



腹股沟斜疝传统修补术与无张力修补术的临床比较

苗 琦

睢宁县魏集镇中心卫生院普外科 江苏徐州 221243

【摘要】目的 对腹股沟斜疝的患者实施传统修补术与无张力修补术治疗, 分析其临床效果。**方法** 将 95 例腹股沟疝的患者以抓阄的方式随机分为两组治疗, 分别实施传统修补术(对照组)与无张力修补术(研究组), 分析治疗后的手术时间、术中出血量、住院时间和并发症的发生率。**结果** 手术时间、术中出血量、住院时间研究组均短于对照组, 组间数据对比存在显著差异 $P < 0.05$, 研究组患者并发症的发生率明显较对照组低, 组间比较差异明显 $P < 0.05$ 。**结论** 腹股沟斜疝对患者的身体有较大的影响, 采用无张力修补术治疗后的临床效果明显优于传统修补术, 且并发症少, 患者恢复快, 值得临床推广。

【关键词】 腹股沟斜疝; 传统修补术; 无张力修补术; 临床效果

【中图分类号】 R656.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 01-047-02

腹股沟斜疝是外科中较为常见的一种疝, 当患者发生腹股沟斜疝时, 会出现腹股沟部位的疼痛, 其主要病因为腹壁强度降低或腹腔内压力增高, 或者腹横筋膜缺损导致的, 若不能及时处理, 则会进一步出现较窄或嵌顿, 严重时危及患者的生命。腹股沟疝临床上常常采用手术方法进行治疗, 本文选取 95 例腹股沟斜疝的患者作为研究对象, 将其随机分为两组治疗, 分析其临床效果, 研究内容如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取 95 例腹股沟斜疝的患者作为研究对象, 研究对象的选取时间段为 2015 年 2 月-2017 年 1 月, 以抓阄的方法将所有患者随机分为两组进行治疗, 研究组患者 50 例, 年龄范围 18~83 岁, 平均年龄 (49.5 ± 1.5) 岁, 病程 2~8 个月, 平均病程 (4.5 ± 0.5) 个月, 对照组患者 45 例, 年龄 20~81 岁, 平均年龄 (48.5 ± 2.5) 岁, 病程 2~7 个月, 平均病程 (3.5 ± 1.5) 个月, 分析其基础资料发现, 组间基础资料的数据可以进行统计学比较 $P > 0.05$ 。

1.2 手术方法

实行传统修补术(对照组): 常规备皮, 然后实行硬脊膜外麻醉, 在患者腹股沟韧带中点上方作一切口, 长度约 2cm, 逐层切开后暴露疝囊, 常规检查患者疝囊的大小, 将疝内容物进行回纳, 采用 Bassini 修补法进行疝修补^[1]。

实行无张力修补术(研究组): 常规备皮后对患者进行硬膜外麻醉, 然后将腹外斜肌腱切断, 对神经血管进行保护, 将疝囊和精索游离后止血, 将锥形网塞置入疝环内, 并用可吸收线固定^[2]。将网形补片放置在精索后方, 外侧用单丝聚丙烯滑线, 内侧用可吸收线, 将网片进行固定, 内侧端固定时应让边缘超过耻骨结节处 1~2cm, 防止补片过小而造成术后复发, 然后还纳睾丸和精索, 但是注意不可进行扭转, 确定无出血后将伤口缝合, 术后常规给予抗感染的药物预防感染^[3]。

1.3 观察指标和疗效判断标准

分析治疗后的手术时间、术中出血量、住院时间和并发症的发生率。

1.4 统计学方法

文中数据结果采用统计学软件 SPSS19.0 版本计算, 正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 值检验, 正态分布的计数资料以 “%” 百分比表示, 用 χ^2 值检验, 计算后若观察数据存在较为明显的差异, 则采用 $P < 0.05$ 表示, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 分析治疗后患者的手术时间、术中出血量、住院时间, 如表 1。

表 1: 分析治疗后患者的手术时间、术中出血量、住院时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)
研究组	50	39.82 ± 6.53	21.64 ± 5.72	3.45 ± 1.62
对照组	45	62.35 ± 9.54	38.71 ± 6.35	5.24 ± 1.49
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05

注: 组间数据对比差异显著 $P < 0.05$ 。

2.2 分析治疗后患者并发症的发生率

治疗后, 研究组患者出现疼痛的患者有 14 例, 占 28%, 局部有硬物感的有 4 例, 占 8%, 出现局部感染的有 2 例, 占 4%, 而对照组出现疼痛的有 32 例, 占 71.11%, 局部有硬物感的有 13 例, 占 28.89%, 局部感染的有 9 例, 占 2%, 组间数据对比差异显著 $P < 0.05$ 。

3 讨论

腹股沟斜疝是指疝囊经患者的腹壁下动脉外侧的内环突出, 向前、向内、向下经斜行经过腹股沟, 再穿出皮下环并进入阴囊。腹股沟斜疝是最为多发的一种疝, 发病率约占全部腹外疝的 90%, 在腹股沟疝中占 95%^[4]。男女均可发病, 男性发病较多, 右侧较左侧多。腹股沟斜疝有先天性和后天性两种, 还根据治疗的情况分为易复性疝和难复性疝。当患者发生腹股沟斜疝时, 患者会感觉到腹股沟出现一个可复性肿块, 开始时肿块较小, 只会在患者行走、劳动等用力的时候出现, 用手按压或者平躺时可自行回纳, 消失不见, 一般情况下会出现牵涉痛, 休息后缓解。

传统斜疝修补术是将肌腱和腹股沟韧带用粗丝线强行进行缝合, 将内环闭合, 并加强腹股沟后壁, 强行缝合后组织张力较高, 血运较差, 不利于伤口的愈合, 且术后容易造成感染, 并发症较多, 容易复发。无张力疝修补术在不改变原来解剖结构的基础上, 在无张力的条件下用人工材料进行生理上缺陷的修补。修补术是在保留原来解剖功能、保留接近正常的腹股沟防御机制, 腹横筋膜是腹股沟管后壁并维持强度的主要组织, 对疝修补主要是对腹横筋膜缺损的修复^[5]。经本文研究发现, 采用无张力修补术后患者的治疗效果明显好于传统修补术, 且术中的出血量和手术时间均短于传统修补术, 因此腹股沟斜疝采用无张力修补术的效果较好。

综上所述, 腹股沟斜疝对患者的影响较大, 给予患者无张力修补术治疗的效果明显好于传统修补术, 治疗后患者并发症少, 恢复快, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 晋林. 传统与无张力疝修补术治疗成人腹股沟斜疝的 (下转第 50 页)



平检测结果阳性率比较 [n(%)]

组别	例数 (例)	C反应 蛋白阳性	血清脂肪酶 阳性	血清淀粉酶 阳性
对照组	64	1(1.6)	3(4.7)	2(3.1)
研究1组	64	19(29.7)*	22(34.4)*	23(35.9)*
研究2组	64	59(92.2)*#	61(95.3)*#	58(90.6)*#

注：与对照组比较 *P < 0.05，与研究1组比较 #P < 0.05

3 讨论

急性胰腺炎在近年来已经成为临床较为的急腹症的一种类型，该类疾病的起病相对较急，病情程度较为凶险，且发展的速度较快，治疗期间和治疗后发生各种并发症的可能性较大，上述特点直接导致患者的临床死亡率长期处于居高不下的状态。且近年来在我国该病的发病率有持续上升的态势，根据相关领域所进行的研究显示，其发病率已经接近 10%^[3, 4]。

胰腺炎的发病主要是由于胰腺对自身产生消化从而导致的组织坏死，继而发生的一种急性炎症性反应类疾病。在很长一段时期内临床对急性胰腺炎进行诊断，只能通过医生的实际临床工作经验进行。随着影像学技术的不断发展，CT 成为临床对该疾病进行诊断的常用方法，通过平扫能够对处于肿大状态的胰腺和周围渗出液情况进行观察和判断，同时还能够对脏器的坏死程度进行确定，但其对于临床医生及相关操作者的专业知识水平要求相对较高，同时还需要进一步结合患者的实际临床症状表现对病情进行诊断，所以单纯依靠影像学检查对病情在早期进行确诊，目前还无法实现^[5, 6]。

血清学指标检测技术在临床上应用主要具有采样操作方法简单、快捷，指标水平测定速度快等几大基本特点，同时还可以对病情的变化情况进行动态的监测，所以探究一项或几项能够对急性胰腺炎进行确诊的血清学指标，已经成为近年来临床及相关领域所关注的一个热门性话题^[7, 8]。

血淀粉酶属于急性胰腺炎病情诊断过程中常用指标的一种，相关研究结果显示，血清淀粉酶的生物活性水平越高，发生胰腺炎的几率也就越大；而脂肪酶属于由胰腺泡负责分泌合成的一种酶类物质，胰腺炎疾病患者的腺泡会在一定程

度上受到损伤，脂肪酶就会大量的释放进行血液，使血液中脂肪酶的含量水平不断增加。C 反应蛋白属于非特异性的急性时相蛋白类物质的一种，其和炎症反应的严重程度之间有着非常密切的关系。临床上不仅仅可以用于对急性胰腺炎病情的诊断，还可以用于对病情严重程度进行判断，且 C 反应蛋白水平越高，病情程度也就越重^[9]。

通过本次研究可以证实，与健康人和其他急腹症患者比较，罹患急性胰腺炎疾病的患者，其血清淀粉酶、C 反应蛋白、脂肪酶三项指标水平会呈现异常升高状态，临床上可以将这一特点，作为对早期急性胰腺炎病情进行诊断、对治疗效果进行检测、对预后和转归进行预测的一项重要参考依据。

参考文献：

- [1] 闫冰. 重症急性胰腺炎坏死合并感染 60 例临床治疗分析[J]. 昆明医科大学学报, 2013(11):111-112.
- [2] 李静. 重症急性胰腺炎的治疗策略[J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21(10):1183-1184.
- [3] 佟敏. 重症急性胰腺炎的诊断与治疗进展[J]. 山西医药杂志月刊, 2011(6):551-552.
- [4] 朱惠萍. 任光荣治疗急性胰腺炎的临床经验[J]. 江苏中医药, 2013(9):29-30.
- [5] 叶本功. 73 例急性胰腺炎的螺旋 CT 诊断分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2016, 14(4):101-103.
- [6] 艾万里, 王宪军. 急性胰腺炎 CT 诊断与临床预后分析[J]. 中国医疗器械信息, 2016, 22(2x):12-14.
- [7] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组, 《中华胰腺病杂志》编辑委员会, 《中华消化杂志》编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年, 上海)[J]. 临床肝胆病杂志, 2013, 29(9):656-660.
- [8] 王春容, 李佐. 联合检验血清淀粉酶脂肪酶及 C 反应蛋白在急性胰腺炎诊断及预后判断中的价值[J]. 基层医学论坛, 2015, 14(24):3375-3376.
- [9] 田学昌, 刘吉盛, 曲畅, 等. 联合检验血清淀粉酶、脂肪酶与 C 反应蛋白在急性胰腺炎早期诊断中价值[J]. 现代仪器与医疗, 2015, 14(2):76-78.

(上接第 46 页)

参考文献：

- [1] 张鹤凤. 格列吡嗪控释片治疗新发老年 2 型糖尿病临床观察[J]. 西北药学杂志, 2016, 31(5):525-527.
- [2] 邵伶俐. 格列吡嗪控释片应用于老年 2 型糖尿病患者

的有效性 & 安全性[J]. 医药前沿, 2015, 5(32):150-151.

- [3] 刘丽华. 格列吡嗪控释片治疗 2 型糖尿病的效果进展[J]. 中国处方药, 2016, 14(6):27-28.
- [4] 林益龙. 格列吡嗪控释片联合盐酸二甲双胍肠溶胶囊治疗糖尿病疗效研究[J]. 大家健康旬刊, 2016, 10(4):136-136.

(上接第 47 页)

临床效果比较[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(26):3641-3642.

- [2] 张军铭. 无张力修补术在腹股沟斜疝中的临床疗效及安全性分析[J]. 医学综述, 2015, 21(03):534-536.
- [3] 宫焕松, 郑维波, 罗菲. 无张力修补术治疗 86 例腹股沟斜疝的临床效果分析[J]. 安徽医药, 2014, 18(01):138-139.

[4] 张军. 传统修补术和充填式无张力修补术治疗腹股沟斜疝的疗效对比观察[J]. 临床合理用药杂志, 2014, 07(01):104-105.

- [5] 吕宝国. 传统腹股沟斜疝修补术与疝环充填式无张力疝修补术的临床效果比较研究[J]. 吉林医学, 2013, 34(13):2479-2480.

(上接第 48 页)

- [1] 张丽英, 练亚芬, 马黎君. 精神科患者无抽搐电休克治疗不良事件分析及对策[J]. 护理学报, 2013, 20(01):17-19.
- [2] 李璐君. 无抽搐电休克治疗精神病患者的临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(05):5-6.

[3] 张丽英, 练亚芬, 马黎君. 精神科患者无抽搐电休克治疗不良事件分析及对策[J]. 护理学报, 2013, 20(01):17-19.

- [4] 任春生, 林振东, 徐秀梅, 黄海峰, 张传福, 潘锡龙, 杜宝国. 无抽搐电休克与传统电休克治疗精神分裂症对照研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2009, 17(10):1167-1169.