病程长,疗效差,预后差,严重影响人们生活质量,受到眼科界的高度重视^[3]。

由于视神经萎缩不是一个单独的疾病,可由多种疾病引起,病因不同其预后亦存在差异,因此临床诊断及治疗需要查找导致萎缩的具体病因,发病原因复杂多样多受炎症、压迫、缺血、外伤、遗传等因素的影响且在临床上多有报道,梅毒性眼病可以是梅毒唯一临床表现,包括基质性角膜炎、葡萄膜炎及视神经病变,其中葡萄膜炎常见,视神经病变最少见。报道了许多梅毒引发的葡萄膜炎,但以视神经萎缩为唯一表现的梅毒相关文献较亦罕见。

梅毒性视神经萎缩,罕见,表现为急性或亚急性起病的视力下降,早期眼底检查可无视神经萎缩,亦可出现视盘水肿或就诊时已经出现视神经萎缩,神经梅毒的早期病理改变为脑脊膜的炎症反应和小动脉的血管内膜炎。包裹视神经的神经鞘膜由三层脑膜延续而来,因此脑脊膜梅毒常会侵犯视神经,引起视神经组织的炎症反应、变性病变并侵及营养视神经的血管,导致血管腔狭窄、闭塞,引起视神经缺血性改变,甚至导致视神经周围炎、视神经视网膜炎、视神经萎缩、视野进行性缩小或扇形缺损,最后甚至失明^[4]。梅毒可完全治愈,但神经细胞是不可再生细胞,因此视神经萎缩即使除了损害因素也不可能恢复正常功能,视神经萎缩的临床诊疗意义在于发现导致萎缩的病因,对症治疗。

本例在外院未发现梅毒,仅按照一般的视神经萎缩诊治,可能是由于患者以视力受损为首发症状,视神经损害为主要表现,梅毒的临床症状及体征不明显,临床极少见,加之对神经梅毒认识不足,未仔细鉴别诊断及查体,诊断思维局限,考虑常见病、多发病,而接诊医生警惕性不高,而神经梅毒的治疗首选青霉素,导致患者预后不良。本例若在疾病早期确诊并予相关治疗,其双眼视力有望恢复,因患者发病 1 年后方得以确诊及治疗,贻误了最佳治疗时机,致双眼视力恢复不甚理想。建议临床医务人员再遇到未明原因的视神经萎缩,疗效欠佳者,要考虑到神经梅毒的可能,完善相关医技检查,仔细鉴别诊断,尽早确诊,及时予以对症治疗,改善预后。

[参考文献]

[1] 康少红,高勇安,王晓瑞,殷敬喜.梅毒性脑损害磁共振征象分析[J].临床放射学杂志,2012,31(11):1539-1542.
 [2] 张彬.视神经萎缩的诊断及“四穴八针”治疗视神经萎缩的介绍[A].世界中医药学会联合会、中华中医药学会.世界中医药学会联合会第二届眼科年会中华中医药学会第十次中西医结合眼科学术大会论文集[C].世界中医药学会联合会、中华中医药学会:中华中医药学会,2011:4.
 [3] 饶宁.不同病因视神经萎缩中西医结合治疗的临床疗效[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(23):56-58.
 [4] 薛建中,项晓丽.视神经损害为唯一表现的神经梅毒 8 例分析[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(0):34-35

(上接第 45 页)

且组间差异明显,统计学分析显示 $P < 0.05$,李斌^[5]的研究结果与此有一定的相似度。

由上述分析可以看出,平片无张力疝修补术在治疗腹股沟疝气中安全、有效,此术式值得在临床中推广应用。

[参考文献]

[1] 罗剑.平片无张力疝修补术与充填式无张力疝修补术在腹股沟疝气患者中的疗效对比[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(09):79-80.

[2] 黄坤.疝环填充式与平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝患者的临床观察[J].中国药物经济学,2016,011(009):112-114.
 [3] 陆海涛.对比疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效[J].中国医药指南,2016,v.14(03):35-36.
 [4] 包东泉.疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝临床疗效观察[J].医药前沿,2016,6(31):203-204.
 [5] 李斌.充填式无张力与平片无张力疝修补术在腹股沟疝气治疗中的临床效果分析[J].中国保健营养,2016,026(021):91-92.

(上接第 46 页)

提升急性卒中中偏瘫患者的运动功能以及治疗效果,故采用早期综合康复治疗对患者进行治疗是非常有必要的^[5]。

[参考文献]

[1] 赵亮,胡亚军,朱江,等.老年急性卒中中偏瘫患者早期康复介入与并发症的关系[J].中国老年学杂志,2015,000(003):801-802.
 [2] 梁友云,张文静,史红菊.老年急性卒中中偏瘫患者

早期康复介入与疗效的关系探讨[J].现代中西医结合杂志,2015(24):2711-2713.
 [3] 段淑娟.65 例急性卒中中偏瘫患者早期综合康复疗效分析[J].中国保健营养,2016,26(003):395-396.
 [4] 张姗姗.对卒中中偏瘫患者进行综合性神经康复治疗临床效果评价[J].求医问药,2018,16(5):116-117.
 [5] 陈波.早期部分减重步行训练与康复治疗用于卒中中偏瘫患者中的临床效果[J].饮食保健,2019,006(007):59-60.

(上接第 47 页)

综上所述,超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗白内障效果理想,值得推广和应用。

[参考文献]

[1] 王晓明,郑秀华,高传晶,等.LASIK 术后行飞秒激光辅助的白内障超声乳化摘除联合多焦点人工晶状体植入术一例[J].中华实验眼科杂志,2018,036(009):P.681-682.
 [2] Liu Q, Wang X, Zhang S. Visual quality observation of

clear lens extraction by ultrasonic phacoemulsification and intraocular lens implantation in a child with microspherophakia: A case report[J]. Medicine, 2020, 99(34):e21937.
 [3] 潘绍新.过熟期白内障超声乳化摘除联合人工晶状体植入术中二次撕囊法的疗效及其安全性评价[J].中华实验眼科杂志,2018,036(003):P.227-230.
 [4] 潘宿,谭浅,宋伟涛,等.白内障超声乳化联合人工晶体植入术后主导眼的转换规律[J].中南大学学报(医学版),2018,43(10):69-77.

(上接第 48 页)

分析[J].中国社区医师,2019,35(1):29.
 [2] 张慎听.上消化道出血采用消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析[J].中国社区医师,2019,35(28):79,81.
 [3] 张宏义.消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素

及对策[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(25):45.
 [4] 甘育林,李建华,况洪娟.内镜套扎治疗上消化道出血后再出血的危险因素分析[J].微创医学,2018,13(6):763-765.
 [5] 贾傲.上消化道出血行消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析[J].中国实用医药,2018,13(23):49-51.