

型臂透视确定骨折复位及 PFN 钉位置良好,逐层缝合切口。两组患者术后均常规使用抗感染药物。

1.3 疗效判定标准^[4] 痊愈:患者能够有效自理日常生活,不需扶拐,髋关节感觉较好;良好:患者日常生活基本可以自理,行走需要使用手杖等器械,髋关节感觉良好;好转:患者日常生活无法自理,行走困难需要家属搀扶,髋关节轻微疼痛;无效:症状没有改善或者加重。观察并记录两组患者的手术操作时间、术中出血量、术后并发症以及术后骨折愈合时间等进行对比。

1.4 统计学处理 使用 SPSS17.0 统计软件包处理数据,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,进行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 PFN 组患者总有效率为 86.05%,明显高于 DHS 组的 74.42%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后临床效果比较 例(%)						
组别	<i>n</i>	痊愈	良好	好转	无效	总有效率(%)
DHS 组	43	13(30.23)	19(44.19)	9(20.93)	2(4.65)	74.42
PFN 组	43	19(44.19)	18(41.86)	6(13.95)	0(0.00)	86.05

2.2 两组患者手术时间、术中出血量、术后并发症以及术后关节愈合时间比较 PFN 组患者手术时间、术中出血量、术后并发症以及骨折愈合时间均少于 DHS 组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者术中术后相关指标比较 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后并发症 (例)
DHS 组	43	57± 6.8	178± 27	2
PFN 组	43	46± 7.1	96± 23	0

3 讨论

老年性股骨粗隆间骨折是一种多发并且较危

险的疾病,治疗方法一般为手术治疗。目前临床上常采用牵引复位合并内固定系统,其中准确复位骨折断端的核心部分是内固定治疗^[5]。DHS 具有操作简单、固定牢固、骨折端自动加压等特点,但无有效的抗旋转能力是其主要的缺点,因此临床上成功率不高。DHS 主要适用于内侧皮质连续的稳定性粗隆间骨折,谨慎用于不稳定型或粗隆下骨折患者。PFN 手术方法为髓内固定,具有手术切口小、出血量少、可闭合复位等特点,对骨折部位的影响较小,内固定比较牢固,稳定性和把持力较好,有利于骨折愈合,术后可早期负重,特别是对不稳定的粗隆间骨折和高龄患者更具优势。

本研究结果显示,PFN 手术方法更能有效提高患者术后愈合率,总有效率达 86.05%,手术时间明显低于对照组,利于减轻患者的疲劳感,术中出血量明显减少,体现其切口小、定位准确的特点,并且术后利于骨折的愈合,另一方面患者术后并发症明显减少,显著提高临床效果。与 DHS 手术方法相比较,PFN 手术方法能够有效治疗老年股骨粗隆间骨折,减轻患者的疼痛感以及提高患者术后的生活质量,值得在临床上推广使用。

参考文献

[1]吴泉兵.DHS 与 PFN 在老年股骨粗隆间骨折治疗中的疗效对比分析[J].右江医学,2012,40(1):48-50
[2]杨声波,陈文帅,沈伟冰.PFNA 与 DHS 治疗 23 例老年股骨粗隆间骨折疗效对比分析[J].福建医药杂志,2007,29(6):35-37
[3]黄贤祥.DHS 和 PFN 治疗老年股骨粗隆间骨折的疗效比较[J].求医问药,2012,10(7):313
[4]周涛.微创 DHS 内固定与 PFNA 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折的疗效对比研究[J].当代医学,2013,19(5):102-103
[5]刘斌.探讨 DHS 和 PFN 在老年股骨粗隆间骨折中的治疗选择和临床疗效[J].中外医学研究,2012,10(36):10-11

(收稿日期: 2013-12-20)

腹腔镜下修补术治疗腹股沟疝疗效观察

张宝军

(甘肃省会宁县人民医院 会宁 730700)

摘要:目的:探讨腹腔镜介入修补手术治疗腹股沟疝的疗效。方法:选择 92 例患者,随机分成两组,治疗组 46 例以腹腔镜 TEP 术治疗,对照组 46 例以开放式 TEP 术治疗,对比两组基本手术情况及并发症等。结果:治疗组患者在手术操作、术后住院、恢复正常的时间三方面与对照组相比较,平均用时均明显少于对照组, $P < 0.05$ 。两组术后镇痛次数、尿潴留等并发症发生率、复发率比较,治疗组明显少于对照组, $P < 0.05$ 。结论:腹腔镜介入 TEP 手术治疗腹股沟疝,能够有效减少手术操作、术后住院及恢复所用时间,缓解术后疼痛感,降低尿潴留、切口感染、复发等发生率,推广价值显著。

关键词:腹股沟疝;TEP;腹腔镜;开放术

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.015

腹股沟疝为发生于腹腔内脏器的疝气,多由于腹股沟区域存在组织缺损现象而造成,男性多于女性,二者比例约为 15 : 1,老年患者尤为多见^[1]。临床研究证实,在未经治疗的情况下,疝块会呈进行性

增大发展,使患者治疗受到影响,甚至威胁其生命安全,难以彻底治愈,所以,及时、安全、高效的治疗势在必行^[2]。近几年来,外科学者更为深入地掌握了腹股沟区域的解剖组织结构,为手术治疗腹股沟疝

研究出诸多术式,使得广大患者在治疗时对于手术术式的选择更为自由^[3]。我院分别采用腹腔镜介入 TEP 术及开放式 TEP 术为 92 例患者施治,对比两组基本手术情况及术后复发、并发症情况。现详细报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究选择对象共 92 例,全部为我院在 2011 年 3 月~2012 年 9 月间收治的腹股沟疝患者,男 73 例,女 19 例;年龄 21~77 岁,平均(51.0±4.2)岁;病程 1.5~11 年,平均(4.5±1.4)年;单侧斜疝 54 例,双侧斜疝 11 例,单侧直疝 19 例,双侧直疝 8 例;以中华医学会关于腹股沟疝分型标准为依据进行划分,I 型 15 例,II 型 27 例,III 型 39 例,IV 型 11 例;包块直径最小为 2.1 cm,最大为 31.9 cm,平均(21.3±3.2) cm。排除嵌顿疝、绞窄疝、肝肾功能异常、凝血功能障碍以及严重的冠心病、糖尿病等患者。随机分为两组,各 46 例,两组在性别、年龄、疝气位置、病型等方面比较,差异不显著, $P>0.05$,有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组 46 例在腹腔镜介入下实施 TEP 术,对照组 46 例行开放 TEP 术。治疗组:(1)术前,患者常规留置导尿管,全身麻醉,取平卧位,手术操作医师以具体手术疝位置为准,取其对侧位置站立。(2)选择脐下 2 cm 的部位,做弧形切口,切开皮肤,并逐层分离各层组织;分离完成后,将食指探入切口,对腹膜前间隙实施分离引导;引导完成后,在原有切口下方 5 cm 的部位,制作长度为 5 mm 的横向切口,分别置入两个 5 mm 的 Trocar;沿着套管,将腹腔镜送入,达到腹膜外间隙部位,建立常规的人工气腹(压力为 8 mmHg)^[4]。(3)在腹腔镜的指引下,准确找出疝囊所在的部位,采用圆头钳对疝囊进行钝性分离,游离腹膜,暴露出腹股沟管、直疝三角以及髂耻束等组织,观察并确定解剖结构。(4)根据腹膜前间隙组织,确定疝囊形态、大小,选择手术方案。若患者为直疝,先采用皮钳对游离疝囊实施离断处理,再采用可吸收线进行连续折叠内翻缝合处理,进行止血。若患者为斜疝,先将其中较小的疝囊拉出,在疝囊颈部位实施离断处理,再与直疝行相同缝合处理;再在较大疝囊的内环口部位将腹膜切开,回纳疝囊内容物,然后实施离断。若患者为髂耻束下方疝,先在髂血管的内侧将疝囊找出,对内容物实施回纳,回纳完成后,离断疝囊,并进行缝合。(5)实施精索腹壁化操作,再采用分离钳对补片(8 cm×13 cm)进行卷绕,然后沿着套管,将其置入患者腹膜及精索之间,对耻骨的肌孔缺损位置进

行覆盖,保证覆盖完全;接着于补片上方腹壁的下动脉两侧位置,分别将 4~6 颗钉子钉入^[5],对补片进行固定,然后将气腹解除,对切口进行逐层缝合。在缝合完成后,采用加压沙袋对切口部位实施压迫止血,然后将导尿管拔除,常规抗生素预防感染。对照组:硬膜外麻醉,取平卧位,站立位置与治疗组相同;于下腹部正中位置制作常规切口(3~4 cm),耻骨上方联合位置约 1 cm 处为切口起点;直视下逐层切开皮肤与皮下组织,将腹腔内组织暴露出,对腹膜前间隙进行游离,将腹直肌露出,再将前鞘纵向切开,朝向患侧将腹直肌牵开,暴露血管、髂耻束等;与治疗组相同,实施离断与修补处理,完成手术。

1.3 观察指标 准确记录 92 例患者的手术操作用时、住院时间、术后恢复时间、术后镇痛次数,计算各组平均用时及平均镇痛次数;仔细观察两组患者发生尿潴留、切口感染、腹股沟疼痛、缺血性睾丸炎、阴囊水肿、神经感觉异常等症状出现情况,计算各种症状发生率;复诊检验疝气复发情况,统计复发率。将两组所得各项数据,分别对应进行比较。

1.4 统计学处理 采用专业统计学软件 SPSS12.0 对本次研究的各项数据进行处理,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

见表 1。治疗组手术操作、住院、恢复正常的时间及平均镇痛次数均比对照组少, $P<0.05$ 。术后,治疗组患者发生尿潴留 1 例(2.17%),切口感染 1 例(2.17%),血肿 2 例(4.35%),腹股沟疼痛 1 例(2.17%),1 例(2.17%)于术后复发;对照组患者发生尿潴留 2 例(4.35%),切口感染 7 例(15.22%),血肿 8 例(17.39%),腹股沟疼痛 5 例(10.87%),4 例(8.70%)于术后复发;各项数据比较,治疗组均优于对照组, $P<0.05$,差异显著。此外,对照组中并发阴囊水肿 4 例(8.70%),神经感觉异常 5 例(10.87%),缺血性睾丸炎 3 例(6.52%);治疗组未见这几种并发症:治疗组优于对照组,差异显著, $P<0.05$ 。

表 1 两组各项用时与术后镇痛次数比较 ($\bar{X} \pm S$) d					
组别	n	平均手术用时 (min)	平均住院时间	恢复正常时间	平均镇痛次 (次)
治疗组	46	32.5±3.58	4.25±0.41	6.22±1.15	0.85±0.01
对照组	46	43.9±6.72	7.49±0.89	8.54±2.07	1.45±0.11
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

腹股沟疝当前的治疗术式颇多,各类术式均有一定疗效,但是,普通的术式术后复发率比较高,可达 10%~15%^[6]。我院采用开放式 TEP(下转第 34 页)

40%以上;有效:患者子宫肌瘤大小减小 20%以上;无效:患者子宫肌瘤大小减小小于 20%、无变化或扩大。

1.4 统计学分析 研究中所得相关数据采用 SPSS12.0 统计学数据处理软件进行处理分析,各项参数以均数± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率为 96.0%,对照组总有效率为 86.0%,观察组显著优于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	30 (60.0)	18 (36.0)	2 (4.0)	48 (96.0)
对照组	50	20 (40.0)	23 (46.0)	7 (14.0)	43 (86.0)

2.2 副作用 观察组副作用发生率为 6.0%,对照组副作用发生率为 14.0%,观察组显著优于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗后副作用情况对比 例(%)

组别	n	下腹疼痛	骶尾骨疼痛	经血过量	合计
观察组	50	1 (2.0)	2 (4.0)	0 (0)	3 (6.0)
对照组	50	2 (4.0)	3 (6.0)	2 (4.0)	7 (14.0)

3 讨论

子宫肌瘤是临床上多见的妇科疾病,是育龄期女性比较常见的盆腔实体良性肿瘤,世界各地的发病率存在一定的差异性,但是总体发病率为 30%左右。子宫肌瘤的治疗方法多种多样,药物治疗、手术治疗是其主要治疗方法。相关临床调查数据表明,70%的子宫肌瘤患者接受药物或者观察等期待治疗方法,30%的患者接受手术治疗^[2]。随着医学技术的迅速发展,为微创手术的发展创造了有利契机,微创手术的腹腔镜已经取代了传统开腹手术在临床中的主导地位。

(上接第 27 页)术治疗,结果复发率为 8.70%,与相关报道接近,复发不仅会使患者前期治疗失效,还会对患者造成再一次手术的损伤。因此,采用先进术式实施治疗,极其必要。目前,研究者经过临床探索,发现腹腔镜微创介入 TEP 术治疗腹股沟疝疗效显著,复发率低,并发症少,且手术损伤少,术后易恢复,适合患者使用。我院以腹腔镜介入 TEP 术为 46 例患者施治,结果各项用时、镇痛次数、各类并发症发生率均比开放术式低,证明了其优势。综上所述,腹腔镜介入 TEP 术治疗腹股沟疝,可有效减轻患者手术痛苦,保护患者健康,促进患者康复,且复

本研究结果显示,观察组 50 例患者临床疗效总有效率 96.0%,术后机体恢复情况良好,恢复期间虽然出现一定程度的月经不调、痛经等症状,但是经有效处理后均得到解除。宫腔镜治疗子宫肌瘤具备不开腹、安全、恢复时间快等优点,手术预后不次于传统开腹手术^[9]。但是,子宫肌瘤患者适合宫腔镜治疗的程度受多种因素影响,其中有患者治疗意愿不强因素、患者不适合宫腔镜治疗因素、宫腔镜治疗医疗设备受限因素、医疗费用因素等。宫腔镜治疗的手术操作方式也较为复杂,它要求手术人员不但要具备较高的业务操作能力,还要掌握相应的基础光电物理理论。患者子宫肌瘤表层存在复杂、丰富的营养血管,手术开展稍有差池就会造成出血、穿孔,简单粗暴的操作难以使宫腔镜治疗有效进行,必须尽可能在对患者宫颈或宫体不造成损伤的情况下切除肌瘤组织,最大程度加快手术进程,防止患者并发低钠血症,同时应结合 B 超严密观察患者生命体征,在对患者生命体征做到全面了解情况下,调整、控制手术进度^[4]。

现阶段,宫腔镜治疗子宫肌瘤受上述因素影响,接受的患者还不是很多,宫腔镜治疗子宫肌瘤临床疗效显著,安全可靠,为了使更多子宫肌瘤患者接受这项技术,必须发展技术、宣传教育、开拓适应证等,使宫腔镜治疗服务于更多的子宫肌瘤患者。

参考文献

[1]施永鹏,冯缙冲.粘膜下子宫肌瘤的宫腔镜电切除术(附 103 例临床分析)[J].实用妇产科杂志,1999,15(1):67-69
[2]王晓雷,秦玉静,于景荣,等.宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤预后相关因素分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2005,21(9):545-547
[3]韦励,陈健华,张斌,等.宫腔电切镜治疗子宫黏膜下肌瘤 128 例临床分析[J].中国实用医药,2011,6(21):43-44
[4]尹洁,刘柳,洪祖军.宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤及子宫内膜息肉[J].中国微创外科杂志,2006,6(6):456-458

(收稿日期: 2013-11-06)

发率比较低,能够保证长期疗效,应得到临床推广。

参考文献

[1]王晋文,连文香.腹股沟疝无张力补片修补术 136 例临床分析[J].实用医技杂志,2013,20(4):424-425
[2]赵海波,况娥.平片无张力疝修补术治疗腹股沟疝 54 例诊治体会[J].中国药物与临床,2013,13(4):516-517
[3]郑家朋.手术治疗腹股沟疝气患者的临床疗效研究[J].中国医药指南,2013,11(3):142-143
[4]杜全海.充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的效果分析[J].现代诊断与治疗,2013,24(1):93-94
[5]刘林虎.充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝 97 例体会[J].基层医学论坛,2012,16(32):4 240-4 241
[6]李宏武,陈静,杨建光,等.腹股沟疝手术治疗的转变及其意义[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2012,6(4):6-7

(收稿日期: 2013-09-06)