

3 讨论

食管裂孔疝为临床常见消化道疾病之一,发病率高。伴随腹腔镜技术发展和日益完善,其因创伤小、恢复快与并发症少等优势于临床食管裂孔疝合并胃食管反流性疾病中得到广泛应用^[3-4]。为寻求食管裂孔疝合并胃食管反流性疾病有效手术治疗方法,对行传统手术治疗的对照组和行腹腔镜手术治疗的观察组手术指标、并发症发生率进行对比分析。结果显示:观察组手术时间、术中出血量、术后胃肠道功能的恢复时间均明显少于对照组($P<0.05$),表明食管裂孔疝合并胃食管反流性疾病患者行腹腔镜手术治疗具有显著效果,有利于减少术中出血量,缩短手术时间和术后胃肠功能的恢复时间,促进临床手术指标优化。

腹腔镜手术于治疗过程中充分利用超声刀,能够达到快速切断效果,减少术中出血量和缩短手术时间;且于腹腔镜下操作,能够获得更为清晰和广阔的手术视野,便于手术操作,减少对患者机体其他组织的损伤,从而使术中出血量减少,有效缩短手术时间^[5-6]。此外,于腹腔镜手术前建立气腹,有利于扩大手术视野,取得显著治疗效果,且手术后采取环形缝合方式,有利于保护腹段食管和附加瓣功能,实现防止反流的目的,促进患者手术后胃肠道功能的恢复。本研究结果显示:观察组并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$),表明食管裂孔疝合并胃食管反流性

疾病患者行腹腔镜手术治疗有利于降低术后并发症发生率。腹腔镜手术借助补片进行修补,并选择适宜大小补片,能够最大限度降低感染风险和达到充分固定目的,有效降低疝复发率,减少并发症发生。受外部环境与样本例数等制约,关于食管裂孔疝和胃食管反流性疾病患者行腹腔镜手术治疗生活质量改善情况,有待进一步研究予以验证补充并做合理改善。

综上所述,食管裂孔疝合并胃食管反流性疾病患者行腹腔镜手术治疗疗效显著,有利于减少术中出血量,缩短手术时间与术后胃肠道功能的恢复时间,并降低并发症发生率,促进患者康复,可在临床推广应用。

参考文献

[1]吴继敏.食管裂孔疝诊治中应重视的几个问题[J].临床外科杂志,2013,21(6):419-421
[2]俞德梁,刘小南,赵青川,等.食管裂孔疝的外科治疗进展[J].医学与哲学,2014,35(12):47-51
[3]李玉丰,张逊,卢喜科,等.经腹食管裂孔修补加 Dor 胃底折叠术治疗食管裂孔疝的远期疗效观察[J].山东医药,2013,53(9):74-76
[4]Dallemagne B,Perretta S.Twenty years of laparoscopic fundoplication for GERD[J].World J Surg,2011,35(7):1428-1435
[5]秦鸣放.腹腔镜治疗食管裂孔疝的并发症及其防治[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2014,8(5):467-469
[6]梁明强,朱勇,郑炜,等.腹腔镜下治疗食管裂孔疝 55 例报告[J].中国微创外科杂志,2014,14(7):612-614,620

(收稿日期:2016-01-03)

腹腔镜疝修补术治疗双侧腹股沟疝的临床观察

郑志祥 何永春

(江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:研究腹腔镜疝修补术治疗双侧腹股沟疝的临床效果。方法:选取我院收治的双侧腹股沟疝患者 56 例,根据手术方法的不同分为观察组和对照组各 28 例,观察组采用腹腔镜疝修补术进行治疗,对照组采用开放式疝修补术进行治疗。结果:两组患者手术时间相比较差异无统计学意义, $P>0.05$;观察组的住院时间、疼痛评分和并发症发生率分别为(2.8±1.0)d、(2.0±0.8)分和 7.1%,均显著低于对照组的(4.8±1.1)d、(4.6±1.0)分和 32.1%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:腹腔镜疝修补术治疗双侧腹股沟疝有良好的临床效果,能降低术后并发症发生率。

关键词:双侧腹股沟疝;腹腔镜疝修补术;开放式疝修补术;临床效果

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.027

临床上,腹股沟疝为一种常见的外科疾病,手术可改善患者的临床症状。开放式疝修补术对患者具有一定改善作用,但其术后并发症较多且患者康复较慢,影响预后。伴随着医学技术的发展,腹腔镜手术应运而生,其可避免开放式疝修补术的诸多弊端,使患者早日康复^[1]。本研究对腹腔镜疝修补术治疗双侧腹股沟疝的临床效果进行了研究分析。现报告

如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2013 年 6 月~2015 年 1 月我院收治的双侧腹股沟疝患者 56 例,根据手术方法的不同分为观察组和对照组,各 28 例。观察组中男 21 例,女 7 例;年龄 23~58 岁,平均年龄(40.6±5.1)岁;双侧斜疝 19 例,双侧直疝 5 例,一侧斜疝一侧直

疝 4 例。对照组中男 22 例,女 6 例;年龄 22~59 岁,平均年龄(41.2± 6.3)岁;双侧斜疝 18 例,双侧直疝 4 例,一侧斜疝一侧直疝 6 例。两组患者的基本资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用开放式疝修补术,腰硬联合麻醉,取平卧位。根据 Millikan 手术方法进行,选用的补片为贝朗伞形填充式补片,术中密切观察切口,并用丝线间断式缝合切口。

1.2.2 观察组 采用腹腔镜疝修补术,静吸复合全身麻醉,取平卧位。操作者和助手均站在同侧,在脐下缘做主穿刺孔,直视下实施钝性分离,分离到腹直肌前鞘,切开并将前鞘钝性分离到腹直肌后鞘。之后操作者用手指沿腹直肌后鞘后方向左右下方作钝性分离,将腹腔镜插入其中并成功建立人工气腹后,通过腹腔镜观察患者腹部状况,并在腹腔镜下进行局部分离;在脐和耻骨连线中部及中上 1/3 处置入 5 mm 穿刺器;通过分离钳沿间隙向耻骨结节方向和患侧腹股沟区实施分离,使得腹壁下动脉得到暴露。直疝患者在分离后直接将疝囊回纳;斜疝患者在分离疝囊后应通过钝性分离精索内筋膜和剥离精索、血管,若疝囊粘连紧密不能回纳,可通过腹腔镜将疝囊锐性横断,在远端保留,外翻避免术后形成血清肿。实施手术治疗过程中,若患者腹膜出现撕裂现象时,可通过 5 mm hemolock 夹闭或是通过自制阑尾圈套器将腹膜闭合。最后,通过腹部穿孔将修剪后的 3DMax 补片放置其中,不需钉枪固定。一侧治疗后,用同样的方法对另外一侧进行治疗,不需重新建立操作空间。放气结束后将穿刺器退出,用丝线对穿刺孔进行缝合,也可用胶水粘合。

1.3 观察指标^[2] 对两组术中指标(手术时间)、术后指标(住院时间和疼痛评分)和并发症(急性尿潴留、伤口皮下血肿、腹股沟区慢性疼痛)发生率进行密切观察,通过数字评分法对患者术后 24 h 伤口疼痛状况进行评定,得分越高,患者疼痛越严重。

1.4 统计学处理 用 SPSS18.0 统计软件处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中和术后指标相比 两组手术时间相比较无显著差异, $P>0.05$;观察组住院时间和疼痛评分均显著低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者术中和术后指标相比($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间(min)	住院时间(d)	疼痛评分(分)
观察组	75.1± 14.3	2.8± 1.0*	2.0± 0.8*
对照组	72.6± 15.0	4.8± 1.1	4.6± 1.0

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者并发症发生率相比 观察组与对照组的并发症发生率相比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率相比

组别	n	急性尿潴留(例)	伤口皮下血肿(例)	腹股沟区慢性疼痛(例)	发生率(%)
观察组	28	1	1	0	7.1*
对照组	28	4	2	3	32.1

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

传统的疝修补术是强行将患者自身组织拉拢到一起进行缝合,由于组织张力较大,因此术后恢复较慢,并给患者带来较大的疼痛。腹腔镜疝修补术可有效避免传统疝修补术中出现的弊端,改善患者临床症状,降低其术后疼痛程度^[3]。该种手术方法仅需要 3 个约为 1 cm 的切口,给患者带来的创伤较小,并且术后并发症较少。在研究中我们还观察到腹腔镜疝修补术尤其是在对双侧腹股沟疝患者进行治疗时,可显著缩短患者住院时间,降低患者术后疼痛程度。但腹腔镜疝修补术局部操作空间小,在解剖辨认时较为困难,给操作带来一定的难度,特别是在钝性分离疝囊时,需要操作者掌握一定的力度。在对黏连严重的疝囊进行分离时,应避免因强行分离或用力不当等导致腹膜撕裂。若腹膜撕裂后,CO₂ 会进入腹腔中,致使手术视野更加狭小。此时,操作者应用粗针头释放腹腔中的气体。若裂孔较小可不对其进行处理,对于裂孔较大的患者,应采用 hemolock 夹闭或是钛夹夹闭,同时也可通过绳结圈套器套扎,均能获得良好效果,且术后没有并发症出现。对于疝囊较大的患者,在对其进行钝性分离较为困难时,可从疝囊颈部将疝囊横断。除此之外,腹腔镜疝修补术在放置补片后不需钉枪进行固定,可减少给疼痛三角带来的损伤,减少患者术后疼痛^[4]。本次研究中,观察组的住院时间、疼痛评分和并发症发生率分别为(2.8± 1.0) d、(2.0± 0.8) 分和 7.1%,对照组的住院时间、疼痛评分和并发症发生率分别为(4.8± 1.1) d、(4.6± 1.0) 分和 32.1%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

综上所述,在对双侧腹股沟疝患者进行治疗时,腹腔镜疝修补术获得了良好的临床效果,降低了术后并发症发生率。

参考文献

[1]张文海,白剑,侯湘德,等.腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补

[1] 术治疗成人腹股沟疝的临床比较[J].实用医学杂志,2010,26(21):3911-3913

[2] 沈强,王全.腹腔镜疝修补术在双侧腹股沟疝临床治疗中的应用研究[J].浙江创伤外科,2014,19(3):376-377

[3] 李中立.腹腔镜疝修补、无张力疝修补及传统疝修补术治疗腹股沟疝的疗效对比观察[J].临床合理用药,2013,6(25):110

[4] 叶小勇,张帆,陈新岐,等.腹腔镜无张力疝修补术治疗老年双侧腹股沟疝 32 例分析[J].贵州医药,2015,39(7):609-610

(收稿日期: 2015-09-14)

补中益气汤联合西药治疗直肠癌术后腹泻的效果观察

王跃成

(包头医学院第一附属医院肛肠科 内蒙古包头 014010)

摘要:目的:对补中益气汤联合西药治疗直肠癌术后腹泻的效果进行观察与探讨。方法:对 2013 年 6 月~2015 年 6 月期间在我院接受治疗的 64 例直肠癌术后腹泻患者进行临床相关研究,按照随机数字法分为研究组与对照组各 32 例,对照组患者采取西药治疗,研究组患者进行补中益气汤联合西药治疗,比较分析两组患者的效果。结果:研究组患者的治疗总有效率(96.88%)与对照组患者(75.00%)相比,组间差异明显($P<0.05$)。结论:对直肠癌术后腹泻患者实施补中益气汤联合西药治疗的效果较好。

关键词:补中益气汤;西药;直肠癌术后腹泻;治疗效果

中图分类号:R735.37

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.028

对于直肠癌的位置在肛门的锯齿线上面 5 cm 的患者,常常采用经腹部的直肠癌保肛手术进行治疗。但是,多数的保肛手术患者均会出现术后腹泻等并发症,严重影响到直肠癌术后患者的生活质量,不利于患者术后的恢复^[1-2]。本文对补中益气汤联合西药治疗直肠癌术后腹泻的效果进行相关的研究及探讨,所研究的相关结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月~2015 年 6 月期间我院所收治的 64 例直肠癌术后腹泻患者作为临床研究的对象,按照随机数字法平均分为研究组与对照组各 32 例。对照组男 18 例,女 14 例;年龄为 41~75 岁,平均年龄为(50.3± 1.5)岁;术后腹泻时间为 1~3 个月,平均腹泻时间为(1.7± 0.3)个月;腹泻次数为 11~16 次/d,平均腹泻次数为(14.2± 0.6)次/d。研究组男 19 例,女 13 例;年龄为 42~74 岁,平均年龄为(50.4± 1.6)岁;术后腹泻时间为 1~3 个月,平均腹泻时间为(1.8± 0.2)个月;腹泻次数为 10~17 次/d,平均腹泻次数为(14.3± 0.5)次/d。两组患者的性别、文化程度、年龄、疾病类型、病情严重程度等资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者采用常规西药治疗,每天服用 3 次蒙脱石散,每次 1 袋;每天服用 3 次易蒙停,每次 2 粒,疗程为 1 周;研究组患者在常规西药基础上联合补中益气汤治疗,常规西药治疗方法同对照组,补中益气汤组方:党参 15 g、黄芪 15 g、炙甘草 15 g、柴胡 12 g、当归 10 g、白术 10 g、升麻 6 g、陈皮 6 g、生姜 9 片、大枣 6 枚,水煎至 200 ml,每天 1

剂,温水早晚送服,对患者进行 1 周的治疗。

1.3 疗效标准 分析两组直肠癌术后腹泻患者的治疗效果。痊愈:治疗之后,患者每天大便次数小于等于 2 次,大便显示成形而且可以自控。显效:治疗之后,患者每天大便次数为 3 次,大便显示成形而且可以自控。有效:治疗之后,患者每天大便次数为 3~4 次,大便较稀,但可以自控。无效:治疗之后,患者每天大便次数多于 4 次,存在便溏或者失控的情况。

1.4 统计学处理 本研究中的数据结果均使用统计学软件 SPSS19.0 进行分析与处理,应用($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,按照 t 检验的方式对计量资料实施检验,并应用 χ^2 检验的方法对于本研究中的计数资料进行检查,如果数据之间检验值 $P<0.05$,则表示差异具有统计学方面的研究价值。

2 结果

研究组直肠癌术后腹泻患者的治疗总有效率与对照组直肠癌术后腹泻患者相比,两组之间存在明显的差异,具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组直肠癌术后腹泻患者的治疗效果分析					
分组	n	无效(例)	有效(例)	显效(例)	痊愈(例)
对照组	32	8	10	9	5
研究组	32	1	9	12	10
χ^2					75.00
P					96.88*
					12.732
					<0.05

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

对直肠癌患者使用直肠癌的保肛根治术进行治疗,可以将直肠癌患者的大部分直肠进行切除,所以对于直肠癌患者体内支配肛管的括约肌其相关神经带来了一定程度的损伤,导致术后直肠癌患者出现