



腹外疝的临床治疗体会

申 辉 (邵东县火厂坪中心卫生院 湖南邵东 422800)

摘要: **目的** 总结腹外疝患者的临床症状特征和治理措施。**方法** 在我院接收的腹外疝患者中,选择2015年1月至2016年7月治理的患者60例作为研究对象,探讨临床诊断和治理结果。**结果** 所有患者均顺利完成手术,患者手术时间30~70min,平均手术时间(37.69±5.72)min,术后6~12h下床活动,平均下床活动时间(7.60±2.14)h,平均住院时间(6.28±1.36)d。手术后出现切口感染1例(1.67%),阴囊水肿1例(1.67%),阴囊积液2例(3.33%),并发症发生率6.67%(4例),经过积极处理,并发症消失。11例(18.33%)患者术后1~3d切口有轻微疼痛,未经用药处理,疼痛缓解。所有患者均痊愈出院,无死亡病例。术后随访1年,所有患者均未复发。**结论** 临床上,医生及早通过临床症状和辅助检查确诊腹外疝,给予对症外科手术治疗,能获得良好预后,且复发率低,适用于基层医院推广。

关键词: 腹外疝 诊断 治理

中图分类号: R565.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)10-079-01

腹外疝是腹部外科最常见、多发疾病之一,其中以腹股沟疝发生率最高,占90%以上,多发于老年患者,患者发病后腹内压升高和腹壁强度减弱从而引发腹外疝。临床上治理腹外疝的重要环节是将腹内压和腹壁强度恢复至正常范围^[1]。本病确诊后,及时给予手术治疗能够避免疝块变大增加患者腹部伤害,从而对患者生活、工作带来影响。本研究对我院接收的腹外疝患者60例进行研究,取得了一定的成果,其详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2015年1月至2016年7月接收的腹外疝患者60例作为研究对象,所有患者均符合腹外疝诊断标准,排除精神疾病和意识障碍患者,排除严重肝、肾、心、肺功能障碍患者。本次研究患者中,男性52例,女性8例,年龄20~72岁,平均年龄(50.65±20.39)岁,10例为股疝,11例为腹股沟直疝,39例为腹股沟斜疝。

1.2 方法

1.2.1 诊断: (1)临床症状检查:均有不同程度的腹胀、腹痛、下腹坠胀、吸收功能差等临床症状,且均在患处发现肿块,肿块特征是腹压增大时,肿块出现,平卧或手法还纳后肿块消失^[2]。老年人应检查有无前列腺肥大。胸部有无一侧呼吸运动度受限、呼吸音减弱,肋间饱满,以及在胸部可否听到肠鸣音或振水音等膈疝体征。腹股沟疝应注意疝的外形及疝环大小,站立或咳嗽时内容物是否降入阴囊,能否复位。(2)辅助检查: B超及CT检查检查疝囊及内容物,伴有鞘膜积液,腹膜造影可见较小的疝或隐匿性疝的疝囊及(或)内容物。

1.2.2 治理: 采用硬膜外麻醉,麻醉成功后,术中根据疝囊的大小决定是否切除,如未进入阴囊的斜疝或直疝可不切除疝囊,自疝囊底游离至颈部,将疝囊推入内环口或直疝三角内;进入阴囊的疝囊可予横断,远端旷置,近端于颈部缝扎。斜疝者内环的腹横筋膜间断缝合,精索处留一食指指尖大小,重建内环;直疝者回纳疝囊后于疝囊颈处予连续缝合^[3]。采用人造纤维补片修补腹股沟区缺损,依照患者腹股沟管长度、腹外疝的特征、腹横肌筋膜损伤程度对补片形状进行修剪。将补片周边与腹股沟韧带及腹横肌腱弓等较坚强组织缝合固定,放回精索,逐层缝合。手术结束后,进行24~48小时的抗生素治理,如果是复发疝手术,应用沙袋增加压力。

1.3 判断标准

记录患者的手术时间、住院时间,观察患者并发症的发生情况,并记录患者1年后疝的复发情况。

2 结果

所有患者均顺利完成手术,患者手术时间30~70min,平均手术时间(37.69±5.72)min,术后6~12h下床活动,平均下床活动时间(7.60±2.14)h,平均住院时间(6.28±1.36)d。

手术后出现切口感染1例,阴囊水肿1例,阴囊积液2例,经过积极处理,症状消失。并发症发生率6.67%。11例患者术后1~3d切口有轻微疼痛,未经用药处理,疼痛缓解。所有患者均痊愈出院,无

死亡病例,术后随访1年,所有患者均未复发。见表1:

表1. 患者临床治理数据

组别	切口感染	阴囊水肿	阴囊积液	发病发生率	切口疼痛	复发率
例数(n)	1	1	2	4	11	0
比例(%)	1.67	1.67	3.33	6.67	18.33	0

3 讨论

腹腔内肠管、大网膜或盆腔内脏器连同腹膜一起经腹壁缺损或骨盆薄弱处脱出,在体表有皮肤全层覆盖的异常隆起称腹外疝^[4],俗称“疝气”,是普外科常见病,多发病。人群发病率可达3%,特别老年人中患病率更高。由于腹外疝不可自愈,均应及时的治理。如形成嵌顿及绞窄,可危及患者生命。

目前,手术治疗是治理腹外疝的唯一方法。医生治理腹外疝的过程中,应注意保护精索血管、髂腹股沟神经、生殖股神经、髂腹下神经等组织,避免损伤患者的血管和神经。医生在分离疝囊的过程中,如果存在小疝囊,应尽量避免扎结或分破小疝囊,以防止产生轻度腹膜炎而引发疼痛。医生横断大疝囊时,使用连续缝合的方式关闭近端,而将远端从血管区放入疝囊底,不可广泛分离疝囊,以防止术后出现阴囊出血、浆液肿、鞘膜积液等情况。医生游离精索时,保证长度适宜,通常选取5厘米左右即可。相关研究指出^[5],使用外科手术治理腹外疝时,花费的时间并不长,本研究中,患者平均手术时间(37.69±5.72)min,平均下床活动时间(7.60±2.14)h,数据也说明,本手术时长不会对患者机体其他组织结构产生影响,且患者疼痛程度较小,本组患者的平均住院时间(6.28±1.36)d,数据说明,本手术患者能够在较短的时间内恢复,患者术后住院时间短,在缩小患者经济压力的同时,患者恢复至正常工作时间、舒适度以及手术后的生活质量都得到了改善。本研究中,本组60例患者手术后出现切口感染1例(1.67%),阴囊水肿1例(1.67%),阴囊积液2例(3.33%),并发症发生率6.67%(4例),经过积极处理,并发症消失。11例(18.33%)患者术后1~3d切口有轻微疼痛,未经用药处理,疼痛缓解。所有患者均痊愈出院,无死亡病例。术后随访1年,所有患者均未复发。数据说明,腹外疝外科手术治疗并发症少,复发率低。

总之,腹外疝经外科手术治疗效果较好,患者恢复快,术后无严重并发症发生,且复发率低,值得推广应用。

参考文献

- [1] 许春阳. 研究腹外疝的临床治理体会[J]. 医药前沿, 2015(13):164-165.
- [2] 贾豫. 老年腹外疝100例临床治理体会[J]. 中外健康文摘, 2013, 24(30):412.
- [3] 赵付全. 老年腹外疝50例临床治理体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2015(30):6180.
- [4] 王丽. 腹外疝的外科治理与临床护理措施研究[J]. 医药前沿, 2016, 6(32):198-199.
- [5] 李秀琴. 腹外疝的临床治理研究[J]. 医药卫生:引文版, 2016(4):71.