

# 老年复发性腹股沟疝无张力修补术 40 例

李 莉, 张 建, 马 剑, 刘亚飞

**摘要 目的:**探讨疝环充填式无张力疝修补术治疗老年复发性腹股沟疝的临床价值及安全性。**方法:**选择老年复发性腹股沟疝患者 80 例, 采用前瞻性研究的方法随机分为观察组与对照组各 40 例。对照组采取传统疝修补术治疗, 观察组采用疝环充填式无张力疝修补术治疗, 比较两组手术效果、术后并发症及复发率。**结果:**观察组术中出血量明显少于对照组 [ $(20.1 \pm 3.1)$  mL vs  $(34.6 \pm 5.1)$  mL,  $t=15.232$ ,  $P<0.05$ ], 下床活动时间 [ $(4.3 \pm 0.8)$  h vs  $(9.3 \pm 1.3)$  h]、平均住院天数 [ $(5.5 \pm 0.8)$  d vs  $(7.6 \pm 1.2)$  d] 均明显短于对照组 ( $P<0.05$ ); 术后并发症发生率低于对照组 (10.0% vs 32.5%,  $t=6.050$ ,  $P<0.05$ )。**结论:**无张力疝修补术有助于减少术中出血量, 缓解疼痛程度, 促进术后康复, 降低术后并发症及复发风险。

**关键词:**老年; 复发性腹股沟疝; 无张力疝修补术

**中图分类号:** R656.2<sup>+</sup>1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)01-0090-03

**doi:** 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.01.021

腹股沟疝是外科常见疾病, 好发于婴幼儿及中老年男性, 尤其是老年男性。临床治疗以手术修补术为治疗的主要手段, 以往多采取传统疝修补术, 效果肯定, 但术后易遗留局部疼痛、阴囊水肿等并发症, 且需长时间卧床, 易复发<sup>[1]</sup>。随着外科手术技术的不断完善, 无张力疝修补术是近年来逐渐开展并广泛应用的新技术, 手术效果获得临床肯定<sup>[2-3]</sup>。本文采取随机对照研究的方法, 选择 2014 年 7 月—2017 年 9 月我院收治的老年复发性腹股沟疝患者 80 例, 比较研究无张力疝修补术与传统疝修补术的有效性与安全性。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 本组共 80 例, 均符合复发性腹股沟疝诊断标准。排除严重心肝肾功能不全者。经医院伦理委员批准, 患者或家属均签署知情同意书。女 2 例, 男 78 例。年龄 60~86 岁, 平均  $(69.7 \pm 6.7)$  岁。腹股沟斜疝 68 例, 直疝 10 例, 滑疝 2 例。复发时间为术后 1~7 年, 平均  $(3.4 \pm 0.6)$  年。合并慢性阻塞性肺病 1 例, 糖尿病 1 例, 冠心病 17 例, 高血压 25 例, 前列腺增生 4 例, 脑梗塞 3 例。采用前瞻性研究的方法, 采用随机数字表法进行随机分组, 分为观察组与对照组各 40 例, 两组性别、平均年龄比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

**1.2 手术方法** 均采用硬膜外麻醉。观察组采取

疝环充填式无张力疝修补术, 手术材料为巴德聚丙烯补片 (美国巴德公司)。在原切口处作 5~8 cm 切口, 切除原疤痕, 下端切口至耻骨结节。游离精索, 判断上次手术方式。切开腹外斜肌膜, 仔细分离精索与疝囊, 观察疝囊突出部位, 探查疝环口。疝囊较大者, 先于疝囊颈部 3.5~4.0 cm 处横断疝囊, 高位分离疝囊并将其缝合。疝囊较小者, 不切开疝囊, 斜疝可直接推入内环口, 直疝则直接推入疝三角, 将疝囊经疝环口纳入腹腔。将巴德补片的网塞填入疝环内缺损处, 缝合 5~8 针固定。充分止血, 于腹股沟管后壁精索后面填入成型网片, 使精索或圆韧带通过补片缺损处, 补片缝合固定。对照组均采用传统疝修补术, 手术入路同观察组。

**1.3 观察指标** 观察两组手术时间、术中出血量、下床活动时间、平均住院天数以及术后并发症发生情况。并发症包括术后疼痛、低热、阴囊水肿、尿潴留等。随访 1 年, 观察复发率。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS21.0 软件进行统计学分析, 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用  $t$  检验, 计数资料以  $(n, \%)$  表示, 采用卡方检验, 均采用双侧检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 手术效果** 患者手术时间、术中出血量、下床活动时间和平均住院天数均进行了正态性检验, 资料符合正态性。两组手术时间比较, 差异无统计学差异 ( $P>0.05$ )。观察组术中出血量明显少于对照组, 下床活动时间、平均住院天数均明显短于对照组 ( $P<0.01$ )。见表 1。

表 1 两组老年复发性腹股沟疝患者手术效果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

|          | <i>n</i> | 手术时间 (min) | 术中出血量 (mL) | 下床活动时间 (h) | 平均住院天数 (d) |
|----------|----------|------------|------------|------------|------------|
| 观察组      | 40       | 34.6 ± 6.7 | 20.1 ± 3.1 | 4.3 ± 0.8  | 5.5 ± 0.8  |
| 对照组      | 40       | 33.2 ± 6.2 | 34.6 ± 5.1 | 9.3 ± 1.3  | 7.6 ± 1.2  |
| <i>t</i> |          | 0.983      | 15.232     | 20.996     | 9.176      |
| <i>P</i> |          | 0.095      | 0.000      | 0.000      | 0.000      |

2.2 并发症 观察组术后并发症明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 (*n*, %)

|          | <i>n</i> | 术后疼痛     | 术后低热    | 阴囊水肿    | 尿潴留      | 合计       |
|----------|----------|----------|---------|---------|----------|----------|
| 观察组      | 40       | 1(2.50)  | 1(2.50) | 0(0.00) | 2(5.00)  | 4(10.0)  |
| 对照组      | 40       | 5(12.50) | 1(2.50) | 3(7.50) | 4(10.00) | 13(32.5) |
| $\chi^2$ |          |          |         |         |          | 6.050    |
| <i>P</i> |          |          |         |         |          | 0.010    |

2.3 复发情况 随访 1 年, 观察组无复发, 对照组复发 2 例。

### 3 讨论

我国老年人腹股沟疝的发病率高达 22~35%<sup>[4]</sup>。传统疝修补术治疗腹股沟疝已有多年历史, 修补效果肯定, 但术后易复发, 导致手术失败。相关研究认为, 老年人腹壁软组织逐渐松弛, 而老年人多合并有慢性阻塞性肺病、冠心病、前列腺肥大等慢性疾病, 导致愈合能力下降。再加上手术带来的创伤以及切口瘢痕的形成, 使得腹股沟后壁多形成较大的缺损, 缺损周围薄弱, 缺少弹性好的强健组织以资修补<sup>[5]</sup>。故而如何成功治疗复发疝, 手术补片的选择极为关键。

无张力疝修补术首先使用巴德充填物及网片充填疝环缺损处, 在加强疝环的同时也有效缓冲了腹压, 再放置能够承受较大压力的聚丙烯补片并缝合固定, 使得腹股沟后壁得到永久加强和巩固, 具有符合力学原理及解剖结构的优势, 术后复发率大为降低<sup>[6-7]</sup>。王秀彬<sup>[8]</sup> 研究报道, 采用疝环充填式无张力修补术可减少术中出血量, 缓解疼痛程度、缩短住院时间。李荣生<sup>[9]</sup> 则报道, 疝环充填式无张力修补术可减少中老年腹股沟疝患者术后并发症、复发率。本文通过比较手术相关指标、并发症、复发率, 所得结论也支持上述文献观点。

治疗复发疝唯一有效的方法就是再次手术, 疝环充填式无张力修补术仍存在一定的复发。正

确操作是预防复发的关键, 术中应仔细分离粘连与瘢痕, 避免损伤内脏<sup>[10]</sup>。充分显露疝囊, 纵向切开睾肌。填充网塞应置于内环内, 保证网塞外瓣与疝环平齐<sup>[11]</sup>。补片应平整地置于精索后方。同时, 手术过程必须严格执行无菌操作, 彻底止血。

本文研究结果表明, 无张力疝修补术有助于减少术中出血量, 缓解疼痛程度, 促进术后康复, 降低术后并发症及复发风险。应用于老年复发性腹股沟疝, 效果值得肯定。

#### 参考文献:

- [1] Liu YB, Yu CC, Wu CC, et al. Feasibility and safety of elective laparoscopic total extraperitoneal preperitoneal groin hernia repair in the elderly: a propensity score-matched comparison [J]. Clin Interv Aging, 2018, 13: 195-200.
- [2] 孙小亮, 赵瑾, 马宏光. 小切口无张力腹股沟疝修补术十年临床观察和评价 [J]. 中华疝和腹壁外科杂志 (电子版), 2015, 9(5): 4-7.
- [3] Tarchouli M, Ratbi MB, Bouzroud M, et al. Giant inguinoscrotal hernia containing intestinal segments and urinary bladder successfully repaired by simple hernioplasty technique: a case report [J]. J Med Case Rep, 2015, 9: 276
- [4] 苏杰, 冯振声, 孙奇, 等. 无张力修补术治疗老年腹股沟疝患者的临床疗效 [J]. 中华老年医学杂志, 2018, 37(5): 58-560.
- [5] Burcharth J, Pommergaard HC, Bisgaard T, et al. Patient-related risk factors for recurrence after inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis of observational studies [J]. Surg Innov, 2015, 22(3): 303-317.
- [6] 王庆广, 王燕红, 张彩坤, 等. Modified kugel 补片疝环充填式无张力疝修补的生物相容性 [J]. 中国组织工程研究, 2016, 20(25): 3659-3664.

- [7] Mestak O, Matouskova E, Spurkova Z, et al. Mesenchymal stem cells seeded on cross-linked and noncross-linked acellular porcine dermal scaffolds for long-term full-thickness hernia repair in a small animal model [J]. *Artif Organs*, 2014, 38(7): 572-579.
- [8] 王秀彬. 老年腹股沟疝应用疝环充填式无张力疝修补术的临床价值 [J]. *中国继续医学教育*, 2015, 7(19): 61-62.
- [9] 李荣生. 疝环充填式无张力疝修补术治疗中老年腹股沟疝的临床分析 [J]. *中国卫生标准管理*, 2015, 5(20): 78-80.
- [10] 邓阳东, 苏花. 无张力疝修补术治疗老年腹股沟疝患者的临床效果观察 [J]. *中国农村卫生*, 2018, 10(12): 96.
- [11] 周晓辉. 疝环充填式无张力疝修补术应用于老年腹股沟复发疝治疗疗效及安全性评价 [J]. *首都食品与医药*, 2017, 23(14): 23-24.
- (收稿: 2018-10-24 修回: 2019-01-15)  
(责任编辑: 瞿 全)

## 一步法微创治疗胆囊合并胆总管结石

孙振海, 霍新合

**摘要 目的:** 通过回顾性分析, 探讨十二指肠镜与腹腔镜同期治疗胆囊结石合并胆总管结石 (以下简称一步法) 的可行性。**方法:** 采用一步法先行内镜下逆行胰胆管造影 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP) 取石, 然后调整体位行腹腔镜下胆囊切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC) 治疗胆囊合并胆总管结石患者 98 例, 记录 ERCP 取石及 LC 的操作时间、术后恢复情况等。并取前期先行 ERCP 取石、再 LC 治疗方法的 90 例为对照组, 比较两组治疗效果、住院时间、住院费用、并发症等。**结果:** 一步法组 98 例均治疗成功, ERCP 平均取石时间 35 min, LC 平均手术时间 40 min, 术后平均住院时间 8 d, 平均治疗费用 3 万元, ERCP 术后并发症 9 例。对照组 ERCP 取石、LC 时间分别为 38 min、45 min, 时间稍长于一步法组, 但无统计学差异 ( $P>0.05$ )。平均住院时间 12 d, 显著高于一步法组 ( $P<0.05$ )。治疗费用平均约 3.8 万元, 明显高于一步法 ( $P<0.05$ )。ERCP 术后并发症 6 例, 与一步法相比无统计学意义 ( $P>0.05$ )。**结论:** 在一定条件下, 一步法微创治疗胆囊合并胆总管结石是安全可行的, 与两步法相比, 住院时间短、总体费用下降、且不增加总体并发症发生率。与三镜联合相比, 不切开胆总管, 保持了胆总管的完整性。

**关键词:** 腹腔镜; 十二指肠镜; 胆囊结石; 胆总管结石

**中图分类号:** R657.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-6948(2019)01-0092-03

doi: 10.3969/j.issn.1007-6948.2019.01.022

近年来随着内镜微创技术的不断发展, 胆石症的治疗变得越来越微创化。目前已经从最初的开腹手术发展到腹腔镜、胆道镜、十二指肠镜相互结合的微创治疗。对于胆囊合并胆总管结石, 目前多见的是 ERCP 取石联合 LC, 通常为两步法完成。近年来出现了三镜联合一步法治疗胆囊合并胆总管结石的成功报道<sup>[1-2]</sup>, 丰富了治疗方法。但胆道镜的使用需要切开胆总管, 破坏了胆总管的完整性, 也增加了操作的繁琐性, 其操作顺序为先 LC, 接着胆道镜取石, 最后十二指肠镜鼻胆管引流 (endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)。为了探索更高效、安全、微创的治疗方法, 本研究选择我院 2015 年 8 月—2018 年 8 月 98 例胆囊合并胆总管结石患者, 采用十二指肠镜与腹腔镜

双镜联合, 在一次麻醉下, 同期治疗胆囊结石合并胆总管结石即“一步法”, 并与 2013 年 1 月—2018 年 8 月常规治疗的 90 例对照, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组共 98 例, 女 52 例, 男 46 例。年龄 25~60 岁, 平均 45 岁。对照组 90 例, 女 49 例, 男 41 例。年龄 23~61 岁, 平均 43 岁。纳入标准: (1) 腹部超声、CT 或 MRI 检查诊断为胆囊合并胆总管结石, 非胆囊或胆管占位性病变, 未合并肝内胆管结石。(2) 心肺肝肾代偿能力强, 无肺心病、肝硬化、肾功能不全等疾病。(3) 未合并急性梗阻性化脓性胆管炎及急性重症胰腺炎。(4) 未合并胆囊穿孔及 Mirizzi 综合征。(5) 胆总管结石直径  $\leq 1.5$  cm, 非充满型胆管结石, 胆总管结石数量控制在 5 个以下。(6) 无上腹部手术史。两组一般资料无统计学差异 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 手术方式** 全麻。首先侧卧位, ERCP 明确结石大小及数量, 胆管及胆囊管有无异常。