

腹股沟疝的不同手术治疗方式效果探析

刘彩霞

福泉市妇幼保健院 贵州福泉 550500

【摘要】目的 对比分析不同手术治疗方式治疗腹股沟疝的效果。**方法** 以我院最近两年（2022 年 5 月-2024 年 4 月）收治的 84 例腹股沟疝患者，按手术方式的不同分为 A 组与 B 组，每组 42 例。A 组实施传统疝修补术，B 组实施腹膜前间隙补片修补术。比较两组患者术后的相关手术指标以及并发症发生情况。**结果** B 组手术时间、正常活动恢复时间、住院时间均短于 A 组，术中失血量少于 A 组， $P < 0.05$ 。B 组并发症发生率明显低于 A 组， $P < 0.05$ 。**结论** 腹膜前间隙补片修补术在腹股沟疝患者治疗中的实施效果显著，能够明显改善患者的相关手术指标，降低并发症发生率，值得采纳、运用。

【关键词】 腹股沟疝；手术治疗；住院时间；并发症

【中图分类号】 R656

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2024) 06-001-02

腹股沟疝的病因包括先天性腹膜鞘突未闭合和后天性腹壁肌肉退化、腹压增高等因素^[1]。其基本症状为腹股沟区出现可复性肿块，伴随站立或腹压增加时加重的不适或疼痛。若未及时治疗，可能引发严重并发症如肠穿孔、肠管坏死、休克和急性腹膜炎，严重影响患者生活质量^[2]。斜疝容易发生嵌顿和绞窄，可能危及患者生命。手术是治疗腹股沟疝的主要方法。近年来，腹膜前间隙补片修补术在临床上广泛应用，已成为目前腹股沟疝修补的主要术式。本文为了进一步对比分析不同手术治疗方式治疗腹股沟疝的效果，就本院 2022 年 10 月-2024 年 2 月收治的 84 例腹股沟疝患者的病历资料进行分析，并对比两种不同手术方式对患者相关手术指标以及并发症发生情况的影响，旨在明确腹膜前间隙补片修补术的临床优势。见如下总结汇报：

1 资料和方法

1.1 一般资料

以我院最近两年（2022 年 5 月-2024 年 4 月）收治的 84 例腹股沟疝患者，按手术方式的不同分为 A 组与 B 组，每组 42 例。A 组：男 23 例，女 19 例；年龄 28-74 岁，平均年龄（45.43±2.19）岁；病程 3 个月-13 年，平均病程（4.24±0.43）年；腹股沟斜疝 33 例，腹股沟直疝 9 例；原发性腹股沟疝 29 例，复发性腹股沟疝 13 例。B 组：男 22 例，女 20 例；年龄 26-75 岁，平均年龄（45.49±2.15）岁；病程 3 个月-12 年，平均病程（4.21±0.46）年；腹股沟斜疝 32 例，腹股沟直疝 10 例；原发性腹股沟疝 30 例，复发性腹股沟疝 12 例。两组一般资料比较， $P > 0.05$ 。本研究通过单位伦理委员会的审核并批准。

1.2 方法

A 组：实施传统疝修补术，给予患者常规硬膜外麻醉后，对患者的疝囊进行高位结扎，修补患者受损的管壁。

B 组：实施腹膜前间隙补片修补术。使用 KUGEL 补片，进行置入修补。术前，患者接受全身麻醉或硬膜外麻醉；在患者腹股沟韧带中点上方 2 厘米处做一个与腹股沟韧带平行的斜切口，长度约为 4 厘米。切开此处的皮肤、皮下组织和腹外斜肌腱膜，充分暴露腹股沟韧带及联合腱。接下来，打开提睾肌，游离并提起精索，找到并分离疝囊。处理疝囊时，将疝囊颈部结扎、还纳并止血，最后进行精索腹壁化。当游离疝囊至内环处时，在其颈部切开腹横筋膜，分离腹膜前间隙。识别并分离腹壁下动静脉后，牵拉以建立一个以疝环为中心、直径约 10 厘米的腹膜前间隙。随后置入补片，将其展平并固定，最后缝合切口。

1.4 观察指标

(1) 相关手术指标：记录两组患者手术时间、术中失血量、正常活动恢复时间以及住院时间。(2) 并发症发生情况：记录两组患者并发症发生情况，包括持续疼痛、切口感染、尿潴留以及阴囊血肿，并计算并发症发生率。

1.5 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件，计数资料以 % 表示，行 χ^2 检验，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，行 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的相关手术指标对比

B 组手术时间、正常活动恢复时间、住院时间均短于 A 组，术中失血量少于 A 组， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1：两组患者的相关手术指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	手术时间 (min)	术中失血量 (ml)	正常活动恢复 时间 (d)	住院时间 (d)
A 组	42	70.34±8.57	47.32±5.38	7.35±1.53	9.32±2.28
B 组	42	45.54±5.34	22.56±4.67	4.34±1.36	5.67±1.20
t 值		15.917	22.524	9.529	9.181
P 值		0.000	0.001	0.000	0.000

2.2 两组患者的并发症发生率对比

B 组并发症发生率明显低于 A 组， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2：两组患者的并发症发生率对比 [n(%)]

组别	例数	持续 疼痛	切口 感染	尿潴留	阴囊 血肿	并发症 发生例数
A 组	42	4 (9.52)	2 (4.76)	3 (7.14)	2 (4.76)	11 (26.19)
B 组	42	1 (2.38)	0	0	0	1 (2.38)
χ^2 值						9.722
P 值						0.002

3 讨论

腹股沟疝是腹腔内容物通过腹股沟管突入腹股沟区形成的突出物，是最常见的腹外疝类型，尤其多见于男性^[4]。其主要表现为腹股沟区的肿块和不适感，站立或增加腹压时显现，平卧时消失。如果腹股沟疝没有及时有效地治疗，可能导致多种严重并发症，显著影响患者的生活质量，如肠穿孔、肠管坏死、休克和急性腹膜炎等^[5]。目前，临床上主要采用外科手术治疗腹股沟疝。传统的疝修补术会造成较大的手术创伤，术后切口疼痛明显，并且阴囊血肿、感染等并发症的发生率较高。患者在接受传统疝修补术后，身体恢复较慢，复发率也较高。近年来，腹膜前间隙补片修补术成为治疗腹股沟疝的常用方法。这种方法借助腹腔镜的直视作用，不进入

(下转第 4 页)

就会导致雌激素效应明显增强,从而导致肌瘤的生长。临床对子宫肌瘤尚无特效治疗药物,临床常用的米非司酮作为甾体结构物质,针对P受体可以起到较好的亲和力,进而改变孕激素的结构,对其活性也会产生抑制作用,实现缩小肌瘤的目标。有研究^[3]指出,单一给药米非司酮对子宫肌瘤临床治疗,总有效率有限,并不能达到理想效果。本研究,统计A组在米非司酮给药治疗后,总有效率占到73.33%,与相关描述相符。而B组在米非司酮治疗时联合醋酸亮丙瑞林,联合用药,统计总有效率达到93.33%,总有效率明显高于A组,与他人^[4]研究相符。联合用药可以实现优势互补,共同作用起效下达到提高瘤体消减水平的作用。分析临床治疗机制,米非司酮结合雌孕激素后,对激素水平可以实现下调作用,对肌瘤内细胞增殖起到抑制作用,对肌瘤内血管发生破败具有积极的促进作用,进而达到消减肌瘤体积的效果^[5]。米非司酮治疗同时,为患者注射醋酸亮丙瑞林,对垂体-性腺系统活性明显提高,对促性腺性激素表达可以起到积极的抑制作用,降低性激素水平,从而达到控制雌孕激素水平的目标,实现对子宫肌瘤的萎缩作用,对患者的临床症状也能起到明显的改善作用。两种药物联合应用治疗,可以对患者内分泌系统起到一定的调节作用,使机体雌孕激素水平维持在平衡状态,控制肌瘤进一步增生和繁殖^[6]。比较两组不良反应,无明显差异,表明联合用药具有较高的安全性。本研究结论证明了联合用药与单一用药相比,B组联合两种药物治疗具有

更明显的优势,疗效高于单一治疗,而且不会增加不良反应,亮丙瑞林给药后可能引起代谢、内分泌系统、神经功能发生紊乱,表现出一些不良反应,需要临床进一步研究。

综上所述,醋酸亮丙瑞林与米非司酮联合治疗子宫肌瘤,疗效显著,而且安全性高,适于临床推广。

参考文献

- [1] 叶梅芳,林莺.小剂量与常规剂量米非司酮联合曲普瑞林治疗子宫肌瘤的疗效比较[J].临床合理用药,2024,17(03):128-130+145.
- [2] 陈泗总.米非司酮联合亮丙瑞林治疗子宫肌瘤的效果及对血液流变学的影响[J].吉林医学,2024,45(01):187-190.
- [3] 孔瑞敏,高汶.注射用醋酸亮丙瑞林微球联合米非司酮片对子宫肌瘤患者血清性激素、ER、Bcl-2水平的影响[J].黑龙江医学,2023,47(24):2981-2984.
- [4] 邢凤乐.亮丙瑞林联合米非司酮对子宫肌瘤患者性激素水平、免疫功能的影响[J].实用中西医结合临床,2023,23(23):71-73.
- [5] 廖兰金,莫遵玉,陈惠平.亮丙瑞林联合米非司酮在子宫肌瘤中的应用及对性激素的影响分析[J].北方药学,2023,20(12):134-136+142.
- [6] 罗梦梦,牛爱琴,白杰,等.曲普瑞林联合米非司酮在子宫肌瘤治疗中的应用价值[J].深圳中西医结合杂志,2023,33(13):113-115.

(上接第1页)

腹腔即可完成相关操作。手术仅需在患者脐下做一个小切口即可进行治疗。腹膜前间隙补片修补术操作简便、创伤小,术后患者不适感轻微,恢复较快,并发症和复发率都较低。

本文结果显示,B组手术时间、正常活动恢复时间、住院时间均短于A组,术中失血量少于A组, $P<0.05$ 。提示相较于传统疝修补术,腹膜前间隙补片修补术能够有效缩短手术时间、正常活动恢复时间、住院时间,减少术中失血量,临床效果更优,能够促进患者的术后修复。B组并发症发生率明显低于A组, $P<0.05$ 。提示相较于传统疝修补术,腹膜前间隙补片修补术能够显著降低患者的并发症发生率,加速患者的术后修复。

综上所述,腹膜前间隙补片修补术在腹股沟疝患者治疗中的实施效果显著,能够明显改善患者的相关手术指标,降低并发症发生率,值得采纳、运用。

参考文献

- [1] 何万鹏,彭超.腹腔镜下经腹腔腹股沟疝补片修补术治疗隐匿性腹股沟疝的临床效果观察[J].实用医院临床杂志,2023,20(1):150-152.
- [2] 刘必胜.腹腔镜经腹膜前疝修补术联合腹膜缝合与传统无张力修补术对腹股沟疝患者疼痛和凝血功能的影响对比[J].基层医学论坛,2024,28(7):61-63,100.
- [3] 徐胜林.无张力腹股沟疝不同修补术治疗效果对比研究[J].罕少疾病杂志,2023,30(2):76-77.
- [4] 南永浩,吕坤龙,王瑞,等.腹腔镜辅助显微输精管吻合术在腹股沟疝修补术后输精管梗阻患者治疗中的应用分析[J].中华男科学杂志,2023,29(12):1006-1009.
- [5] 柳挺,陈彬.探究腹膜外腹腔镜疝气修补术对老年腹股沟疝患者的疗效及安全性研究[J].浙江创伤外科,2022,27(2):231-233.

(上接第2页)

快,更精确,由于减少了机械操作的复杂性,降低了手术时间。钦激光在击碎结石的过程中,通过高能的热效应瞬间瓦解结石,效率较冷刀术高,减少了碎石时间^[1-2]。此外,钦激光治疗较电切镜冷刀术创伤更小,手术出血量明显减少。这是因为激光同时具有凝血作用,在切割和碎石的过程中能够及时止血,显著减少手术过程中和术后的出血风险^[3]。减小的出血量不仅降低了术中和术后并发症的风险,还大大缩短了患者的住院时间,促进更快地康复。

总而言之,输尿管镜钦激光治疗通过其低创、高效和快速的特性,不仅缩短各项手术指标时间,还提高了治疗效果。通过减少手术时间、碎石时间、出血量和住院时间,钦激光

治疗为患者提供了一种更为安全、有效的选择,改善了整体治疗体验和预后。

参考文献

- [1] 马永琪,王忠云,周建文,等.输尿管镜钦激光碎石联合封堵器治疗输尿管上段结石的疗效观察[J].智慧健康,2024,10(3):94-97.
- [2] 赵纪宇,张军,刘佳,等.细输尿管镜钦激光碎石术在一期治疗输尿管结石并狭窄的初步经验[J].泌尿外科杂志(电子版),2024,16(2):25-27.
- [3] 闫亚锋,胡盈盈,田朱丽.针对性护理干预在经尿道输尿管镜钦激光碎石患者围术期的应用[J].国际护理学杂志,2024,43(12):2201-2205.