

腹腔镜与开放式无张力修补术治疗腹壁疝临床对比

余江涛

(河南省郑州人民医院普外一科 郑州 450003)

摘要:目的:探讨腹腔镜与开放式无张力修补术治疗腹壁疝的临床效果。方法:选取 2013 年 5 月~2016 年 11 月我院收治的腹壁疝患者 98 例,依照随机序贯法分为治疗组和对照组各 49 例。治疗组实施腹腔镜无张力修补术,对照组采用开放式无张力修补术。比较两组临床疗效、术中出血量、手术时间及术后不良反应发生情况。结果:治疗组临床疗效高于对照组,术中出血量、手术时间及术后不良反应发生率均低于对照组($P<0.05$)。结论:采用腹腔镜无张力修补术治疗腹壁疝,能够显著提高临床疗效,减少术中出血量,降低术后并发症发生率,具有较高的临床应用价值。

关键词:腹壁疝;腹腔镜;开放式;无张力修补术

中图分类号:R656.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.036

随着近年来腹腔镜修补术、无张力修补术等手术方法的逐步应用,临床治疗效果得到了有效提升^[1]。本研究旨在探讨开放式无张力与腹腔镜修补术的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月~2016 年 11 月我院收治的腹壁疝患者 98 例,所有患者均经临床诊断及 B 超检查确诊,依照随机序贯法分为治疗组和对照组各 49 例。治疗组:男 34 例、女 15 例,年龄 43~76 岁、平均年龄(56.7 ± 2.3)岁;对照组:男 31 例、女 18 例,年龄 45~79 岁、平均年龄(58.3 ± 2.6)岁。两组性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。排除合并有严重心、肾、脑等器官疾病者,妊娠期、哺乳期妇女,拒签同意书者,有精神系统疾病无法配合治疗者^[2]。本研究经我院伦理委员会审核同意,患者签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 行开放式无张力疝修补术。实施硬膜外麻醉,常规切口并充分暴露疝囊,疝囊高位游离至颈部,高位结扎剪除远端疝囊后,将疝囊颈残端纳入腹腔。将充填物置于疝环内,与腹横筋膜及周围组织缝合固定,将成型补片置于精索后腹股沟后壁,一般不缝合固定。疝环过小,剪掉充填物内的支撑花瓣;疝环过大,用两个充填物相互缝合置入疝环内^[3]。缝合腹壁周围各层组织,结束手术。

1.2.2 治疗组 行腹腔镜疝修补术。在腹腔镜下,从腹膜内窥见腹股沟疝口为一洞状小孔,将疝囊和腹膜前脂肪向腹腔拉出于疝环处切除。对疝环边缘腹壁缺损的上方 2 cm 处切开腹膜锐性或钝性分离,解剖出腹壁下血管、耻骨联合、腹横筋膜、精索等结构^[4]。若直疝缺损较大,到达内环处,或斜疝已损坏内环,需用补片包裹精索,将补片修剪一个小口,直

接覆盖于缺损部位。将一大小约为 10 cm× 6 cm 聚丙烯网片在已经游离的腹膜前间隙内铺平,用钉合器于缺损处 2 cm 上钉夹固定,下缘至髂耻束、韧带,上外侧至联合肌腱,通常需用 8~9 枚钉子^[5]。最后用可吸收缝线间断或连续关闭腹膜。

1.3 观察指标及标准 (1)比较两组术中出血量、手术时间以及术后并发症发生情况。(2)比较两组临床疗效。疗效判定标准^[6],痊愈:患者腹痛等临床症状基本消失,疝内容物恢复 $>85\%$,无需再次手术;显效:患者临床症状明显改善,疝内容物恢复 70%~85%,无需再次手术;有效:腹壁有包块突出,咳嗽时有牵扯性腹痛,疝内容物恢复 50%~70%,需再次手术;无效:患者症状无明显改善,甚至加重,疝内容物恢复 $<50\%$,需再次手术。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS17.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组临床疗效明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	49	8	26	14	1	98.0
对照组	49	3	19	22	5	89.8
t		0.945	1.627	1.374	0.641	0.485
P		0.007	0.000	0.002	0.007	0.003

2.2 两组术中出血量及手术时间比较 治疗组患者的手术时间(54.5 ± 9.3) min、手术出血量(28.4 ± 2.7) ml,对照组患者手术时间(68.9 ± 10.6) min、手术出血量(36.9 ± 3.3) ml。治疗组手术出血量及手术时间明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

2.3 两组术后并发症发生率比较 治疗组出现皮下血肿 1 例、异物感 1 例、伤口疼痛 2 例,术后并发症发生率为 8.2%(4/49)。对照组出现异物感 3 例、皮下血肿 5 例、尿潴留 2 例,并发症发生率为 20.4%(10/49)。治疗组术后并发症发生率低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

3 讨论

腹壁疝是外科临床常见病,是由于腹压增大时,腹腔内容物从缺损或薄弱处突出而形成包块所致。目前,腹壁疝尚没有行之有效的解决方案和预防措施,且该病复发率高,并发症较难处理,给患者带来极大的痛苦。手术治疗是临床首选治疗方案,也是腹壁疝治愈的唯一选择。传统的疝修补术存在手术复发率高、术后疼痛大、张力过高等缺陷,已逐渐为无张力修补术所替代。无张力疝修补术是使用人工合成网片材料进行无张力疝修补的方法,操作简单,术后疼痛较轻,但创伤大、术后并发症发生率较高^[7]。腹腔镜疝修补术是在无张力疝修补术基础上发展起来的一种微创技术,可有效减轻传统手术给患者带来的创伤,优化手术效果,降低切口疼痛、感染等手术并发症发生率。

本研究结果显示,治疗组临床疗效明显高于对

照组,术中出血量、手术时间及术后不良反应发生率均低于对照组($P<0.05$)。说明腹腔镜无张力修补术治疗腹壁疝效果优于无张力修补术,具有创伤小、出血少、并发症少的优势,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]薛同敏,张培建,刘霞,等.腹壁疝无张力修补术后补片对组织器官的侵蚀及其并发症[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2013,7(5):3-4
- [2]刘德伟,吴礼武,袁庆培,等.改良经腹腔镜腹膜前腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术临床疗效比较[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2012,6(1):55-57
- [3]杨春,张伟,王康.腹腔镜与开放无张力疝修补术在复发性腹股沟疝治疗中的对比分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2014,8(1):40-43
- [4]林璐,柏金喜,王惠春,等.临床路径管理模式控制开放与腹腔镜下腹股沟疝无张力修补术的成本-效果分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2013,7(1):11-15
- [5]艾万朝,周旭坤,张成建,等.腹腔镜下腹股沟疝修补术与开放式无张力疝修补术的临床对比分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2016,10(4):270-272
- [6]李鹏,赵维山,李汝红,等.腹腔镜全腹膜外疝修补术与开放腹膜前疝修补术的临床对比分析[J].中华疝和腹壁外科杂志:电子版,2015,9(6):29-31
- [7]耿岩,陆光生,陈小伍,等.高频彩超在腹腔镜下完全腹膜外腹外疝无张力修补术前的应用[J].广东医学,2014,35(19):3021-3022

(收稿日期:2017-08-15)

超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中的应用研究

任宝书

(河北省文安县中医院外科 文安 065800)

摘要:目的:探讨超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中的应用效果。方法:选取我院 2014 年 8 月~2016 年 8 月收治的需要实施紧线治疗的肛肠疾病患者 68 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 34 例。对照组采用长效镇痛剂,观察组采用超前平衡镇痛法。比较两组患者镇痛效果、并发症发生情况及创面愈合时间。结果:观察组镇痛有效率高于对照组($P<0.05$);两组并发症发生率、创面愈合时间比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中止痛效果突出,值得临床推广应用。

关键词:超前平衡镇痛法;肛肠;挂线治疗;应用效果

中图分类号:R657.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.037

挂线治疗是一种肛肠科中使用率较高的治疗方式,主要用在高位脓肿、高位复杂性肛瘘和高位单纯性肛瘘的一期治疗过程中^[1]。挂线治疗效果明显,为保证慢性勒割作用,一旦橡皮筋松动则会实施紧线措施,但在橡皮筋勒割途中,会大量产生缓激肽、钾离子和氢离子等炎性介质,加上患者受到换药和排便等刺激,最终可导致患者产生剧烈疼痛^[2]。本研究旨在探讨超前平衡镇痛法在中医肛肠挂线治疗中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 8 月~2016 年 8

月收治的需要实施紧线治疗的肛肠疾病患者 68 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 34 例。对照组:男 19 例,女 15 例;年龄 19~67 岁,平均年龄(42.1 ± 5.7)岁;14 例肛周脓肿,20 例肛瘘。观察组:男 18 例,女 16 例;年龄 21~64 岁,平均年龄(44.2 ± 4.6)岁;13 例肛周脓肿,21 例肛瘘。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组 采用超前平衡镇痛法。完善术前相关检查,于紧线前 1 h 服用 2 片氨酚曲马多(国药准字 H20080583);碘伏消毒患者骶尾部,于紧线时在