

腹膜前疝气修补术与全腹膜外疝气修补术治疗老年腹股沟疝效果比较观察

涂振仲¹ 曾淑珍²

1 永春县中医院外科 福建泉州 362600 2 永春县医院超声科 福建泉州 362600

【摘要】目的 比较分析老年腹股沟疝治疗中，腹膜前疝气修补术（TAPP）、全腹膜外疝气修补术（TEP）的应用效果。
方法 回顾2023年9月~2024年10月期间入院的老年腹股沟疝患者60例，根据治疗方法分组，TAPP组（n=60例），采用TAPP法治疗；TEP组（n=60例），采用TEP法治疗。对比两组的围手术期指标、疼痛VAS评分、并发症发生率、复发率。
结果 两组患者的术中出血量未见明显差异（ $P>0.05$ ）；手术时长、术后首次排气时间、术后首次下床活动时间，以及住院时长均为TEP组更短（ $P<0.05$ ）。术前，两组患者的疼痛VAS评分差异不显著（ $P>0.05$ ）；术后48h、1个月、3个月时的疼痛VAS评分两组均有所下降，但组间差异仍不明显（ $P>0.05$ ）。两组患者的并发症发生率未见显著差异（ $P>0.05$ ）。TAPP组有1例（1.67%）复发；TEP组未见复发，差异不明显（ $P>0.05$ ）。
结论 TEP方法的应用下患者的手术时长、术后首次排气时间、术后首次下床活动时间，以及住院时长均为TEP组更短，而在疼痛、复发，以及并发症发生上，两种方法未见明显的差异。

【关键词】 腹膜前疝气修补术；全腹膜外疝气修补术；老年腹股沟疝
【中图分类号】 R656.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-0415 (2025) 07-006-02

老年腹股沟疝属于一种后天获得性疝。当机体的腹壁肌肉组织出现薄弱或缺损时，就会让腹腔内脏器通过这些缺陷突出到腹外形成肿块，表现出老年腹股沟疝的症状。在治疗上，可以采用TAPP，通过脐下缘开口进入腹膜前部，直达下腹壁和髂血管区域，再利用补片予以修补，从而达到治疗的效果。此外，还可以采用TEP，通过脐下腹膜前入路，在腹腔镜直视下游离腹膜前间隙对疝囊剥离至精索腹膜化，并置入补片于腹膜外修补耻骨肌孔覆盖腹壁的缺损区域达到治疗的效果。在此背景下，本文回顾了2023年9月~2024年10月期间入院的老年腹股沟疝患者60例，对TAPP、TEP的应用效果进行了对比，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾2023年9月~2024年10月期间入院的老年腹股沟疝患者60例资料。根据治疗方法分组，TAPP组（n=60例），采用TAPP法治疗；年龄65~81岁，均值（ 75.32 ± 1.62 ）岁；病程1~5个月，均值（ 3.52 ± 1.21 ）个月；患者均为男性。TEP组（n=60例），采用TEP法治疗；年龄66~81岁，均值（ 75.98 ± 1.77 ）岁；病程1~6个月，均值（ 3.63 ± 1.19 ）个月；患者均为男性。对比TAPP组、TEP组的一般资料，可见 $P>0.05$ ，说明两组数据可比。

1.2 方法

TAPP组方法：采用TAPP法治疗：医生需要在患者的肚脐下方1cm处做一个切口，并通过用把巾钳将切口两端提起，送入10mm套管，然后借此建立14mmHg的气腹，再将腹腔镜送入。由此在腹腔镜的指导下，于健侧和患侧腹直肌下3cm处，

分别置入5mm的套管针。此后，沿着疝内口上方横向切开腹膜，并通过游离操作，让Bogros间隙、Retzius间隙得以充分暴露，且应让游离Retzius间隙范围的内侧能够触及耻骨联合，外侧则可达到髂外静脉，下方应能够达到骨梳韧带下2cm处。此后，待找到分离疝囊后，对精索腹予以膜化处理，并设置补片，再采用可吸收线予以缝合关闭覆膜，然后排气、缝合操作孔。

TEP组方法：采用TEP法治疗：在患者肚脐处，做一个1cm的切口，然后通过该切口分离至腹直肌背侧，再将腹腔镜、10mm套管置入体内，构建出12~14mmHg的气腹。此后，在腹腔镜视野下，进行钝性分离操作，分离至耻骨结节。然后，在联合上缘至脐连线上下1/3的位置，分别设置一个0.5cm的切口，并利用该切口置入5mm的套管。此后，医生需向患侧分离覆膜前间隙，借此定位疝囊、Bogros间隙、Retzius间隙，以及精索。再将精索与疝囊分离，然后腹壁化精索。之后，即可设置可覆盖肌耻孔的补片，并用生物胶将补片固定。然后，将二氧化碳排出后，将切口、操作孔缝合。

1.3 统计学方法

采用SPSS26.0软件处理老年腹股沟疝患者手术前后数据，并发症发生率采用 χ^2 检验，以n(%)表示。症状改善时间、围手术期指标、疼痛VAS评分采用t检验，以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示。 $P<0.05$ 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的围手术期指标

结果显示，两组患者的术中出血量未见明显差异（ $P>0.05$ ）；手术时长、术后首次排气时间、术后首次下床活动时间，以及住院时长均为TEP组更短（ $P<0.05$ ），如表1。

表1：两组患者的围手术期指标表（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	术中出血量（ml）	手术时长（min）	术后首次排气时间（h）	术后首次下床活动时间（d）	住院时长（d）
TEP组	16.77±4.33	55.85±3.36	11.62±2.15	1.62±0.18	6.62±1.25
TAPP组	16.61±4.65	58.08±3.53	12.31±2.36	1.33±0.13	7.62±1.36
t	0.334	5.914	5.957	5.244	5.636
P	0.738	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者的疼痛VAS评分

结果显示，术前，两组患者的疼痛VAS评分差异不显著（ P

>0.05 ）；术后48h、1个月、3个月时的疼痛VAS评分两组均有所下降，但组间差异仍不明显（ P 均 >0.05 ），如表2。

表2: 两组患者的疼痛 VAS 评分 [$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	术前	术后 48h	术后 1 个月	术后 3 个月
TEP 组	3.75 $\pm$ 0.91	1.12 $\pm$ 0.62	0.56 $\pm$ 0.68	0.19 $\pm$ 0.42
TAPP 组	3.21 $\pm$ 0.99	1.69 $\pm$ 0.85	0.51 $\pm$ 0.69	0.11 $\pm$ 0.38
t	0.226	0.629	0.912	0.937
P	0.625	0.278	0.201	0.198

2.3 两组患者的并发症发生率

结果显示, 两组患者的并发症发生率未见显著差异 ($P > 0.05$) 如表 3。

表3: 两组患者的并发症发生率 [n (%)]

组别	感染	疼痛	阴囊气肿、积液	总发生率
TEP 组	0 (0%)	1 (1.67%)	1 (1.67%)	2 (3.33%)
TAPP 组	1 (1.67%)	1 (1.67%)	1 (1.67%)	3 (5%)
χ^2				0.621
P				0.320

2.4 两组患者的复发率

结果显示, TAPP 组有 1 例 (1.67%) 复发; TEP 组未见复发, 差异不明显 ($P > 0.05$)。

3 讨论

老年腹股沟疝的肿块通常位于腹股沟区域, 患者常表现为腹股沟肿块、腹痛, 且可能会伴有便秘、排尿困难和消化不良的症状^[1]。其中, 腹痛症状往往较为明显, 并常为持续性绞痛, 部分患者的腹痛会放射至阴囊或大腿内侧^[2]。一般来说, 老年人韧带坚韧、血管硬化, 所以, 当其出现腹股沟疝后往往更容易引发嵌顿疝和绞窄。为此, 需要及时予以治疗。在治疗上, TAPP 主要是通过补片放置在腹膜前间隙, 利用腹膜的形态使其贴服于腹壁, 由此充分覆盖疝缺损区域达

到治疗的效果。而 TEP 则在腹肌和外侧腹直肌之间进行操作, 通过精准地在腹壁缺损的区域放置补片实现治疗。

本文的研究结果显示, TEP 方法的应用下患者的手术时长、术后首次排气时间、术后首次下床活动时间, 以及住院时长均为 TEP 组更短, 这说明 TEP 方法的操作效率更高, 而且有利于患者的恢复, 使其能够更早地排气和下床活动, 从而缩短其的住院时长。这可能是因为 TEP 不需要进入腹腔可以避免腹腔内器官的损伤及腹内粘连的发生, 而且切口与手术区域距离远, 感染发生的风险也较低, 由此为患者的恢复提供了良好条件。此外, 在 TEP 的应用下, 补片被放置在最内腹膜层前面分离出的小空间内, 而这种放置方式使补片首先承受来自腹腔的压力, 比较接近人体的正常生理解剖结构, 同时也符合力学受力原理, 这在一定程度上, 也有利于患者的恢复。但在治疗期间, 还要注意, 应叮嘱患者保持心情愉快, 避免情绪激动和暴躁, 并戒烟以免引发呼吸道感染、咳嗽导致腹股沟疝, 同时也要尽量减少或避免重体力劳动, 从而更好地促进恢复, 深入优化手术治疗效果。

综上所述, 相较于 TAPP 方法, TEP 方法的手术时长、术后首次排气时间、术后首次下床活动时间, 以及住院时长均为 TEP 组更短。

参考文献

- [1] 吴念寿, 郭伟. 腹腔镜经腹膜前疝修补术治疗老年腹股沟疝的效果及对患者胃肠功能、应激反应的影响 [J]. 大医生, 2025, 10(02):65-68.
- [2] 李健文, 乐飞, 薛佩. 提高腹腔镜腹股沟疝手术安全性和有效性的关键环节 [J]. 中国实用外科杂志, 2025, 45(01):84-88.

(上接第 4 页)

治疗十二指肠溃疡的常用药, 甲氰咪胍为组织胺 H_2 受体拮抗剂, 能减少基础酸分泌, 保护胃部组织, 但用药不良反应也较多, 例如皮疹、肾损害等, 故整体疗效尚存在一定争议; 兰索拉唑能使甲氰咪胍的治疗缺陷得到有效弥补, 此药为苯并咪唑衍生物, 能在短时间内进入到胃粘膜细胞壁, 并于酸性环境中转化成活性代谢物质, 并于机体内质子泵有效结合, 在充分抑制质子泵活性的前提下, 阻止胃酸分泌, 进而使胃粘膜得到有效保护。王云成^[4]研究表明, 兰索拉唑生物利用度高, 且具有高效性, 能使酸分泌被快速抑制, 外加其结构中包含三氟乙氧基, 因此还具备理化稳定性, 用药后, 能抑制胃壁细胞内的氢钾 ATP 酶, 使胃酸分泌量减少, 还可长期

抑制胃酸分泌, 延长其在体内的作用时间。

总之, 十二指肠溃疡患者临床治疗中采用兰索拉唑的整体疗效优于甲氰咪胍, 疗效可靠, 复发率低, 建议进一步普及。

参考文献

- [1] 蒋朝红, 杨燕, 徐霞. 泮托拉唑治疗十二指肠溃疡的临床疗效与护理观察 [J]. 中国农村卫生, 2023, 16(24):30-33.
- [2] 曾贵利, 李涛. 雷贝拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌相关十二指肠溃疡的临床疗效 [J]. 中外医疗, 2021, 40(08):147-149.
- [3] 陈松. 消化内科十二指肠溃疡临床治疗方法及效果分析 [J]. 中国现代药物应用, 2025, 19(02):22-24.
- [4] 王云成. 消化内科胃及十二指肠溃疡药物治疗分析 [J]. 中国民康医学, 2023, 35(15):36-37.

(上接第 5 页)

这会使患者的生活质量受到一定的影响, 因此对此应该进行相关的重视。为患者选择采用介入治疗进行干预的时候, 为防止心血管病情发生, 本文研究通过氯吡格雷进行干预所取得的效果, 结果显示氯吡格雷所取得的效果典型。氯吡格雷属于临床上一种常见的对血小板聚集抑制的药物, 它能够通过和血小板表面的二磷酸腺苷进行竞争, 进而发挥出作用, 可有效实现血小板聚集的阻碍作用。而且通过氯吡格雷的应用还能对患者体内的磷酸二酯酶活性进行控制, 同时使机体凝血功能产生严重影响, 所以药物具有良好的特性。通过本文的结果也能够证明氯吡格雷的良好价值。

综上所述, 通过氯吡格雷防御冠心病介入治疗而导致的心血管病便可发挥较好的治疗作用, 能够降低心血管不良事件的发生率, 还能帮助患者改善血栓素 B2 水平和血小板聚集率, 具有推广应用的价值。

参考文献

- [1] 赵洲锋. 氯吡格雷防御冠心病介入治疗致心血管病变的临床研究 [J]. 中国医学工程, 2023, 31(12):61-64.
- [2] 石永光. 探讨氯吡格雷预防冠心病介入治疗心血管的临床疗效 [J]. 中国医药指南, 2022, 20(08):178.
- [3] 刘亮明. 氯吡格雷预防冠心病介入治疗心血管不良事件的疗效分析 [J]. 心血管病防治知识 (学术版), 2024(12):29-30.