

【临床研究】

例,直疝 12 例;单侧 64 例,双侧 6 例;TAPP 组男 32 例,女 38 例;20 ~ 40 岁 4 例,40 ~ 60 岁 29 例,60 ~ 80 岁 37 例,平均年龄(62.6 ± 5.1)岁;其中斜疝 52 例,直疝 18 例;单侧 62 例,双侧 8 例。均为成人可复性腹股沟疝;股疝、嵌顿疝、脐疝等除外,且无严重全身疾病。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 平片式无张力疝修补术(Lichtenstein 术)
Lichtenstein 组患者采用 Lichtenstein 术^[2],具体手术步骤:硬膜外麻醉或腰麻,作常规腹股沟韧带上方斜形切口长约 6 cm,然后切开腹外斜肌腱膜,游离精索,确认疝囊,并充分游离出疝囊至内环口处。若疝囊较大,则横断疝囊,行高位分离后关闭近端,远端止血后旷置。手术材料选用美国巴德公司生产的聚丙烯补片,网片在内环对应处剪一小孔以允许精索通过。网片缝合固定,内侧缝至耻骨结节,必须覆盖此结节 1.5 ~ 2.0 cm,并与腹直肌鞘外缘缝合。为防止股疝,也可将网片与耻骨梳韧带缝合固定,封闭股环。网片下缘与腹股沟韧带缝合,外侧超过内环上方 3 cm,上缘与腹外斜肌的背侧缝合。应注意髂腹股沟神经和生殖股神经切勿缝入。内环处缝合后仅容一血管钳尖通过。网片缝合固定后放回精索,间断缝合腹外斜肌腱膜。

1.2.2 TAPP 术 TAPP 组患者采用 TAPP 术^[3],具体手术步骤:全身麻醉下施术,在脐上做一切口长

表 1 2 组患者手术情况比较

Tab.1 Comparison of the operative condition between the two groups							($\bar{x} \pm s$)
组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	术后进食时间/h	术后下床时间/h	住院时间/d	住院费用/元
TAPP 组	70	115.0 ± 4.2	10.7 ± 1.9	5.4 ± 1.3	4.9 ± 1.5	5.0 ± 1.5	6 843.0 ± 102.2
Lichtenstein 组	70	65.0 ± 5.9	10.4 ± 2.3	20.1 ± 2.4	19.4 ± 2.3	8.0 ± 1.7	3 972.0 ± 97.5
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2 组患者术后并发症比较 TAPP 组患者发生尿潴留 7 例,切口感染 1 例,切口血肿 4 例,局部疼痛不适感 1 例;Lichtenstein 组患者发生尿潴留 5 例,切口感染 5 例,切口血肿 2 例,局部疼痛不适感 6 例。尿潴留患者 8 例给予导尿处理,4 例热敷和膀胱按摩处理后自行排尿;切口感染患者经换药后均治愈;切口血肿患者经穿刺抽液后治愈;局部疼痛不适感患者多在 1 周左右症状消失。TAPP 组患者切口感染和局部疼痛不适感的发生率低于 Lichtenstein 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者随访 12 个月,各有 1 例复发,复发率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

腹股沟疝是婴幼儿的常见病和多发病,成人也多有发生,且不能自愈,手术是最常用的治疗方

约 10 mm,置入 Trocar 与腹腔镜,气腹压力维持在 12 ~ 15 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),直视下分别于双侧髂嵴连线与腹直肌外缘交点处置入 2 个 5 mm Trocar,电勾游离内环处腹膜瓣,将腹股沟韧带、Cooper 韧带、耻骨结节等结构进行分离显露,直疝者剥离疝囊与腹壁,斜疝者从精索下将疝囊撕离,若疝囊较大,则套扎横断疝囊,使精索腹壁化。放置美国巴德公司生产的 3D-MAX 大号补片,完全覆盖耻骨肌孔,边缘超出疝环 3 cm,医用蛋白胶固定补片,可吸收线镜下缝合切开腹膜。

1.3 观察指标 比较 2 组患者的手术时间、术中出血量、术后进食时间、术后下床时间、住院时间、住院费用等及术后尿潴留、血肿、切口感染、术后疼痛、疝复发等术后并发症情况。

1.4 统计学处理 数据统计应用 SPSS 13.0 统计软件,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2 组间比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者手术情况比较 结果见表 1。与 Lichtenstein 组比较,TAPP 组患者手术时间长,术后进食和术后下床时间早,住院时间短,住院费用高,差异均有统计学意义($P<0.05$);但 2 组患者术中出血量比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

法^[4]。手术方式有传统的疝修补术、无张力疝修补术及腹腔镜疝修补术。疝外科的发展经历了传统的有张力疝修补、开放式无张力疝修补和腹腔镜疝修补 3 个阶段。虽然早在 1982 年 Ger 实施了世界上第 1 例腹腔镜内环口关闭术即腹股沟疝囊高位结扎术,但这项技术未能得到推广,直到 1993 年报道以后才渐渐得到推广^[5]。目前,开放式腹股沟疝无张力修补术仍是采用最多的一种术式,具有手术操作简单、技术易掌握,患者创伤较小、并发症少、复发率较低的特点^[6]。Lichtenstein 术适合各种年龄和各种类型的疝修补,尤其对切口美容要求不高的老年患者及合并有心肺功能不全的患者尤为适合;也是巨大腹股沟疝的可靠治疗方式^[7]。由于腹腔镜的各种优势,包括更短的住院时间、更快的功能恢复以及更少地出现与运动减少相关的并发症,所以这一技

(下转第 917 页)

带乙型肝炎病毒的孕妇被动免疫是降低母婴垂直传播的可行方法。对婴儿普种乙型肝炎疫苗不能阻断宫内传播,对产程中及产后的阻断也不完全。研究表明,宫内感染主要发生在孕晚期,孕妇于孕晚期注射 HBIG 可经胎盘传给胎儿,故可有效阻断宫内传播^[9]。婴儿出生后注射 HBIG 和乙型肝炎疫苗,可有效阻断产程中及产后传播。

从本研究观察的结果看,HBeAg 阳性母亲所生的新生儿脐血中 HBsAg 阳性率,对照组为 17.65%,三联治疗组为 2.86%,HBIG 组为 2.92%,三联治疗组和 HBIG 组明显优于对照组,差异有统计学意义,而三联治疗组和 HBIG 组比较差异无统计学意义。提示免疫干预有明显阻断母婴垂直传播的临床效果,但应用三联治疗与单用 HBIG 效果无明显差异,因此,在今后的工作中主张应用简单方便的单用 HBIG 方案。

参考文献:

[1] 何素琼. 乙型肝炎免疫球蛋白阻断乙型肝炎病毒母婴传播的临床研究[J]. 热带医学杂志,2010,10(4):442-444.
[2] 曹丽,蔡琳,段利娜,等. 深圳市福田区 2012 年乙型肝炎病毒

母婴传播阻断现状研究[J]. 华南预防医学,2013,39(2):45-47.
[3] 丁洋,窦晓光. 乙型肝炎病毒母婴传播的机制及阻断策略的研究[J]. 现代预防医学,2012,39(13):3362-3366.
[4] 刘业珍. 乙型肝炎病毒母婴传播阻断的措施及护理干预[J]. 预防医学论坛,2013,19(10):799-800.
[5] 杨桂桂,尹龙德. 乙型肝炎母婴传播阻断效果调查分析[J]. 河南预防医学杂志,2013,24(6):438-439.
[6] Gentile I, Zappulo E, Riccardo A, et al. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus and hepatitis C virus[J]. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 2014, 12(7):775-782.
[7] Chen X R, Chen J, Wen J, et al. Breastfeeding is not a risk factor for mother-to-child transmission of hepatitis B virus [J]. *PLoS One*, 2013, 8(1):1-5.
[8] Kang W Y, Dinga Z R, Shen L P, et al. Risk factors associated with immunoprophylaxis failure against mother to child transmission of hepatitis B virus and hepatitis B vaccination status in Yunnan province, China[J]. *Vaccine*, 2014, 32(27):3362-3366.
[9] Murakami J, Nagata I, Iitsuka T, et al. Risk factors for mother-to-child transmission of hepatitis C virus:maternal high viral load and fetal exposure in the birth canal[J]. *Hepatol Res*, 2012, 42(7):648-657.

(本文编辑:徐刚珍 英文编辑:孟 月)

(上接第 914 页)

术逐渐被接受,进而迅速在全球展开。随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜微创疝修补手术得到了飞速的发展。目前,腹腔镜微创疝修补术最经典的有 3 种方法:TAPP、全腹膜外修补术和腹腔内修补术。TAPP 是目前应用较为广泛的一种腹腔镜微创腹股沟疝修补术术式,该术式适用于各种类型的腹股沟疝包括斜疝、直疝、股疝,并且对复发疝、双侧疝更有优势。TAPP 术后疝复发率为 0.9%~2.5%,类似开放无张力疝修补术^[8]。与开放式无张力疝修补术相比,TAPP 切口小、美容效果好、对腹壁结构破坏小、更加符合组织结构功能,患者疼痛轻、术后下床活动时间早、术后住院时间短、恢复正常生活时间早,因此这种术式患者乐于接受。但是,该技术要求医师具有很高的腹腔镜操作技术,要熟练掌握腹腔镜下分离、打结、缝合技术,学习时间长,一定程度上限制了其快速发展。TAPP 是一种创伤小、恢复快、患者易接受的疝修补术,随着医师手术熟练程度的增加和医院管理的规范,其手术时间和费用逐渐降低,医师手术技巧的提高也使术后并发症减少或减轻,患者更容易接受,因而是一种非常值得推广的方法。毫无疑问,随着腹腔镜技术的发展、手术器械的

改进和疝修补材料的不断更新,腹腔镜疝修补术将有良好的发展和应用前景。

参考文献:

[1] 景恩义,刘雅莉,杨克虎,等. 腹腔镜与开放式无张力修补术治疗成人腹股沟疝疗效的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2010,10(7):875-881.
[2] 郑民华,张卓. 腹腔镜经脐单孔腹腔镜和 NOTES 应用现状与评价[J]. 中国实用外科杂志,2010,29(1):33-34.
[3] 臧璐,李健文,毛志海,等. 腹腔镜完全腹膜外与经腹腹膜前疝修补术临床应用对照分析[J]. 中国实用外科杂志,2011,25(10):611-613.
[4] 刘晨,张能维,路夷平,等. 开放与腹腔镜无张力疝修补术治疗老年腹股沟疝的对比研究[J]. 中国微创外科杂志,2011,11(5):406-408.
[5] 姚胜,李基业. B 超检查诊断腹壁疝无张力修补术后积液[J]. 外科理论与实践,2011,11(2):215-216.
[6] 中华医学会外科学会疝和腹壁外科学组. 成人腹股沟疝、股疝手术治疗方案(修订稿)[J]. 中华普通外科杂志,2011,19(2):126.
[7] 王李,赵松,刘宝华,等. 腹腔镜全腹膜外腹股沟疝修补术理论与实践[J]. 中华腔镜外科学杂志,2011,2(4):50-52.
[8] 唐健雄. 腹股沟病修补的现状与进展[J]. 中华普外科手术学杂志,2011,1(2):65-67.

(本文编辑:杨 博 英文编辑:杨 博)