

腹股沟疝补片腹膜前无张力修补术的临床应用效果观察

孙勇

(云南省文山市人民医院普外胃肠科 文山 663000)

摘要:目的:探讨腹股沟疝补片腹膜前无张力修补术的临床应用效果。方法:选取 2012 年 4 月~2014 年 12 月我院接诊的腹股沟疝患者 90 例,随机分为对照组和研究组。对照组 40 例采用传统疝修补术治疗,研究组 50 例采用腹膜前无张力修补术治疗。观察记录两组的手术时间、术中出血量、住院时间、术后并发症发生率及随访半年复发率,并进行比较。结果:研究组的手术时间稍长于对照组,两组比较无显著性差异, $P>0.05$;研究组术中出血量更少、住院时间更短,与对照组相比较差异有统计学意义, $P<0.05$;研究组术后并发症发生率与随访半年复发率分别为 6.00%和 4.00%,明显低于对照组的 20.00%和 15.00%,两组比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用腹膜前无张力修补术治疗腹股沟疝患者临床效果良好,而且术中出血量更少,住院时间更短,能促进患者早日康复,且并发症发生率与复发率低,值得推广。

关键词:腹股沟疝;补片;腹膜前无张力修补术;临床效果

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.011

腹股沟疝属于外科常见疾病,发病率较高,手术治疗是当前疗效相对较好的方案。传统腹股沟疝修补法已有 100 多年历史,减少或避免手术创伤及降低并发症发生、复发率^[1],是目前临床研究的重点课题。近几年,腹膜前无张力修补术在腹股沟疝的治疗中逐渐应用起来,我院也应用该术式对腹股沟疝患者进行了治疗,取得了较好的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 4 月~2014 年 12 月我院接诊的腹股沟疝患者 90 例,随机分为对照组和研究组,对照组 40 例,其中男 30 例,女 10 例;年龄 24~64 岁,平均年龄(42.6± 5.2)岁;病程 1 个月~6 年,平均病程(2.6± 0.5)年;斜疝 32 例,直疝 8 例。研究组 50 例,其中男 36 例,女 14 例;年龄 22~63 岁,平均年龄(42.2± 5.8)岁;病程 2 个月~6 年,平均病程(2.2± 0.8)年;斜疝 38 例、直疝 12 例。两组患者的性别、年龄、病程相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。入选患者均确诊为腹股沟疝(初次确诊或传统修补术后首次复发),签署知情同意书并愿意配合本次研究,同时排除严重心血管疾病、肝肾等脏器病变患者。

1.2 方法 对照组采用传统疝修补术治疗,主要参照 Bassini 法^[2]进行手术治疗。研究组采用腹膜前无张力修补术治疗,腹股沟疝补片为 Kugel 补片(美国巴德公司),具体的治疗方法及步骤如下:予以连续硬膜外麻醉处理后选取内环至外环稍偏上作切口,长度控制为 3~4 cm,将皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜等切开后钝性分离提睾肌,找出疝囊;若疝囊较大则将其横断,若疝囊较小一般则将其整个游离,将疝囊作为中心往高位游离,若见到腹膜外脂肪即显

示达到腹膜前间隙;采取小拉钩与纱布等在腹膜外脂肪间往四周实施钝性分离,若有粘连与部分腹横筋膜,可采取电刀钝性分离,但要避免伤及腹膜;沿着疝囊游离确保精索可完全和返折处腹膜及后腹膜分开,之后创建从内侧到下腹中线、内下侧缘到耻骨联合后面,以及外上缘在疝环外侧 3~4 cm、下缘到 Cooper 韧带下的手术窗口^[3];将分离的腹膜与打开的疝囊及时修补完善,于创建的腹膜前间隙中平铺补片,确认补片 3/5 位于腹股沟韧带上,2/5 位于腹股沟韧带下,同时覆盖髂血管表面;稍微固定补片及其周围腹横筋膜,减少补片移位,缩小内环口,叶状补片缝合固定加强腹股沟管后壁。

1.3 观察指标 观察记录两组的手术时间、术中出血量、住院时间、术后并发症发生率及随访半年复发率,并进行比较。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行处理,计数资料以百分比表示,行卡方检验,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 两组患者的手术时间、术中出血量、住院时间比较 研究组的手术时间稍长于对照组,两组比较无显著性差异, $P>0.05$;研究组的术中出血量更少、住院时间更短,与对照组相比较差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的手术时间、术中出血量及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
研究组	50	48.39± 5.48	31.60± 3.84*	4.55± 0.24*
对照组	40	47.02± 5.51	64.05± 2.39	9.13± 0.39

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组的术后并发症发生率与随访半年复发率

比较 研究组术后并发症发生率为 6.00%，明显低于对照组的 20.00%，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。见表 2。研究组随访半年复发率为 4.00%，对照组为 15.00%，两组比较差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者术后并发症发生率与随访半年复发率情况比较[例(%)]

组别	n	切口感染	阴囊血肿	血肿	总计
研究组	50	2(4.00)	1(2.00)	0(0.00)	3(6.00)*
对照组	40	3(7.50)	3(7.50)	2(5.00)	8(20.00)

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

3 讨论

腹股沟疝是一种常见疾病，19 世纪 80 年代，外科医生普遍将根治性治疗作为目标，但无任何一种手术可称之为“根治手术”。之后外科医生逐渐放弃“疝治愈术”的提法，而将复发前缓解期长短作为疗效判断标准^[4]。20 世纪出现了 100 多种治疗疝的手术方案，但术后复发率仍有 5%~10%，无论过去还是现在，外科医生均一致认为腹股沟管后壁(包括腹横筋膜)的修补是治疗疝的关键。但是，传统腹股沟疝修补术采取联合腱膜或联合肌肉和腹股沟韧带张力下强行缝合，产生局部组织移位来达到强化腹股沟管后壁的效果，在一定程度上破坏了原有生理解剖结构，手术创伤大、术后疼痛明显、张力高、恢复慢，并且复发率较高^[5]。随着近几年腹股沟疝补片腹膜前无张力修补术在腹股沟疝中的应用增多，其优势也逐渐显现。

本次研究选取 2012 年 4 月~2014 年 12 月我院接诊的腹股沟疝患者 90 例，随机分为对照组和研究组，对照组 40 例采用传统疝修补术治疗，研究组 50 例采用腹膜前无张力修补术治疗。结果显示，研究组手术时间为(48.39±5.48) min，稍长于对照组的(47.02±5.51) min，但比较无显著性差异， $P > 0.05$ ；研究组的术中出血量与住院时间分别为(31.60±3.84) ml、(4.55±0.24) d，明显低于对照组的(64.05±2.39) ml、(9.13±0.39) d，比较差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；研究组并发症发生 3 例，发生率为 6.00%，对照组则发生 8 例，发生率高达 20.00%，可见研究组并发症发生率更低， $P < 0.05$ ；此外，从随访复发率来看，研究组仅为 4.00%，对照组则高达 15.00%，研究组明显更低， $P < 0.05$ 。本次研究结果与同类研究基本一致，魏健等学者^[6]将 33 例腹膜前无张力修补术患者与 30 例传统修补术患者进行对照，结果显示前者术后感染发生率明显更低， $P < 0.05$ ，

同时前者复发率也显著低于后者， $P < 0.05$ 。由此可见，采取腹膜前无张力修补术治疗腹股沟疝效果良好，安全性更高。

腹膜前无张力修补术可同时修补斜疝、直疝及股疝的缺损，从而完善整个耻骨肌孔的防御机制，分散腹内压力的对抗，减少腹股沟后壁的薄弱变形，能很好的预防腹股沟斜疝与直疝及股疝的复发。从相关文献及笔者的实践经验来看，笔者认为该术式成功的关键在于腹膜前间隙的游离，为此笔者提出这样一些建议：(1)手术切口切勿完全按照 Kugel 手术切口实施，可采取内环至外环稍偏上，长度控制在 3~4 cm，便于游离疝囊；(2)以疝囊作为中心实施腹膜前游离，将横断或完整疝囊提起，使疝囊周围腹横筋膜与提睾肌钝性分离，若有粘连等可采取电刀处理，但要避免误伤腹膜，然后将其作为中心实施前腹壁、后腹膜等分离^[7]；(3)尽量保留腹横筋膜与提睾肌，将疝囊作为中心实施钝性分离可确保二者完整性，从而降低复发率；(4)补片的大小应合适，例如有报道，术中有 1 例巨大疝，选用 30 cm×40 cm 补片就能很好地覆盖薄弱腹壁，并且固定良好，避免了移位^[8]；(5)术中应仔细操作，止血要彻底，减少术后感染与血肿。综上所述，采用腹膜前无张力修补术治疗腹股沟疝患者效果良好，术中出血量更少，住院时间更短，可促进患者早日康复，且并发症发生率与复发率低，值得推广。

参考文献

- [1]殷俊杰,贾忠,刘国琼.疝囊顶入路腹股沟区腹水疝腹膜前无张力修补术的临床应用[J].医学研究杂志,2014,43(9):127-129
- [2]林俊青,刘春庆.腹股沟疝腹膜前间隙无张力修补术后并发症的临床分析[J].中国医师进修杂志,2013,36(2):43-44
- [3]徐建华,杨元强.腹股沟直疝经前入路腹膜前间隙无张修补临床体会[J].医学美学美容(中旬刊),2014,23(9):187-188
- [4]赵维山,李汝红,郑义,等.280 例腹股沟疝腹膜前无张力修补的临床研究[J].昆明医学院学报,2009,30(5):87-88
- [5]王维玉.腹膜前间隙无张力修补在腹股沟疝术中的应用研究[J].中国医药指南,2013,11(18):268-269
- [6]魏健,杨玉辉,张陈,等.腹膜前无张力修补术与传统疝修补术治疗复发性腹股沟疝的比较[J].现代预防医学,2008,35(14):2812-2813
- [7]廖芝伟,董建,周远航,等.疝环充填式无张力修补和腹膜前修补术后慢性疼痛对比研究[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2015,9(1):43-45
- [8]孙建军,刘捷,魏晓岗.局部麻醉下腹膜前间隙腹股沟疝无张力修补 80 例[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2014,8(1):46-47

(收稿日期:2015-09-29)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!