无张力疝修补术与传统疝修补术治疗腹股沟疝的临床疗效及复发率分析

郭福超(辽宁省大连市金州区第一人民医院普外一科 116100)

【摘要】 目的 分析无张力疝修补术(TFH)与传统疝修补术(TH)治疗腹股沟疝(IH)的临床疗效及复发率。
方法 将 2009 年 7 月至 2013 年 7 月入院治疗的 200 例 IH 患者采用数字表法随机分成两组。观察组采用 TFH, 对照组采用 TH。观察对比两组患者手术时间、住院时间、下床活动时间、使用止痛剂情况、复发率以及并发症发生率。
结果 观察组手术时间为(45.2±24.5)min、住院时间为(6.5±2.0)d、下床活动时间为(9.1±1.4)h, 术后疼痛评分为(3.5±0.9)分, 明显低于对照组的(80.3±30.4)min、(10.5±3.0)d、(71.5±8.7)h、(6.8±1.8)分。观察组使用止痛剂的为 8.00%(8/100)、并发尿潴留发生率为 5.00%(5/100)、复发率为 0.00%(0/100), 明显低于对照组的 42.00%(42/100)、27.00%(27/100)、11.00%(11/100), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。
结论 使用 TFH 治疗 IH 患者疗效明显, 值得临床推荐。

【关键词】 无张力疝修补术; 传统疝修补术; 腹股沟疝; 复发率

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)09-1242-02

腹股沟疝(IH)为常见的普外科疾病, 在我国的发病率达 2%, 在欧美国家的发病率为 1%~5%。IH 的发病率随着年龄增加而升高, 60 岁以上的老人中 IH 发病率可高达 1%~5%^[1]。一旦患有 IH, 若不及时治疗, 会导致疝块逐渐增大, 从而使得腹壁损伤加重影响患者的正常生活以及工作。除个别特殊情况, 均应及时进行手术治疗^[2]。由此可见, 寻找好的 IH 手术方式具有极为重要的意义。本院自 2009 年 7 月至 2013 年 7 月, 对入院治疗的 IH 患者采用无张力疝修补术(TFH)进行治疗, 取得了很好的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2009 年 7 月至 2013 年 7 月入院治疗的 200 例 IH 患者采用数字表法随机分成两组, 每组各 100 例。观察组中男 65 例, 女 35 例; 年龄 43~70 岁, 平均(56.1±7.5)岁; 92 例为单侧斜疝, 8 例为单侧直疝。对照组中男 66 例, 女 34 例; 年龄 45~69 岁, 平均(55.9±7.3)岁; 89 例为单侧斜疝, 11 例为单侧直疝。两组患者在性别、年龄以及病情等各方面资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 手术方法 对照组采用传统疝修补术(TH)进行手术。观察组采用 TFH 进行手术, 具体操作如下: 对患者采用硬膜外麻醉(EA), 手术过程中不对患者腹股沟进行广泛解剖, 只把疝囊高位进行游离使其行至腹膜, 将小疝囊以及外脂肪层直接收回入腹腔, 大疝囊则先横断后进行结扎(不进行高位结扎), 将艾瑞网塞置入疝环内, 将疝囊顶部和锥形充填物尖端进行缝合得以固定, 在纳回之后缝合好疝囊内的周围组织和充填物, 做好固定。使精索游离, 将补片置于其后方, 并与腹股沟韧带、联合肌腱以及耻骨结节缝合进行固定^[3]。

1.3 观察指标 观察对比两组患者手术时间、住院时间、下床活动时间、术后疼痛评分、使用止痛剂情况、复发率以及并发症发生率。对患者进行至少 1 年随访, 以观察其是否复发。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件对数据进行统计学分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不同术式所需相应时间及术后疼痛评分对比 见表

1, 观察组患者手术时间、住院时间、下床活动时间、术后疼痛评分, 明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组别不同治疗术式所需相应时间及术后疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	住院时间 (d)	下床活动 时间(h)	术后疼痛评分 (分)
观察组	100	45.2±24.5*	6.5±2.0*	9.1±1.4*	3.5±0.9*
对照组	100	80.3±30.4	10.5±3.0	71.5±8.7	6.8±1.8
<i>t</i>		8.990	11.094	70.813	16.398
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

注:与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组不同术式治疗后疗效对比 见表 2, 观察组患者使用止痛剂、并发尿潴留、复发率情况明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组不同治疗术式治疗后疗效对比[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	使用止痛剂	尿潴留	阴囊水肿	切口感染	复发率
观察组	100	8(8.00)*	5(5.00)*	0(0.00)*	0(0.00)*	0(0.00)*
对照组	100	42(42.00)	27(27.00)	1(1.00)	0(0.00)	11(11.00)
χ^2	—	30.827	18.006	1.005	—	11.640
<i>P</i>	—	0.000	0.000	0.316	—	0.001

注:与对照组相比, * $P < 0.05$; —表示无数据。

3 讨论

IH 指腹腔内的脏器经腹股沟缺损区往体表突出而形成的疝, 通俗称之为“疝气”。IH 传统的疝修补术是将疝囊进行高位结扎, 该术式经过长期的实践并不断得以完善, 已经成为治疗 IH 的经典术式, 但是此术式由于其高居不下的复发率一直困扰着人们。据武江^[4]报道, TH 的复发率达 2%~15%, 严重影响着患者的生活以及工作。因此, 寻找更好的 IH 治疗术式显得尤为重要。

本文研究显示, 观察组手术时间、住院时间、下床活动时间以及疼痛评分, 均明显低于对照组, 结果符合罗华^[5]的报道。由于 TH 是将缺陷组织进行高张力修补, 不符合人体生理解剖

情况,使得这些组织供血能力差从而导致患者感到明显不适;此外,该法还将联合肌腱缝和腹股沟韧带进行缝合,这既不是相同组织之间的缝合,也不是相同解剖层面的缝合,因此无法产生真实的愈合侧;且因为局部组织以及缝线的张力过高,容易导致组织撕裂以及缝线断裂,从而使腹壁再次缺损,这可能是 TH 复发率居高不下的主要原因^[6]。另外,TH 只加强了腹股沟管的前后壁,内环的修补不够,也是术后复发的原因之一。为了避免疝复发,患者在术后较长一段时间内无法进行体力劳动以及运动,严重影响了患者生活质量。而 TFH 是从生理以及生物力学的角度解决外科问题,更注重患者舒适感。由于手术并未进行大范围的组织解剖分离,复合材料的使用使得操作过程更简单,进而大大缩短手术时间^[7]。由于 TFH 无张力,患者不用担忧早期下床会造成修补部位撕裂,本文观察组术患者后 8~10 h 便可以下床活动。TFH 没有破坏患者解剖结构,加上组织分离少,尤其是不进行深部缝合,从而大大减轻了患者术后的疼痛感;TH 疼痛剧烈则是因为局部张力大导致患者有牵拉感。

作者对比两组并发症情况发现,对照组尿滞留的发生率明显高于观察组,结果与付超华^[8]报道相符,分析其原因可能是因为对照组患者长时间卧床以及疼痛所导致的;观察组复发率明显低于对照组,可能是因为 TFH 是使用人工材料对患者腹腔缺损进行永久修复,并在无张力的条件下进行缝合以及修补。人工材料不会引起患者的排斥反应,与组织相容性好,能与组织迅速黏合固定^[9],手术过程中对患者腹腔缺损进行填塞、充填疝环修补,其突入患者腹腔处能在一定程度上对抗并降低腹压,从而大大降低了复发率^[10]。

综上所述,THF 与 TH 相比更加符合人类生理解剖特点,有操作简便,恢复迅速,对患者的创伤小,造成的疼痛轻以及并发症少,术后复发概率低等优点,是很好的替代 TH 的术式,值

得临床推荐。

参考文献

- [1] 黄成宽. 充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝 38 例的体会[J]. 广西医学, 2010, 32(6): 758.
- [2] 肖立俊, 金秉巍, 常奇蒙, 等. 充填式无张力疝修补术及并发症防治[J]. 现代生物医学进展, 2011, 11(16): 3166-3168.
- [3] 卢进勇. 无张力疝修补术在腹股沟疝患者中的应用[J]. 辽宁医学院学报, 2011, 32(2): 142-143.
- [4] 武江. 传统疝修补术和无张力疝修补术的效果对比[J]. 中国药物与临床, 2012, 12(8): 1089-1091.
- [5] 罗华. 无张力疝修补术与传统疝修补术治疗腹股沟疝的疗效比较[J]. 中国基层医药, 2013, 20(5): 730-731.
- [6] 林福利. 疝环充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝 1226 例体会[J]. 临床外科杂志, 2012, 20(6): 442.
- [7] 张彬, 娄红, 刘松, 等. 中小医院无张力疝修补术和传统术式的术后生活质量的研究[J]. 医学与哲学, 2012, 33(14): 22-24.
- [8] 付超华. 关于腹股沟疝传统术式和无张力疝修补术的优缺点的比较[J]. 医学信息, 2013, 26(3): 279.
- [9] 李雅琴. 疝环充填式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝疗效比较[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(34): 3826-3827.
- [10] 谭波. 无张力疝修补术 1120 例的日间手术护理[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(11): 2673-2674.

(收稿日期: 2013-10-01 修回日期: 2013-12-10)

(上接第 1241 页)

3 讨论

食管支架是治疗食管瘘以及良恶性狭窄的一种姑息性疗法,可起到阻塞和支撑食管气管瘘管的作用^[5],改善营养增强患者体质,提高其生存质量,若不严格遵守选取和插入食管支架原则,术后不注意保护支架则可能会导致支架脱落。导致术后支架脱落的原因:病变以上留置支架过短导致摩擦力过小;支架内径过小导致植入后松动;选择支架的长度不够;支架下缘在残胃内或胃内失去着力点;患者术后出现剧烈咳嗽,或没有按照医嘱进食;患者自身病变性质、位置较特殊;狭窄有所好转致使支架移位;肿瘤侧向性发展导致支架贴壁效果不好;放疗后肿瘤迅速缩小引发支架移位^[6-7]。

本研究中治疗组支架脱落的发生率(13.9%)明显低于对照组(30.6%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明对食管支架置入方法改进后能明显降低支架脱落的发生率。

综上所述,导致术后食管支架脱落的原因有材料自身原因、操作技术原因、患者自身问题等。所以,在临床实际工作中要根据患者自身情况制订治疗和置管方案,要选取足够长的支架,以延长肿瘤生长食管的再次狭窄时间,置于吻合口瘘上的支架的上缘要超出瘘口,以防脱落的液体及食物导致患呛咳,另外,选择支架时要观察支架的内径,要贴壁良好,术后嘱咐患

者及家属要注意保护支架,以防脱落,最大限度降低并发症的发生率,达到提高患者生命质量的目的^[8]。

参考文献

- [1] 彭琳, 赵忠文, 刘晓林, 等. 78 例食管癌围手术期护理管理体会[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(7): 651-652.
- [2] 宋磊, 王峰, 纪东华, 等. 脱落覆膜食管支架自行排出一例[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17(4): 303.
- [3] 徐华秀. 食管支架置入术后并发症的观察和护理[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(19): 69-70.
- [4] 陈群清, 童健, 张福伟, 等. 食管支架置入失败后再植入技术探讨[J]. 南方医科大学学报, 2012, 32(10): 1525-1527.
- [5] 戴树全, 蒋俊, 谭晏林, 等. 食管支架置入术并发症原因分析和临床防治措施[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14(35): 167-168.
- [6] 张勇, 张铭. 食管支架植入术后移位 25 例原因分析和预防[J]. 中国医药指南, 2012, 10(26): 117-118.
- [7] 朱逸明, 赵建新. 食管支架置入术后并发症的分析与处理[J]. 临床医学, 2012, 32(11): 16-17.

(收稿日期: 2013-11-18 修回日期: 2013-12-28)