

腹腔镜腹膜前疝修补和全腹膜外疝修补术治疗腹股沟疝的 优劣比较

阿不都艾尼

(新疆木垒哈萨克自治县人民医院 新疆 昌吉 831900)

摘要:目的:观察腹腔镜腹膜前疝修补和全腹膜外疝修补术治疗腹股沟疝的效果。方法:以2021年2月~2022年6月我院就诊的68例腹股沟疝患者为调研目标,按照几率抽样法分为对照组与观察组,各34例。治疗方案分别为腹腔镜腹膜前疝修补术治疗、腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗,最终对两组临床效果进行评估。结果:观察组临床指标、术后疼痛情况、血清应激指标均优于对照组($P<0.05$);两组患者并发症及复发情况差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:将腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗应用于腹股沟疝患者治疗中,有助于降低患者术后血清应激水平,减少患者并发症产生和术后疼痛感,加快患者出院时间。

关键词:腹腔镜腹膜前疝修补术;腹腔镜全腹膜外疝修补术;腹股沟疝

腹股沟疝属于常见外科疾病,是指腹股沟部位存在突出的外部肿块。该病多发于成年群体,尤其是成年男性发病率更高^[1]。随着患者病程的延长,肿块往往随着缺损的扩大而增大。个别患者囊肿可能跌入阴囊,导致腹胀和腹痛等胃肠道症状。如果患者不及时治疗,就会出现肠粘连或肠梗阻的症状。临床通常会利用腹腔镜腹膜前疝修补术进行治疗,该治疗方法虽对腹股沟疝疗效相对较好,然其效用并未达到最佳状态。因此,为提升患者临床治疗质量,医院医生积极开展对疝治疗研究后发现,腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗可使疗效更加显著、安全性更高,且术后疼痛程度极低^[2]。为分析腹腔镜腹膜前疝修补和全腹膜外疝修补术治疗腹股沟疝的效果,现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2021年2月~2022年6月我院就诊的68例腹股沟疝患者为调研目标,按照几率抽样法分为对照组与观察组,各34例。纳入标准:①自愿参加;②不存在精神异常,可以正常交流;③无腹股沟疝治疗史。排除标准:①严重脏器损害疾病;②癌症晚期;③近期做过腹部手术。两组患者资料进行比较,存在可分析性($P>0.05$)。一般资料如表1。

表1 一般资料对比 [n(%)]

类别	条目	观察组 (n=34)	对照组 (n=34)
性别	男	29 (85.29)	28 (82.35)
	女	5 (14.71)	6 (17.65)
年龄	30岁及以下	5 (14.71)	3 (8.82)
	31~50岁	11 (32.35)	12 (35.29)
	51岁及以上	18 (52.94)	19 (55.88)
疝类型	直疝	23 (67.65)	25 (73.53)
	斜疝	11 (32.35)	9 (26.47)
疝部位	单侧	33 (97.06)	32 (94.12)
	双侧	1 (2.94)	2 (5.88)

1.2 方法

对照组实施腹腔镜腹膜前疝修补术治疗,患者上肢静脉开放,全麻,气管插管,约束固定。将负极板贴在患者大腿上,从双乳头水平向下至大腿三分之一进行消毒,包括脐部和会阴消毒,消毒三

表2 临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	下地活动时间 (h)	肠功能恢复时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	34	73.36 ± 6.88	13.28 ± 3.46	19.02 ± 4.73	6.69 ± 2.17
观察组	34	66.49 ± 6.45	8.09 ± 2.03	16.21 ± 4.52	4.86 ± 1.60
t		3.027	8.154	2.641	3.976
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 术后疼痛情况

观察组术后疼痛情况低于对照组($P<0.05$)。如表3。

次。在患者脐部置入10mm穿刺套管,将其最为观察孔,使形成气压保持在13mmHg。在腹直肌外侧平脐水平和对侧腹直肌外侧脐下水平放置5mm、12mm的穿刺套管,形成辅助孔和主手术孔^[3]。将患者头低脚高,放置镜片,确定腹股沟疝的位置,从内环口上方弧形切开壁腹膜,进入腹膜前间隙,向下分离壁腹膜,游离疝囊,精索“壁化”。完全止血后,测量分离面积,切割并平整合适的补片,并持续缝合腹膜。检查仪器数量正确后,取出气腹并关闭穿刺孔。

观察组实施腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗,同对照组全麻、消毒步骤一致。经脐下10mm切开腹白线,分离腹直肌后,于腹膜前间隙置入5mm穿刺套管^[4],建立气腹,使形成气压保持在13mmHg。置入腹腔镜后,将镜头聚焦于耻骨联合位置,通过直接推镜法于腹直肌后鞘内,对腹膜前间隙进行隧道式分离。在腹直肌外侧经脐孔下水平处和脐孔与耻骨相连正上方1/3处各放置5mm穿刺套管。然后在腹腔镜下对疝囊进行分离,其中直疝与内环口直径>3cm的斜疝需先结扎疝囊,再进行横断操作。取合适大小的补片对肌耻骨孔进行平铺覆盖。最后撤除气腹,并确认补片无异样后撤除腹腔镜,缝合手术切口。并对上述所有患者进行术后定期随访,以评估手术效果。

1.3 观察指标

1.3.1 观察两组临床指标,包括手术时间、下地活动时间、肠功能恢复时间、住院时间。

1.3.2 观察两组术后疼痛情况,以VAS量表进行评估,分值越高代表越疼痛。

1.3.3 观察两组血清应激指标,以酶联免疫吸附法检测血清C反应蛋白和β-内啡肽水平。

1.3.4 观察两组并发症及复发情况,其中并发症包括切口感染、皮下血肿、尿潴留。

1.4 统计学分析

统计学SPSS24.0软件,以卡方形式对比(%)率计量资料,以t形式对比(均数±标准差)计数资料,结果有显著差异($P<0.05$)。

2 结果

2.1 临床指标

观察组临床指标低于对照组($P<0.05$)。如表2。

表 3 术后疼痛情况对比 [($\bar{x} \pm s$); 分]

组别	例数	术前	术后 6h	术后 24h	术后 7d	术后 1 个月
对照组	34	2.13 ± 0.51	5.13 ± 1.42	5.02 ± 1.16	4.25 ± 1.50	2.98 ± 0.67
观察组	34	2.19 ± 0.42	4.58 ± 0.81	4.26 ± 1.23	3.21 ± 1.14	2.16 ± 0.58
t		0.139	2.270	2.256	2.791	2.614
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 血清应激指标

观察组术后血清应激指标低于对照组 (P<0.05)。如表 4。

表 4 血清应激指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血清 C 反应蛋白 (mg/L)				β-内啡肽 (pg/mL)			
		术前	术后 1d	术后 3d	术后 7d	术前	术后 1d	术后 3d	术后 7d
对照组	34	2.68 ± 0.36	13.85 ± 3.61	18.17 ± 3.80	9.10 ± 1.23	32.85 ± 3.37	56.85 ± 5.63	78.02 ± 9.34	60.12 ± 8.84
观察组	34	2.77 ± 0.41	11.34 ± 3.15	15.41 ± 3.02	7.08 ± 1.12	33.05 ± 3.43	49.62 ± 4.71	61.09 ± 8.83	45.11 ± 6.76
t		0.671	4.183	5.324	7.029	0.852	7.316	9.237	11.065
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 并发症及复发情况

两组并发症及复发情况差异无统计学意义 (P>0.05)。如表 5。

表 5 并发症及复发情况对比 [n(%)]

组别	切口感染	皮下血肿	尿潴留	复发
对照组 (n=34)	2 (5.88)	2 (5.88)	1 (2.94)	1 (2.94)
观察组 (n=34)	0 (0.00)	1 (2.94)	1 (2.94)	0 (0.00)
χ ²	0.267	0.528	0.349	0.872
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

腹股沟疝是一种常见病,在 18 岁以上的成年人中更为常见。一般来说,患者初期症状较轻,仅在站立或增加腹部压力时,肿块才会凸显,当患者平躺时,肿块可能会自行消失。随着病情发展症状逐渐加重,肿块需要用手按压才能消失。当患者的腹压急剧增加时,会导致不同程度的嵌顿,处理工作做得不好,还会导致绞窄或肠坏死,最终提高死亡率。有学者研究表明^[5],修复耻骨肌孔是治疗腹股沟疝的关键所在,而及时进行腹腔镜腹股沟疝修补术治疗可以明显缓解腹股沟疝症状,并且不同类型的腹腔镜腹股沟疝修补术治疗腹股沟疝的治疗效果存在明显区别。

腹腔镜腹膜前疝修补术治疗通过切开腹膜直达腹腔间隙^[6],可于腹腔镜下对局部解剖结构进行细致观察,便于找出隐藏极深的疝;同时该治疗方式术中视野开阔、可实操范围广,有助于修复补片,但腹腔镜腹膜前疝修补术需在腹腔内实施前腹膜剥离操作,存在腹内创伤风险。而腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗不需要对腹膜切开处理^[7],且不用侵入腹腔,只需于腹膜前间隙顺利实施补片植入操作即可;对治疗患病时间短、疝囊体积较小或直疝类患者的效果更加显著,预后效果极佳。一些医学报道发现^[8],腹股沟疝患者耻骨肌孔异常,而腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗能够根据患者自身机体结构进行腹横筋膜的重建,将患者薄弱区域进行修复,减少患者再次患病的几率。本次实验可以看出对于观察组在给予腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗后,腹股沟疝患者临床指标有所改善,且优于对照组,表现为观察组患者的手术时间、下地活动时间、肠功能恢复时间、住院时间更少;通过此研究发现,两组并发症及复发情况差异无显著差异;观察组和对照组相比,观察组患者的术后疼痛情况、术后血清 C 反应蛋白及 β-内啡肽水平更低,结果说明腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗具有更轻的急性疼痛反应,也是观察组患者术后

下地活动时间更早的重要因素。与赵长海、任秀敏、杨晓丹^[9]等人的研究结果一致 (P<0.05)。

综上所述,腹腔镜全腹膜外疝修补术治疗较之腹腔镜腹膜前疝修补术治疗更具优势,能够更好地帮助腹股沟疝患者康复,值得推广应用。

参考文献:

- [1]李春雷,王泉兴,翁剑青,等. 腹腔镜完全腹膜外疝修补术与腹腔镜经腹膜前疝修补术对单纯性腹股沟疝患者腹股沟疼痛、性功能和生活质量的影响比较[J]. 中国当代医药,2022,29(12):62-65.
- [2]何苗,曾心雨,刘杰锋. 腹腔镜腹膜前疝修补和全腹膜外疝修补术治疗腹股沟疝的优劣比较[J]. 中国现代手术学杂志,2020,24(1):71-75.
- [3]汪光海,冯满豪. 分析腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术、经腹腔镜腹膜前修补术及局麻下开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(16):141-142.
- [4]郭洪春,李传圣,薛涛. 腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术与经正中切口腹膜前腹股沟疝修补术的疗效比较[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(27):51-53.
- [5]李涛,廖玉华,阳瑾,等. 完全腹膜外腹腔镜疝修补术与腹腔镜经腹膜前疝修补术治疗腹股沟疝气的疗效对比[J]. 临床普外科电子杂志,2021,9(4):53-58.
- [6]金宇,缪金透,郑胜利,等. 腹腔镜全腹膜外疝修补术与经腹膜前修补术治疗老年腹股沟疝的疗效比较[J]. 浙江临床医学,2020,22(9):1326-1328,1330.
- [7]涂春明,董庆申,柳建奎. 腹腔镜完全腹膜外疝修补术、腹腔镜经腹膜前疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的效果比较[J]. 中国当代医药,2021,28(19):25-29.
- [8]叶超荣. 腹腔镜经腹膜前疝修补术与完全腹膜外疝修补术治疗双侧腹股沟疝疗效及对术后远期复发率影响分析[J]. 中国现代药物应用,2020,14(19):74-76.
- [9]赵长海,任秀敏,杨晓丹,等. 腹腔镜经腹膜前疝修补术与完全腹膜外疝修补术治疗成人腹股沟疝的效果比较[J]. 中国民康医学,2020,32(11):129-131.