

- [5] 朱凤才,杨华富,胡晓抒,等.人源和猪源猪链球菌的同源性研究[J].中华流行病学杂志,2010,21(6):427-429.
- [6] 冯泽惠,蔺红,徐跃芳,等.AP120 strep 生化系统鉴定猪链球菌的效果评价[J].预防医学情报杂志,2005,21(4):

(收稿日期:2012-01-06)

• 临床研究 •

腹腔镜手术与传统开放手术治疗小儿腹股沟嵌顿性斜疝对比分析

陈銓涛,何荣佳,冯晓川(广东省中山市人民医院小儿外科 528400)

【摘要】 目的 对比分析小儿腹股沟嵌顿性斜疝腹腔镜手术与传统开放手术的优劣。**方法** 2005 年 4 月至 2011 年 3 月,应用腹腔镜手术治疗例急性腹股沟嵌顿性斜疝 43 例(腹腔镜组),及同期行传统开放手术的腹股沟嵌顿性斜疝 52 例患儿(对照组)的临床资料进行对比分析,对两组患儿的手术时间、出血量、住院时间、术后并发症、复发率等进行统计分析。**结果** 腹腔镜组平均手术时间、出血量、住院时间、术后并发症、复发率等均显著优于对照组,并且能在手术中检查对侧隐性斜疝,一并行疝囊颈高位结扎治疗。**结论** 腹腔镜手术治疗小儿腹股沟嵌顿性斜疝具有明显微创优势,可作为一般情况较好的小儿腹股沟嵌顿性斜疝治疗的优先考虑术式。

【关键词】 腹股沟斜疝; 嵌顿; 腹腔镜

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)13-1619-02

婴幼儿腹股沟嵌顿性斜疝是小儿外科最常见的急症之一。据资料记载嵌顿性疝发生率占全部疝病例的 1/6。既往急性腹股沟嵌顿性疝是腹腔镜治疗的相对禁忌证,随着腹腔镜技术的不断创新和发展,腹腔镜下腹股沟斜疝疝囊颈高位结扎术已成为小儿腹股沟斜疝的标准术式,而腹腔镜治疗急性嵌顿性腹股沟斜疝也逐渐被外科医生所接受并采用。本院自 1997 年起开展腹腔镜治疗腹股沟疝,病例超过 4 000 例,其中 2005 年 4 月至 2011 年 3 月腹腔镜治疗急性腹股沟嵌顿性疝 43 例,手术效果良好,效果明显优于传统开放式手术,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1997 年 10 月至 2011 年 3 月,本科室共收治急性腹股沟嵌顿性斜疝 305 例,其中 95 例急诊手术治疗。95 例中 43 例采用腹腔镜手术治疗(腹腔镜组),其中男 40 例,女 3 例;年龄 2 个月至 9 岁,平均年龄 2.5 岁,右侧 34 例,左侧 9 例。嵌顿时间 2~17 h,平均 7 h。腹腔镜组患儿术前无先天性心脏病等严重内科疾病史;无腹部手术史;术前无明显腹胀表现;一般情况较好;无发热、血便、腹腔积液、腹膜炎等疝内容物坏死表现。52 例行传统开放手术(对照组),其中男 49 例,女 3 例;年龄 2 个月至 8 岁,平均年龄 2.3 岁,右侧 45 例,左侧 7 例,嵌顿时间 2~18 h,平均 7.5 h。对照组患儿术前无先天性心脏病等严重内科疾病史;无腹部手术史;术前无明显腹胀表现;一般情况较好;无发热、血便、腹腔积液、腹膜炎等疝内容物坏死表现。两组患者一般临床资料差异无统计学意义。

1.2 手术方法 腹腔镜组:(1)腹腔镜组在脐上缘皱折处(A 点)常规做 5 mm 皮肤切口(A 点),建立二氧化碳人工气腹,气腹压力 8~12 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。气腹建立成功后 A 点置入 5 mm trocar 及小儿腹腔镜,检查双侧内环口、情况,注意对侧有无隐匿性疝,同时明确内环口内径的大小。脐水平左缘 3~5 cm 处(B 点)做一 5 mm 切口,置入 5 mm trocar,置入腹腔镜专用无损伤抓钳。置入腹腔镜后可再试行手法复位,失败者用无损伤抓钳于内环口处(作者个人经验拉疝环口内侧处内容物较易复位)轻拉嵌顿的疝内容物,配合腹外

手法复位;如仍不能回纳疝内容物者,用剪刀向外侧剪开约 3~5 mm 长的内环口后再行复位。(2)观察疝内容物血运情况,探查腹腔内有无渗液,渗液颜色及渗液量;肠管有无高度胀气;探查对侧腹股沟区,了解有无隐匿性疝;(3)患侧内环口体表投影处做 1.5 mm 切口,用自制带线钩针和一次性 Endoclose 于疝环口周围、腹膜外行荷包缝合内环口,从内环口体表切口外收紧缝线,皮下打结完成高位结扎。术中注意腹膜下潜行避开内环口内侧输精管。(4)再次观察回纳嵌顿肠管或大网膜血运,如有坏死扩大脐部切口约 3 cm,提出坏死肠管或大网膜,行坏死肠管切除吻合术或大网膜切除术。本组腹腔镜病例均未见有肠管及大网膜坏死。对照组:常规开放手术,按传统腹股沟嵌顿疝手术进行操作。对照组未见疝内容物坏死病例。

1.3 观察指标 统计两组患者平均手术时间、术中出血量、术后并发症发生率、平均住院时间、复发率。

1.4 随访 随访期限为 2 年,主要观察和统计嵌顿疝复发情况。

2 结果

2.1 手术相关情况 腹腔镜组 15 例麻醉后自动复位,26 例用腹腔镜无损伤抓钳配合手法复位成功,2 例镜下剪开内环口复位成功。43 例患者均顺利完成手术,无一例中转开腹,所有腹腔镜组病例均未见肠管、大网膜坏死。手术时间 15~45 min,平均 25 min;术中出血量 0.5~3 mL,平均 2 mL;术后住院 2~4 d,平均 2.5 d。术后 3 例出现伤口痛,并发症发生率为 7%。术后随诊 2 年均未见复发。对照组 52 例患者均顺利完成手术,手术时间 30~75 min,平均 53 min;术中出血量 10~30 mL,平均 20 mL;术后住院 5~9 d,平均 6.5 d。术后共 8 例出现腹痛、伤口痛、阴囊肿胀及切口感染等并发症,并发症发生率为 15.4%。术后随诊 2 年均未见复发,但其中 3 例另一侧出现新腹股沟疝。对两组患者的手术时间、术中出血、术后并发症发生率、住院天数等进行统计分析,显示两组间差异均有统计学意义,见表 1。

2.2 随访情况 两组共 95 例随访 2 年均未见复发病例,两组

复发生率差异无统计学意义。

表 1 两组患者观察指标结果(±s)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院天数 (d)	并发症 (%)	复发生率 (%)
对照组	53.0±6.2	20.0±2.2	6.5±2.2	15.4	0.0
腹腔镜组	25.0±3.1**	2.0±1.1**	2.5±1.3**	7.0*	0.0

注:与对照组比较,*P<0.05,**P<0.01。

3 讨 论

小儿腹股沟斜疝疝囊颈较细,外环较狭小,易发生嵌顿,小儿腹肌不发达,腹股沟管肌肉压力较小,疝囊颈和疝环较柔软,并且小儿系膜血管有较大的弹性,发生嵌顿坏死少见,本组 95 例小儿术中探查均未发现嵌顿肠管坏死。1982 年 Ger^[1]报道了首例腹腔镜疝囊高位结扎术,开创了腹腔镜疝手术的先河。此后腹腔镜疝手术不断改进,特别是近年来,随着对腹股沟区腹膜前解剖的深入研究^[2],以及疝手术器械的不断完善,腹腔镜下疝囊颈高位结扎术及修补术在发达国家逐渐成为治疗腹股沟疝的首选术式,微创效果亦得到公认^[3-5]。腹股沟嵌顿疝的腹腔镜下复位和处理因结扎位置更高,损伤小、恢复快、住院时间短等优点已经被绝大部分外科医生和患儿家长认可并应用。此种全新概念下的疝治疗方式,充分体现了腹腔镜的微创效果以及技术设计的合理性,较传统术式相比,手术后出现并发症的发生率也明显降低,这是腹腔镜手术的基本优势之一^[6]。传统开放手术行嵌顿疝还纳疝囊高位结扎术,术中须解剖腹股沟管各层组织,充分游离疝囊至腹膜外脂肪后行高位结扎。但嵌顿疝发生后,疝囊壁及周围组织水肿黏连,界限不清,分离疝囊壁较为困难,增加了损伤输精管和精索血管的概率;操作中容易将疝囊壁破,增加疝囊高位结扎的难度,从而增加术后复发生率^[7]。且手术创面较大,术后腹股沟区及阴囊区域肿胀,腹股沟血肿及阴囊血肿、积液发生率较高,恢复时间明显延长。腹腔镜下手术时,不需像开放手术那样解剖腹股沟管,减少了损伤,避免了精索血管及输精管的损伤,术后出现各种并发症的概率明显减低。同时术中可及时发现并治疗对侧隐

匿性疝和肠管缺血坏死情况。由于可在一次手术中同时对两侧的隐匿性疝一并处理,可大大减少患儿将来受再次手术痛苦及危险性。所以小儿嵌顿性疝腹腔镜术与开放手术相比,在手术时间、微创效果、术中出血、住院时间、术后疼痛、并发症发生率、观察肠管缺血情况及发现隐匿性疝等方面均显示出明显的优越性。故作者认为对腹股沟嵌顿性疝,如患儿术前一般情况良好,术前无明显疝内容物坏死表现,可优先考虑腹腔镜下腹股沟嵌顿性斜疝复位并疝囊颈高位结扎术。

参考文献

[1] Ger R. The management of certain abdominal hernia by intra-abdominal closure of the neck of sac Preliminart communicatio [J]. Am R Coll Surg Eng, 1982, 64 (5): 342-344.

[2] 江浩,丁锐,姚琪远,等. 腹股沟区腹膜前解剖和疝修补术 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2008, 26 (2): 209.

[3] Mirilas P, Colborn GL, McClusky DA, et al. The history of anatomy and surgery of the preperitoneal space [J]. Arch Surg, 2005, 140 (1): 90-94.

[4] Al-Qudah HS, Rodriguez AR, Sexton WJ. Laparoscopic management of kidney cancer; updated review [J]. Cancer Control, 2007, 14 (3): 218-230.

[5] Farber AJ, Wilckens JH. Sports hernia; diagnosis and therapeutic approach [J]. J Am Acad Orthop Surg, 2007, 15 (8): 507-514.

[6] 白立芳,刘国庆,唐华建,等. 小儿腹股沟嵌顿疝的腹腔镜手术 [J]. 临床小儿外科杂志, 2006, 5 (2): 105-106.

[7] Molinelli BM, Tagliavia A, Bernstein D. Total extraperitoneal preperi-toneal laparoscopic hernia repair using spinal anesthesia [J]. JSLS, 2006, 10 (3): 341-344.

(收稿日期:2012-01-07)

• 临床研究 •

实施导乐陪伴分娩的临床效果分析

赵 萍,容莉莎(广东省中山市古镇医院产科 528421)

【摘要】 目的 探讨产妇实施导乐陪伴分娩的临床效果。方法 将 2010 年 9 月至 2011 年 6 月接受导乐陪伴分娩服务的初产妇 220 例作为观察组,由有分娩经验的导乐师全程陪伴,持续给予心理和生理上的帮助。同期选择初产妇 250 例作为对照组,无导乐师陪伴,由责任医护人员观察,按常规产科处理。结果 在分娩方式、阴道助产率、剖宫产率、第一和第二产程时间、产后出血量、新生儿 Apgar 评分等方面,观察组与对照组之间差异均有统计学意义(P<0.01)。结论 导乐陪伴分娩的实施,能使产妇全方位的得到优质服务,同时也提高了护理质量,促进母婴安全健康。

【关键词】 导乐陪伴; 分娩; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)13-1620-02

分娩痛是人类最常见的疼痛,是大部分妇女一生所遇到的最剧烈的疼痛,有统计资料^[1]表明约 80% 的初产妇认为分娩时的宫缩痛难以忍受,部分产妇由于疼痛难以忍受,烦躁不安,大喊大叫,影响休息,增加体力消耗,甚至造成产妇衰竭,胎儿宫内窘迫,增加难产率或新生儿窒息率。导乐陪伴分娩是由一个有爱心、有生育经验的女性,在整个产程中给产妇以持续的

心理、生理及感情上的支持,陪伴整个分娩过程,使产妇消除恐惧、焦虑情绪,保持良好的心理、精神状态,以保证产程进展顺利,母婴安全健康^[2]。本院产科自 2010 年 9 月始开展导乐陪伴分娩至今,取得了良好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2010 年 9 月至 2011 年 6 月在本院产科住