

腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术与开放式无张力腹股沟疝修补术在成人腹股沟疝治疗中的临床效果分析

孙勇

(贵州省望谟县人民医院普外科 552300)

摘要:目的:手术治疗腹股沟疝成人患者中开放式无张力腹股沟疝修补手术、腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补手术的疗效及安全性探讨。方法:研究从2019年01月-2022年12月阶段收取的腹股沟疝成人患者中选择80例为对象,以随机抽签法行分组讨论,即行开放式无张力腹股沟疝修补手术的40例患者设为对照组,行腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补手术的40例患者设为试验组,比较分析组间临床指标、发生并发症情况、疼痛症状缓解情况。结果:试验组术后排便恢复时间、术后下床恢复时间及住院天数均优于对照组,医疗费用高于对照组,统计学差异存在, $P < 0.05$;试验组术后并发症总发生率小于对照组,统计学差异存在, $P < 0.05$;试验组手术后第1天、手术后第2天、手术后第3天的疼痛评分比对照组低,统计学差异存在, $P < 0.05$ 。结论:腹股沟疝成人患者行手术治疗时,可采取开放式无张力腹股沟疝修补术或腹腔镜下腹股沟疝修补术,均能够取得较理想的治疗效果,但是,腹腔镜下腹股沟疝修补术常规有经腹腔腹膜前腹股沟疝修补术和全腹膜外腹股沟疝修补术两种,本次试验组使用了腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术,观察综合治疗效果发现,该术式切口小、美观,避免了由于切口所致的组织、神经损伤,术中空间大、视野清,解剖标志明显,对于治疗双侧疝、复合疝、复发疝更具有优势,术后复发、切口感染、尿潴留、阴囊血肿、腹股沟区异物不适感发生率低,术后疼痛轻,疼痛缓解快,康复时间短,但存在医疗费用高特点,综合考量腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术更具优势。

关键词: 并发症;腹股沟疝;疝修补术;开放式;腹腔镜

普外科患者,腹股沟疝成人患者占比高,腹股沟处即病灶所在处,统计分析既往数据发现,腹股沟疝疾病的发生率介于0.1%至0.5%范围^[1]。手术是治疗腹股沟疝成人患者的常用措施。开放式无张力疝修补术为常规手术疗法,腹股沟疝成人患者运用该术式之后可以取得疗效,但该术式有创伤大,并发症发生率高等不良后果^[2]。近几年,医学技术进步迅速,认识腹股沟解剖结构、生理机能及疝病发病机制的水平提升,促使手术方案进一步完善。腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术即于该背景下诞生,为微创术式一种,其优势即微创、术后身体康复迅速,并发症少等^[3]。笔者以为,相较于开放式无张力腹股沟疝修补术,腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术的治疗效果更理想,这与其切口小、美观;避免了由于切口所致的组织、神经损伤;对于治疗双侧疝和复合疝不需增加切口,复发疝不经原入路,更具有优势;术后复发、切口感染、尿潴留、阴囊血肿、腹股沟区异物不适感发生率低,术后疼痛轻,疼痛缓解快,康复时间短,基于此,本院在2019年01月到2022年12月间抽选80例腹股沟疝成人患者展开研究,讨论评价腹股沟疝成人患者应用开放式无张力疝修补术、腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术的治疗效果。现总结此次研究的详细内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时段即2019.01-2022.12,共纳入80例在我院行手术方案的腹股沟疝成人患者,随机抽签法分组,对照组、试验组,各由40例患者组成。其中,对照组采取开放式无张力疝修补术,该组包括26例男、14例女,年龄介于39至74岁范围, (43.19 ± 3.36) 岁为平均值;试验组采取腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术,该组男患者有25例,女患者有15例,年龄介于40至76岁范围, (43.28 ± 3.34) 岁为平均值。比较分析组间临床资料,结果显示 $P > 0.05$,差异不明显,有比较性。

抽选要求:(1)临床检查后可以确定,入选患者病情均与《成人腹股沟疝诊断和治疗指南(2018年版)》^[4]中记录的诊断标准相符;(2)神志清醒,无认知障碍;(3)临床资料齐全。

筛选要求:(1)既往有下腹部手术史;(2)嵌顿疝、难复性疝、滑动性疝;(3)妊娠期女性;(4)精神障碍、心理疾病;(5)凝血异常;(6)有手术禁忌;(7)严重内科疾病的不能耐受全麻;(8)中途退出或转院。

1.2 方法

对照组和试验组均采用手术疗法,分别使用的术式是开放式无张力腹股沟疝修补术及腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术。

开放式无张力腹股沟疝修补术:术中采取硬膜外麻醉,手术切口选择腹股沟韧带上方2cm处从腹股沟韧带中点开始约向外斜至耻骨结节上方,与腹股沟韧带平行,长约5cm,切开皮肤、皮下、打开腹外斜肌腱膜并游离,探查并明确疝囊所在部位,明确是直疝或斜疝,直疝需完全游离疝囊至颈部高位结扎,斜疝可完全游离疝囊至颈部高位结扎,但若疝囊体积大,也可以横断方式处置疝囊,而后实施高位结扎,修剪补片,平片修补是将补片放置在腹外斜肌腱膜与腹横筋膜之间精索后方,女性患者可放置在子宫圆韧带后方或者切除子宫圆韧带,平片放置在腹外斜肌腱膜与腹横筋膜之间,填充式修补是将网塞置于内环口内,上方加平片,开放式腹膜前疝修补,在腹膜前间隙放置圆形平片,上方加平片,平片固定于腹股沟韧带及联合腱、耻骨膜处,而后行砂带加压24h处置。

腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术:气管插管全麻,留置尿管,足高头低的仰卧位,脐部下缘作一纵形切口大小约10mm,切开皮肤、皮下、腹直肌前鞘,钝性拉开腹直肌,置入10mm Trocar,建立人工气腹,压力控制在12-15mmHg(1mmHg=0.133kPa),置入腹腔镜,用腹腔镜镜头在后鞘前方直视下钝性推剥分离腹膜前间隙,直至耻骨联合,然后在脐至耻骨联合连线上中上1/3和中下1/3处各作一5mm纵行切口,在腹腔镜直视下分别置入5mm Trocar,置入无损伤分离钳和电钩,依序锐性分离腹膜前Bogros、Retzius间隙,暴露精索或子宫圆韧带、疝囊、耻骨结节、髂耻束、耻骨联合,明确疝的部位,直疝需将疝囊和腹膜前脂肪组织完全从直疝三角中游离出来,套扎线行疝囊高位结扎,斜疝可以完全游离,但若疝囊较大进入阴囊时,可完全游离疝囊,但术后容易并发阴囊血肿,也可以游离疝囊颈部,将疝囊颈双重结扎,用电钩横断疝囊。斜疝和直疝均要充分游离腹膜前间隙,上至弓状下缘上2cm,下至Cooper韧带,内至腹直肌外侧缘和耻骨联合,外至髂前上棘,行腹壁化精索处理,检查无活动性出血,取10×15cm矩形补片经脐孔Trocar置入,展平补片,确保其将耻骨肌孔部位完全覆盖,内侧过中线,外侧到髂前上棘水平腰大肌表面,下方进入Retzius间隙过耻骨梳韧带和耻骨结节,将疝囊置于补片上方,平铺补片、固定。排气退镜,逐层关腹,术后沙袋局部压迫12h。

1.3 观察指标

(1)二组临床指标比较:记录术后下床恢复用时、术后恢复

排便用时、住院天数及医疗费用。

(2) 二组术后并发症发生率比较：统计术后出现切口感染、尿潴留、阴囊血肿、腹股沟区异物不适感、复发等并发症情况，总发生率即切口感染患者数、尿潴留患者数、阴囊血肿患者数、腹股沟区异物不适感患者数、复发患者数总和在总病例数中的占比。

(3) 三组术后疼痛症状缓解情况比较：应用 VAS 疼痛模拟测评表对二组手术后第 1 天时、手术后第 2 天时、手术后第 3 天时的疼痛进行测评，评估结果显示 0 分，表明无疼痛症状，评估得分介于 1 至 3 分，表明疼痛症状较轻，评估得分介于 4 至 6 分，表明有中度疼痛症状，评估得分介于 7 至 10 分，表明疼痛症状严重。

1.4 统计学分析

数据统计方法选择 20.0 版本 SPSS 软件，采取 $(\bar{x} \pm s)$ 和 $(n\%)$ 表述计量与计数资料，采取 t 与 χ^2 验证计量资料、计数资料， $P < 0.05$ 为差异有统计学研究意义的评价标准。

2 结果

2.1 临床指标统计与比较

对比组术后恢复排便及恢复下床活动时间、住院天数较多，医疗费用不高，和试验组相比 $P < 0.05$ 。具体可见下表 (1)。

表 1. 临床指标统计与比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	恢复排便 (h)	恢复下床 (h)	住院天数 (d)	医疗费用 (元)
对比组	40	32.64 ± 8.39	20.95 ± 9.73	4.15 ± 1.27	6023.42 ± 208.94
试验组	40	28.14 ± 3.92	15.39 ± 3.26	2.69 ± 0.75	7010.76 ± 580.73
t	-	3.0732	3.4268	6.2605	10.1178
P	-	0.0029	0.0010	0.0000	0.0000

2.2 并发症发生率比较

对比组术后总并发症发生率高于试验组，二组相比 $P < 0.05$ 。具体可见下表 (2)。

表 2. 并发症发生率比较 (n%)

组别	例数	复发	切口感染	尿潴留	阴囊血肿	腹股沟区异物不适感	总发生率
对比组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	6 (15.00)	10 (25.00)
试验组	40	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
χ^2	-	-	-	-	-	-	11.4286
P	-	-	-	-	-	-	0.0007

2.3 疼痛缓解情况比较

对比组手术后第 1 天、手术后第 2 天、手术后第 3 天后的疼痛症状评分得分高于试验组，二组相比 $P < 0.05$ 。具体可见下表 (3)。

表 3. 疼痛缓解情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	手术后 1 天	手术后 2 天	手术后 3 天
对比组	40	5.02 ± 0.93	4.13 ± 1.08	3.18 ± 1.14
试验组	40	4.26 ± 0.84	3.52 ± 0.96	2.17 ± 0.81
t	-	3.8355	2.6698	4.5677
P	-	0.0003	0.0092	0.0000

3 讨论

人体腹内压异常上升，致使人体器官组织于腹股沟膨出继而诱发的疾病即腹股沟疝，若不加以及时治疗，会引起慢性疼痛，若出现疝嵌顿，会引起肠梗阻、肠坏死等多种并发症^[9]。研究调查发现，该病病因包括疾病、年龄过高腹壁薄、先天发育不良等，临床常以外科手术方案对患者实施治疗，即根据腹股沟生理、解剖方面的结构特点予以完善修补的疗法，效果显著^[9]。截止目前，可采用的疝

修补术有多种，包括开放式平片无张力腹股沟疝修补术、填充式无张力腹股沟疝修补术、腹膜前间隙无张力腹股沟疝修补术，腹腔镜疝修补术常规有腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术 (TEP)、腹腔镜经腹股沟腹膜前腹股沟疝修补术 (TAPP)，术式不同，取得的临床疗效存在差异。

既往使用的术式即开放式无张力腹股沟疝修补术，该术式的临床优势是操作方便、复发率低、术后恢复良好等，相比常规疝手术方案，该术式的麻醉风险很低，拓宽了术式适应症，在基层医疗机构中的应用较广泛。然而，此手术疗法的局限性明显，且术后切口感染、慢性疼痛、阴囊血肿、尿潴留、腹股沟区异物不适感等并发症发生率提升^[7-9]。腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术为微创手术之一，微创手术是医疗科学技术水平快速发展的产物，随着腹腔镜技术的逐渐完善，且普及了人工补片后，腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术在临床上得到广泛宣传，且其疗效得到广大医师及患者的认可，对原因展开调查可知，该术式有多种临床优势，包括创伤小、康复速度快、术后发生并发症可能性低等^[9-10]。研究发现，试验组采取腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术后，其临床指标较对比组优，并发病较对比组少，疼痛缓解效果优于对比组，住院时间短于对比组，差异存在统计学研究意义，提示腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术、开放式无张力腹股沟疝修补术的临床治疗效果均较理想。通过此次研究数据，笔者认为腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术的临床推广价值很高，有实践意义，应该予以广泛推荐与宣传，该术式既可以保障腹股沟疝患者得到理想治疗，还有助于改善预后效果，减少手术操作带给患者的损伤。但需要注意的是，该术式带给患者的经济压力稍增大，因此临床中应与患者及家属做好沟通，依据患者实际病情与条件进行选择。

综上，临床医师为腹股沟疝成人患者实施治疗时，可首选腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术，具有切口小、美观，避免了由于切口所致的组织、神经损伤，术后复发、切口感染、尿潴留、阴囊血肿、腹股沟区异物不适感等发生率低，术后疼痛轻，疼痛缓解快，康复时间短等优点，另外，对于治疗双侧疝和复合疝不需增加切口、复发疝不经原入路，更具有优势。

参考文献：

[1]姚平. 腹腔镜完全腹膜外腹股沟疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床效果[J]. 中国现代药物应用,2019,13(24):33-34.
 [2]周锦荣. 腹股沟疝患者分别采用腹腔镜手术以及开放式无张力修补术治疗的临床效果[J]. 医药前沿,2020,10(29):134-135.
 [3]谢健,方忠荣,黄楚忠,等. 腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术在成人腹股沟疝中的应用价值分析[J]. 现代诊断与治疗,2019,30(16):2835-2836.
 [4]中华医学会外科学分会疝与腹壁外科学组,中国医师协会外科医师分会疝和腹壁外科医师委员会. 成人腹股沟疝诊断和治疗指南(2018 年版)[J]. 中华胃肠外科杂志,2018,21(7):721-724.
 [5]田瑞雪,邹永红. 三种成人腹股沟疝修补术手术并发症比较及其影响因素分析[J]. 医学临床研究,2021,38(9):1385-1388.
 [6]李雷雷. 开放式手术与腹腔镜手术治疗腹股沟疝的对比研究[J]. 中国实用医药,2019,14(35):60-61.
 [7]甘小海,杨芯,曾宪明. 腹腔镜疝修补与开放式手术治疗老年腹股沟疝的疗效对比[J]. 临床医学工程,2020,27(3):263-264.
 [8]吴纯东,王义松,袁青,等. 腹腔镜全腹膜外疝修补术与开放腹膜前无张力修补术在腹股沟疝中的应用效果比较[J]. 医药前沿,2020,10(12):129-130.
 [9]乔艳丽. 腹腔镜、开放式手术治疗成人单侧初发腹股沟疝的疗效比较[J]. 中国实用医药,2019,14(29):25-26.
 [10]徐继宗,张弦,张帅,等. 腹腔镜全腹膜外疝修补术与开放腹膜前无张力修补术在双侧腹股沟疝中的应用对比[J]. 中华普通外科文献(电子版),2019,13(4):318-320.