

腹膜外腹腔镜疝气修补术与疝环充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效对比分析

赵 鹏

福建省三明市第一医院 365000

【摘要】目的 分析并对比传统疝环充填式无张力疝修补术与腹膜外腹腔镜疝气修补术（TEP）治疗腹股沟疝的疗效。方法 研究展开时间是2018年1月到2020年12月，共纳入98例观察对象，全部是此阶段在本医院接受手术治疗的腹股沟疝患者，通过抽签将所有患者均分成样本量相同的两组，即实施传统疝环充填式无张力疝修补术的对照组和实施腹膜外腹腔镜疝气修补术的实验组。对比两组患者的并发症情况、疼痛情况与手术指标。结果 统计对照组患者和实验组患者的并发症总发生率、术后疼痛评分与各项手术指标，对比结果显示后者均显著低于前者（ $P < 0.05$ ）。结论 与疝环充填式无张力疝修补术相比，使用腹膜外腹腔镜疝气修补术对腹股沟疝患者进行治疗的效果更为理想，能够有效改善患者的各项手术指标，减轻其术后疼痛感，同时能够降低其出现各种并发症的可能性，具有积极推广价值。

【关键词】 腹股沟疝；疼痛情况；疝环充填式无张力修补术；腹膜外腹腔镜疝气修补术；并发症

【中图分类号】 R656.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2021) 08-059-02

腹股沟疝属于外科常见病、多发病，主要发生于男性群体^[1]，临床对该疾病多通过手术进行治疗，可起到疝气修复的效果，以往临床主要使用传统疝修补术进行治疗，而随着医学技术发展，腹腔镜技术逐渐成熟并应用于腹股沟疝的手术治疗中，腹膜外腹腔镜疝气修补术就是该技术的一种应用，为对比两种手术方式治疗腹股沟疝的具体效果，选取了2018年1月到2020年12月在本医院接受治疗的98例腹股沟疝患者为观察对象开展研究，现对研究详情进行总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究展开时间是2018年1月到2020年12月，共纳入98例观察对象，全部是此阶段在本医院接受手术治疗的腹股沟疝患者，通过抽签将所有患者均分成样本量相同的两组，资料如下：对照组：年龄最大值、最小值分别是81岁、46岁，均值是（63.75±5.33）岁；女性有5例，男性有44例。实验组：年龄最大值与最小值分别是79岁、44岁，均值是（63.06±4.95）岁；女性有4例，男性有45例。资料数据比照所得结果全部是 $P > 0.05$ 。所有患者均与以下标准相符：（1）临床症状与影像学检查结果符合腹股沟疝；（2）了解研究详细内容，于同意书上签字表示自愿参加；（3）意识清晰且依从性好。排除以下患者：（1）意识障碍或精神系统疾病；（2）存在心肺功能障碍；（3）腹部手术史；（4）凝血功能障碍；（5）嵌顿性腹股沟疝。

1.2 方法

对照组患者的治疗方式为疝环充填式无张力疝修补术，常规清洁皮肤及消毒，实施持续硬膜外麻醉，于腹股沟韧带中点上方2厘米位置建立5厘米左右的切口，切开皮肤和皮下组织，切开腹外斜肌腱膜和腹股沟浅环，注意保护髂腹下神经和髂腹股沟神经，腹外斜肌腱膜下方作钝性分离，向上显露腹内斜肌和腹横肌腱弓，向下显露腹股沟韧带和髂耻束。切开提睾肌，找到疝囊，向上高位游离疝囊至腹股沟管内环。将网塞置入内环，并用可吸收缝线将网塞外缘与内环边缘缝合固定。充分游离精索，将网片置入腹外斜肌腱膜下方，腹内斜肌和腹横肌腱面，网片修剪一圆孔，将精索自该圆孔中引出。用可吸收缝线将网片分别与耻骨结节、腹股沟韧带内侧、联合腱缝合固定网片前方缝合腹外斜肌腱膜，重建外环口。缝合皮下组织及皮肤。术后缝合切口并放置沙袋进行24小时压迫。

实验组患者的治疗方式为全腹膜外腹腔镜疝气修补术（TEP），患者采取头低脚高体位，待全麻生效后于脐孔下0.5~1.0cm处行1.0cm左右的小切口，直至白线。将皮肤和皮下组织用皮肤拉钩向两侧牵拉，显露腹直肌前鞘。切开白线，暴露两侧腹直肌，用皮肤拉钩将腹直肌向两侧牵开，进入到腹直肌背侧与腹直肌后鞘之间的间隙，将10mm第一套管置入腹膜前间隙。然后用二氧化碳建立气腹，置入腹腔镜，将套管针（5毫米）分别置入耻骨联合与脐部三等分点，置入电钩展开锐性分离，分离耻骨膀胱前间隙、髂窝间隙、疝囊。将合适的补片通过腹膜前间隙置入，保证其上缘和联合肌腱能够重叠，下缘则可插进耻骨膀胱前间隙，术后排二氧化碳并将操作孔缝合，以腹带进行24小时束缚。

1.3 评价标准

评价以下指标并对比：（1）并发症情况。记录术后至出院前两组患者出现的所有并发症，包括：尿潴留、血清肿及感染。计算总发生率。（2）疼痛情况。于手术后一天和手术后三天对两组患者的疼痛情况进行测评，测评方式为视觉模拟评分法，评分范围是0到10分，评分越低则表明患者的疼痛感越轻。计算平均分。（3）手术指标。记录两组患者的手术指标，主要为：手术用时、术中出血量、首次下床活动时间与住院时间。计算平均值。

1.4 统计学方法

资料数据比照全部通过SPSS统计学软件处理，选用24.0版本。计数资料接受 χ^2 检验，描述形式是[n(%)]。计量资料接受t检验，描述形式是（ $\bar{x} \pm s$ ）。 $P < 0.05$ 则表明对比数据的差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 并发症情况

两组患者的并发症发生详情如表1所示，统计对照组患者和实验组患者的并发症总发生率，对比结果显示后者显著低于前者（ $P < 0.05$ ）。

表1：两组患者的并发症发生详情 [n(%)]

组别	例数	尿潴留	血清肿	感染	总发生率
对照组	49	5 (8.16)	2 (4.08)	3 (6.12)	10 (20.41)
实验组	49	1 (2.04)	0 (0.00)	1 (2.04)	2 (4.08)
χ^2 值	--	--	--	--	4.653
P 值	--	--	--	--	0.031

2.2 疼痛情况

表2内容为两组患者术后疼痛情况测评结果,统计对照组患者和实验组患者的术后疼痛评分,对比结果显示后者均显著低于前者($P < 0.05$)。

2.3 手术指标

两组患者的手术指标记录详情见表3内容,统计对照组患者和实验组患者的各项手术指标,对比结果显示后者均显

著低于前者($P < 0.05$)。

表2: 两组患者术后疼痛情况测评结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后一天	术后三天
对照组	49	4.83±0.86	3.48±1.65
实验组	49	3.37±0.49	1.97±0.41
t 值	--	10.325	6.217
P 值	--	0.000	0.000

表3: 两组患者的手术指标记录详情 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术用时(分钟)	术中出血量(毫升)	首次下床活动时间(小时)	住院时间(天)
对照组	49	66.92±7.23	21.42±4.11	24.77±3.43	6.74±1.63
实验组	49	46.78±8.04	12.53±3.72	12.72±3.71	4.00±1.52
t 值	--	13.038	23.853	16.694	8.606
P 值	--	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

腹股沟疝指的是于腹股沟区域发生的腹外疝,在诸多腹外疝中十分常见,占比最高可达到90%,会引发疼痛、肿块等多种临床症状,甚至会引发肠梗阻、肠坏死等并发症,严重时危及到患者的生命安全^[3]。基于上述情况,及时给予患者有效的治疗方式尤为重要。

对于腹股沟疝患者,临床主要通过手术进行治疗。开放无张力疝修补术,注重的是腹股沟管后壁腹横筋膜前间隙或腹横筋膜后壁腹膜前间隙的修补,仅仅只能覆盖内环口及直疝三角,不能预防股疝的发生;腹腔镜下疝修补术,注重的是腹膜外全腹股沟区域的修补^[4],可以覆盖整个耻骨肌孔,可以预防股疝的发生。以往临床主要实施传统疝修补术进行治疗,即疝环充填式无张力修补术,这种手术方式具有一定效果,但其同样具有诸多问题,如创伤大、术后并发症多、易复发、恢复慢等,影响到治疗效果及术后恢复^[5]。近些年,腹腔镜技术不断成熟,被广泛应用于临床手术中,全腹膜外腹腔镜疝气修补术就是该技术的一种应用。腹腔镜腹股沟疝修补术由Gier在1982年首先报道^[6]。1990年进一步证明该术式在疝修补术中具有恢复快、患者疼痛轻和异物感少的特点^[7]。我们通过腹腔镜手术,能够缩短手术切口,减少手术造成的创伤,进而降低患者术后出现各种并发症的几率,同时腹腔镜能够为手术操作者提供清晰的视野,可保证手术更加精准,避免对患者正常组织造成创伤;全腹膜外腹腔镜疝气修补术不需要直接接触肠管,同时其固定也不需要使用钉枪,补片放置后将二氧化碳排出后可利用内压使补片更加贴合,能够充分保证患者的术后恢复,缩短其康复时间,能够早日出院^[8]。本次研究结果显示:全腹膜外腹腔镜疝气修补手术可以缩短手术时间、术后恢复时间,减少术中出血,发挥了腹腔镜手术优势作用。统计对照组患者和实验组患者的并发症总发生率、术后疼痛评分与各项手术指标,对比结

果显示后者均显著低于前者($P < 0.05$)。上述研究证实了腹膜外腹腔镜疝气修补术对腹股沟疝的治疗效果比疝环充填式无张力疝修补术更为优异。

综上所述,与传统疝环充填式无张力疝修补术相比,使用全腹膜外腹腔镜疝气修补术对腹股沟疝患者进行治疗的效果更为理想,能够有效改善患者的各项手术指标,减轻其术后疼痛感,同时能够降低其出现各种并发症的可能性,有推广的意义,当然疝气的治疗也要注重个体化。

参考文献

[1] 刘勇.腹膜外腹腔镜疝气修补术治疗老年人腹股沟疝的效果评价[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(16):137-138.
[2] 王春景.腹股沟疝采用腹膜外腹腔镜疝气修补术与传统手术治疗的效果研究[J].中国医疗器械信息,2020,26(14):71-72.
[3] 王雨辰,黄志敏.分析腹膜外腹腔镜疝气修补术和传统疝气修补术治疗腹股沟疝的疗效差异[J].中外医疗,2020,39(16):92-93+117.
[4] 林昌华.不同术式在腹股沟疝开放式无张力修补术中的合理选择与应用效果[J].福建医药杂志,2021,43(04):100-104.
[5] 刘波.腹膜外腹腔镜疝气修补术与传统疝修补术治疗腹股沟疝的疗效对比[J].昆明医科大学学报,2020,41(04):127-131.
[6] Ger R. The management of certain abdominal herniae by intra- abdominal closure of the neck of the sac.Preliminary communication[J].Ann R Coll surg Engl,1982,64(5):342-344.
[7] Schultz L,Graber J,Pietrafitta J,et al.Laser laparoscopic herniorrhaphy:a clinical trial preliminary results[J].J Laparoendosc Surg,1990,1(1):41-45.
[8] 陶崇翥.腹膜外腹腔镜疝气修补术与传统疝修补术治疗腹股沟疝的疗效对比[J].中国医疗器械信息,2019,25(10):80-81.

(上接第58页)

有关指标观察,提升用药准确性,避免不良问题导致的用药风险。要做好必要的教育指导,提升患者对治疗护理工作的配合度。在实际用药上,患者的敏感度、基础疾病情况等各种身心情况不同,对药物的反应也有差异,要接受差异的存在,合理地做好药物联合使用的安排。

总而言之,剖宫产产后出血采用卡孕栓联合缩宫素治疗可以有效地控制产后出血量,减少不良反应,凝血功能优化情况更好,整体产后出血防控情况更佳。

参考文献

[1] 徐志娟.卡孕栓联合缩宫素对剖宫产产后出血的预防效果[J].健康之友,2021(15):179.
[2] 曾文鸿.卡孕栓联合缩宫素预防剖宫产产后出血的疗效[J].当代医学,2020(13):154-155.
[3] 屈苏红,李儒雅.卡孕栓联合缩宫素对预防和治疗剖宫产产后出血的临床疗效观察[J].首都食品与医药,2020,27(16):74.
[4] 王金花.卡孕栓联合缩宫素预防剖宫产产后出血的临床作用探讨[J].健康前沿,2019,28(1):138-139.