

腹腔镜与开放手术治疗腹壁切口疝临床疗效比较

余高斌 姚艳花 王磊

(湖北省荆门市沙洋县人民医院普外科 荆门 448200)

摘要:目的:对比分析腹腔镜与开放手术治疗腹壁切口疝的临床疗效。方法:回顾性分析 2015 年 9 月~2016 年 11 月我院接收的 64 例腹壁切口疝患者临床资料,随机分为治疗组与对照组各 32 例。观察组采用腹腔镜治疗,对照组采用开放手术治疗。比较两组手术时间、出血量、肛门排时间、下床活动时间、住院时间及术后并发症和复发情况。结果:治疗组手术时间、平均出血量、肛门排气时间、下床活动时间、住院时间、术后并发症发生率及复发率均明显低于对照组($P<0.05$)。结论:腹腔镜切口疝修补术治疗腹壁切口疝的临床疗效显著,值得推广应用。

关键词:腹壁切口疝;腹腔镜;开放手术

中图分类号:R656.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.019

腹壁切口疝是发生于腹壁手术切口处的疝,是一种常见于腹部手术后的并发症,发病率高达12%。该病的主要症状为手术切口部位出现腹壁包块,并常合并急性嵌顿、肠梗阻、绞窄、表面皮肤的营养性溃疡等并发症,甚至危及患者生命^[1]。本研究比较腹腔镜治疗切口疝修补术(LVHR)与开放式切口疝修补术(OVHR)治疗腹壁切口疝的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2015 年 9 月~2016 年 11 月我院接收的 64 例腹壁切口疝患者临床资料, 随机分为治疗组与对照组各 32 例。治疗组男 12 例, 女 20 例; 年龄 25~73 岁, 平均年龄 (55.67 ± 7.82) 岁。对照组男 14 例, 女 18 例; 年龄 27~70 岁, 平均年龄 (56.14 ± 6.98) 岁。两组一般资料比较无统计学差异, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 LVHR: 于腹壁上标记补片边缘、疝环位置;患者取仰卧位,全麻术后参考切口疝位置于远处选穿刺孔,安置 Trocar,维持气腹压约 13.5 mm Hg;置放其余的戳卡,仔细探查腹腔后分离粘连,分析疝环的尺寸、部位等基本情况,电凝烧灼疝囊内壁;腹腔镜下标记疝环在腹壁上的位置,补片边缘应超出疝环 5 cm,并在腹壁上标出补片位置;对补片留置缝线,将补片卷曲后置入腹腔中并使其处于平铺、伸

展的状态；用钩针将补片缝线钩出腹壁并于皮下打结，之后于疝环和补片边缘距离 2 cm 处钉合螺旋钉以将补片固定；检查穿刺孔处、腹腔内有无活动性出血，确认肠管血运良好且未损伤肠管后，解除气腹，缝合切口，结束手术。

1.2.2 对照组 OVHR: 做梭形切口后将原手术瘢痕及附近的皮肤、皮下组织切除, 切开直至暴露腹外斜肌筋膜或腹直肌前鞘, 将疝囊颈部切开, 对疝环周边后鞘或腹膜与腹直肌之间的间隙进行游离; 将残留的疝囊彻底切除后关闭腹膜; 于腹膜前或腹直肌后鞘间隙中置放补片对缺损进行覆盖, 缝合补片边缘与腹直肌后鞘, 双重固定腹壁、补片, 止血后于将负压引流管置于补片与皮下间隙, 缝合切口。

1.3 观察指标 比较两组手术时间、出血量、肛门排时间、下床活动时间、住院时间及术后并发症和复发情况。

1.4 统计学分析 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析,计数治疗用率表示,进行 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,进行 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组相关指标比较 治疗组手术时间、平均出血量、肛门排气时间、下床活动时间均明显低于对照组, $P < 0.05$, 差异均具统计学意义。见表 1。

表 1 两组相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	平均出血量(ml)	肛门排气时间(h)	下床活动时间(h)	住院时间(d)
治疗组	32	118.56± 14.88	47.02± 6.36	3.35± 1.47	2.71± 1.46	12.09± 3.85
对照组	32	167.92± 29.43	55.18± 9.42	6.59± 3.82	4.53± 2.38	14.47± 5.32
<i>t</i>		8.467	4.061 2	4.477 9	3.687 3	2.050 2
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表2 两组术后并发症和复发情况比较[(例%)]

组别	n	并发症					复发
		血肿	切口感染	肠梗阻	腹壁疼痛	总发生	
治疗组	32	2(6.25)	0(0.00)	1(3.13)	4(12.50)	7(21.88)	1(3.12)
对照组	32	5(15.62)	3(9.38)	0(0.00)	7(21.88)	15(46.88)	6(18.75)
χ^2						5.27	4.01
P						<0.05	<0.05

3 讨论

腹壁切口疝的诱因包括切口过长,术者操作不熟练,患者应用免疫抑制剂或吸烟等^[2]。该病一旦发生,缺损周围的筋膜、肌肉会由于丧失支撑而开始萎缩,抗张力下降,疝囊增大,除无法耐受手术、年老体弱者应用弹性腹带以防疝块突出外,其余均应选择手术治疗^[3]。常用的手术方法为具有百年历史的开放式腹壁切口疝修补术,术式包括 Underlay、Sublay、Onlay、Inlay 技术,但均顺着原手术切口将原有的手术瘢痕切除,对粘连进行分离,游离疝囊,还纳疝内容物,于合适的位置置放人工补片后加强腹壁^[4],其缺点为手术游离面较广,出血多,创伤大,不易操作,术后易感染并发症等^[5]。

本研究对比分析了腹腔镜与开放手术治疗腹壁切口疝的临床疗效。LVHR 具如下优势:(1)腹腔镜下手术可减少创伤和减轻疼痛,基本不会影响胃肠功能,治疗后无需应用镇痛剂^[6];(2)术野更加清晰与开阔,可清楚观察到手术范围及附近脏器情况,不会被肥胖、腹壁较厚等因素所干扰,有效避免漏诊、

误诊;(3)切口美观且小,可降低切口感染等并发症的发生风险^[7]。研究结果显示,治疗组手术时间、平均出血量、肛门排气时间、下床活动时间、住院时间、术后并发症发生率及复发率均明显低于对照组($P<0.05$)。综上所述,LVHR 可有效治疗腹壁切口疝,手术时间短,术中出血量少,利于患者早期康复,节省住院时间和费用,减少术后并发症发生和复发率,具有临床推广应用价值。

参考文献

[1]王忠臣,王鑫,孙微微.腹腔镜与开放手术治疗老年腹壁切口疝对比分析[J].中国现代药物应用,2016,10(12):13-14
[2]杨友成,陈政波,谭李阳,等.腹腔镜联合开放手术方式修补腹壁切口疝[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2015,9(6):32-34
[3]杨清羽,张贤坤,贺春燕,等.腹腔镜与开放手术治疗腹壁切口疝的对比研究[J].现代肿瘤医学,2015,23(20):2997-3000
[4]倪谢根,钟伟.腹腔镜腹壁切口疝修补术 10 例临床体会[J].安徽医药,2015,19(8):1561-1562
[5]郭军,康英杰,秦亚东.开放式手术与腹腔镜手术治疗腹壁切口疝的对比研究[J].中华普通外科学文献(电子版),2015,9(3):216-218
[6]滕晓平,任旋磊,沙洪存,等.腹腔镜腹壁切口疝修补术的临床研究[J].现代实用医学,2015,27(5):643-645
[7]王怀志,赵国强,苑军正.腹腔镜治疗腹壁切口疝 36 例临床分析[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2015,9(1):32-34

(收稿日期:2017-03-17)

间断暴露瘘道不挂线法治疗高位单纯性肛瘘的价值研究

陈淑君 张双喜 #

(河南中医药大学第一附属医院肛肠科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨间断暴露瘘道不挂线法在高位单纯性肛瘘治疗中的应用价值。方法:选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月我院收治的高位单纯性肛瘘患者 60 例,随机分为对照组和干预组各 30 例。对照组给予传统切开挂线术治疗,干预组给予间断暴露瘘道不挂线法治疗,比较两组患者临床疗效。结果:两组患者手术治疗总有效率比较无显著性差异($P>0.05$);干预组手术创面愈合时间、术后 1 周疼痛评分均低于对照组,肛门控便能力评分高于对照组($P<0.05$);干预组并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。结论:间断暴露瘘道不挂线法治疗高位单纯性肛瘘,术后疼痛轻,创面愈合时间短,可有效改善肛门功能,降低术后并发症发生率。

关键词:高位单纯性肛瘘;间断暴露瘘道不挂线法;应用价值

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.020

高位单纯性肛瘘是指瘘管位于外括约肌深层以上且只伴有一个瘘管的肛瘘,具有手术困难、复发率高、愈合时间长等特点,易引发肛门畸形、感染等并发症^[1]。本研究探讨间断暴露瘘道不挂线法在高位单纯性肛瘘治疗中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2016 年 12 月本院收治的高位单纯性肛瘘患者 60 例,随机分为对照组和干预组各 30 例。干预组男 20 例,女 10 例;年龄 21~68 岁,平均年龄(48.34±2.12)岁;发病时间 1~23 个月,平均发病时间(9.13±3.22)个月。对照组男 18 例,女 12 例;年龄 21~67 岁,平均年龄(48.19±2.14)岁;发病时间 1~23 个月,平均发病时

间(9.25±3.21)个月。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:无手术禁忌证者;瘘管穿越外括约肌层深层以上,内口在相对齿线处且直结肠腔内无破溃口者。排除标准:精神病患者;妊娠期或经期、哺乳期女性;造血、凝血功能障碍者;伴有心脏病、高血压、急性传染病者;外伤所致高位肛瘘者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予以传统切开挂线术治疗。腰麻完成后,取侧卧位,常规消毒铺巾;左手食指在肛内引导,右手执球头探针,顺瘘管外口探入肛内,用探针顶端探查瘘管内口,找到齿线处内口后,探针顶端穿

通讯作者:张双喜, E-mail:workzxsx@126.com