

自制疝固定带在腹股沟疝修补术后的应用

邓佳付静

宁夏银川市永宁县人民医院 宁夏 银川 750100

【摘要】目的：分析探讨自制疝固定带在腹股沟疝修补术后的应用效果。**方法：**选取我院2021年6月—2022年5月收治的需行腹股沟疝修补术的患者120例，按照随机数字表法分为实验组和对照组，每组60例，其中对照组术后用沙袋常规压迫手术切口6h；实验组患者术后用自制疝固定带压迫手术切口6h。对比两组患者的术后舒适度、VAS疼痛评分、术后24h出血、阴囊水肿及皮下瘀血、固定方便率与解除手扶率情况。**结果：**对照组患者VAS疼痛评分高于实验组($P < 0.05$)；与实验组相比，对照组患者术后24h出血程度更重，并发症发生率更高($P < 0.05$)；对照组患者舒适度低于实验组($P < 0.05$)；对照组患者固定方便率与解除手扶率均低于实验组($P < 0.05$)。**结论：**腹股沟疝修补术后采用自制疝固定带压迫伤口，提高了患者的舒适度，减少皮下淤血、术后渗血、阴囊水肿的发生，具有一定临床价值，值得推广。

【关键词】自制疝固定带；腹股沟疝修补术

腹股沟疝(InguinalHernia, IH)是指发生在腹股沟区域的腹外疝，是各种疝中最常见类型。腹股沟疝通常分为斜疝、直疝、股疝。其中斜疝最常见，约占腹股沟疝的95%，男性发病率高于女性，婴幼儿及老年人发病率高于青壮年^[1]。腹股沟疝的治疗主要包括保守治疗和手术治疗两种。保守治疗主要适用于两岁以下的儿童。成人腹股沟疝外科手术是唯一可靠治疗方法。手术治疗主要有传统的疝修补术、无张力疝修补术、腹腔镜疝修补术三种，目前国际公认的是无张力疝修补术，包括开放术式和腹腔镜术式，具有操作更简便、并发症发生率与复发率更低等优点^[2]。但由于腹股沟及阴囊皮肤薄而松弛，解剖位置低，局部血管集中，淋巴回流丰富，在腹股沟内侧1/2部分，腹壁强度薄弱，加之手术创伤较大，术后局部易发生血清肿、出血、渗血、水肿及伤口感染等并发症，临床上常采用压迫治疗预防。传统的方法是使用沙袋进行压迫，但是沙袋中的沙子容易从袋中漏出污染切口和床单，且渗血、渗液污染沙袋后，很难进行清洗消毒，后来临床将沙袋改为盐袋，但无论沙袋还是盐袋，均无有效的固定方式，稳定性较差，需患者或家属手扶固定，因稳定性差，易发生移位而造成无效压迫，同时还给患者及家属造成一定的心理压力^[3]。鉴于此，为更有效持续压迫伤口，提高患者术后的舒适度，让患者早日康复，我院采用自制疝固定带进行伤口压迫，在临床上取得较好效果，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 纳入排除标准

纳入标准：①符合《成人腹股沟疝诊断和治疗指南（2018年版）》^[4]中的IH诊断标准，并经核磁共振、超声等影像学检查确诊；②患者没有显著的认识、表达与语言能力障碍；③患者及家属了解并签署知情协议，经医院的伦委会审核通过。

排除标准：①合并糖尿病、高血压和血液系统疾病；②在实验期间，放弃或不配合，态度恶劣者。

1.2 一般资料

采用随机数字表方法，将2021年6月—2022年5月我院收治的120例IH患者分为两组，实验组20例女生，40例男生，年龄5—88岁，平均(46.50±1.55)岁，病期6-12月，平均病期(9.0±0.30)月；对照组23例女生，37例男生，年龄6-88岁，平均(47.00±1.57)岁，病期6-13月，平均病期(9.5±0.32)月；实验组与对照组的一般性数据差别不大($P > 0.05$)，两者之间存在着可比性。

1.3 方法

1.3.1 自制疝固定带制做与使用方法

(1)材料：透气性良好的棉布、3根胎带、纽扣、常用食用盐包、硅胶护垫。

(2)制作：将棉布按照人体腹股沟切口体表定位进行裁剪，将右

侧顶端配有尼龙搭扣的腰部松紧带(70cm*6cm)预留出足够的尺寸与裤体缝合，左侧顶端配置一个小组扣，便于根据患者腹围随时进行调节，在左右两侧腹股沟前内侧缝制松紧式延长带(50cm*6cm)，大腿左右裤体外侧方各配置一个纽扣，可与裤体缝合，松紧度根据患者舒适度进行调节，腹股沟切口体表位置用棉布制作两个大小为(10cm*15cm)和(7cm*15cm)的前后口袋。疝气固定带有S、M、L三个型号，S号适用于儿童居多，M号适用于体重50-60kg患者，L号适用于用于体重65-80kg患者。

1.3.2 伤口压迫方法

对照组术后常规取0.5kg沙袋用无菌治疗巾包裹后直接放在伤口处协助压迫6h。

实验组术后使用自制疝固定带压迫伤口。使用方法：术前1日嘱患者平卧于床上，测量患者腰围、大腿围并记录尺寸。患者术毕返回房，去枕平卧位，头偏向一侧，将裤体置于患者腹股沟区，右侧顶端配有尼龙搭扣的腰部松紧式延长带从患者腰底部绕过与左侧纽扣相连接；再将左右两侧腹股沟前内侧方的松紧式延长带与大腿左右裤体外侧方的两个纽扣相连接，最后将0.5kg左右的常用食用盐包装置于棉布前面口袋内将75g的硅胶垫置于棉布后面口袋内。根据患者的感受调整松紧度，查看放置位置是否正确，常规术后使用6-8小时以上，如病情需要患者卧床可使用2-3天。

1.4 观察指标

(1)疼痛评定：术后6h比较两组疼痛程度，疼痛评分标准采用采用视觉模拟评分法(VisualAnalogueScale,VAS)测评患者疼痛程度的感受：0无不适；1~3轻度疼痛；4~6中度疼痛；7~9重度疼痛；10极度疼；(2)出血程度评定：评价术后24小时观察伤口敷料渗血情况，根据切口敷料渗透的纱布层数作为判断出血量的标准。I度：敷料干燥无渗出；II度：敷料渗血<4层；III度：敷料渗血4-8层；(3)患者舒适度：自制舒适度评价表，将舒适分为舒适、较舒适、不舒适3个等级，由患者对舒适度的描述进行评定；(4)并发症：术后及时观察并记录有无阴囊水肿(触之有漂浮感或波动感，局部穿刺抽出积液或肉眼可见皮下透明状)及皮下瘀血，记录瘀血面积的大小；(5)固定方便率与解除手扶率：自制手扶沙袋与固定方便评价表，其中总是扶：扶过超过7次；经常扶：扶过4至7次；偶尔扶：扶过1至3次；从不扶：扶过0次。

1.5 统计学方法

采用SPSS 21.0系统进行分析，计数资料采用n(%)表示，比较采用 χ^2 检验，计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示，比较采用t检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者VAS疼痛评分比较

实验组患者VAS疼痛评分低于对照组($P < 0.05$)，详见表1。

表1 两组患者VAS疼痛评分比较

组别	n	VAS0分	VAS1-3分	VAS4-6分	VAS7-9分	VAS10分
对照组	60	41	19	0	0	0
实验组	60	52	8	0	0	0

注： $\chi^2=5.782$ ， $P=0.016$

2.2 两组患者术后24h出血与并发症比较

与对照组相比，实验组患者术后24h出血程度更轻，并发症发生率更

低($P < 0.05$)，详见表2。

2.3 两组患者舒适度比较

实验组患者舒适度优于对照组 ($P < 0.05$), 详见表3。

表2 术后24h出血与并发症比较

组别	n	I度	II度	III度	阴囊水肿	皮下瘀血(淤血面积)
实验组	60	50	10	0	0	8(1±1cm)
对照组	60	40	12	8	21	32(3±2cm)

注: 术后24h出血 $\chi^2=4.444$, $P=0.035$; 并发症 $\chi^2=67.519$, $P=0.000$

表3 两组患者舒适度比较

组别	n	舒适	较舒适	不舒适
实验组	60	54(90.0)	5(8.3)	1(1.7)
对照组	60	38(63.3)	8(13.3)	14(23.4)

注: $\chi^2=12.876$, $P=0.000$

2.4 两组患者固定方便率与解除手扶率比较

实验组患者固定方便率与解除手扶率均高于对照组 ($P < 0.05$), 详见表4。

3 讨论

腹股沟疝是普外科的一种常见病症, 其病因与内环不足及腹部肌较差

表4 两组固定方便率与解除手扶率比较 [例(%)]

组别	n	总是扶	经常扶	偶尔扶	从不扶	解除手扶率	不固定方便	固定方便	固定方便率
实验组	60	0(0.0)	0(0.0)	1(1.7)	59(98.3)	59(98.3)	2(3.3)	58(96.7)	58(96.7)
对照组	60	25(41.7)	30(50.0)	3(5.0)	2(3.3)	2(3.3)	50(83.3)	10(16.7)	10(16.7)

术后伤口压迫一般用普通的沙袋来进行手术后的切口挤压、止血, 但是, 由于沙袋很难清洁与消毒, 易损坏, 从而导致创面感染, 极易脱落, 固定不牢, 患者的顺应性差, 透气性不好等缺点, 其止血效果常常不达标。此外, 因其固定性差, 易滑动、错位, 患者必须平躺在床上, 才能保证其止血效果。因此, 患者前期的运动范围受到极大的影响, 且因长时间处于平躺状态, 易造成患者身体不舒服, 加重患者的精神压力。因此, 常规的沙袋压迫方式会影响患者的身体舒适度与患者的恢复。张丽萍^[10]等学者的临床试验结果显示, 采用自制新型医用压迫带能明显提高病人的舒适度和止血的效果。为此, 我院本自制疝固定带用于腹股沟疝患者术后切口压迫止血, 其研究结果表明, 自制疝固定带用于术后压迫止血的效果更佳, 舒适度更高。

本次研究结果显示, 与实验组相比, 对照组患者VAS疼痛评分更高 ($P < 0.05$), 术后24h出血程度更重, 并发症发生率更高 ($P < 0.05$), 患者舒适度、固定方便率与解除手扶率更低 ($P < 0.05$)。说明自制疝固定带能够有效帮助术后压迫止血, 提升患者舒适度, 降低阴囊水肿以及皮下瘀血出现的可能性。究其原因, 自制疝固定带具有以下优点: (1) 操作方法简单、固定牢固、安全有效, 既适用于单侧腹股沟疝, 也可用于双侧腹股沟疝。(2) 稳定性好, 盐袋不易滑脱, 达到了预防相关并发症的目的。

(3) 可根据临床治疗的需求放置冰袋, 达到止血、减轻疼痛的目的, 也可用于腹股沟处的降温。(4) 根据病人的体重选择不同型号, 可随时调节松紧, 解放了患者的双手。原材料是纯棉材质, 吸收皮肤汗液效果好, 对皮肤无任何刺激。(5) 价格低廉, 取材容易, 清洗消毒后可重复使用, 不增加患者的医疗费用, 从而提高了社会效益和经济效益。而常规的沙袋压迫方式没有行之有效的固定手段, 沙袋容易错位滑落, 患者长期处于仰卧状态无法翻转, 或用手抓着沙袋, 会加重患者的身体不适。术后经长期有效压迫, 适当床上活动, 固定压迫点, 可有效改善患者的舒适, 避免皮下淤血, 减少复发率已是手术成功, 手术切口愈合良好的重要指标。经过本次实验证明, 自制疝固定带很好地解决了上述问题, 自制疝固定带由纯棉材质制成, 具有透气、舒适、持久耐用、使用方便、容易清洗等优点, 适合单侧腹股沟疝和两侧腹股沟疝患者。研究发现, 在开放无张力腹股沟疝修补术后切口部位应用冷敷可以缓解切口水肿、出血和疼痛, 有利于患者的康复。本次实验中的自制疝固定带可按实际情况替换成冷藏的盐包或冰包。此外,

相关, 当腹部压力升高时, 内环不足部位的腹腔壁会被挤压, 内脏则会从较薄弱的部位凸起, 从而造成腹股沟疝。腹股沟疝修补术是目前治疗成人腹股沟疝最好的手术方式, 其手术方式主要为腹腔镜疝修补术、传统腹股沟疝修补术、无张力腹股沟疝修补术。目前, 因为无张力腹股沟疝修补术可操作性强和复发率低, 无张力腹股沟疝修补术已是临床上治疗该疾病最主要的手术方法。但因为腹股沟部位淋巴回流丰富, 血管集中, 解剖位置较低, 组织疏松, 手术时需要进行多层面的分离, 因而易导致局部出血、局部积液等现象^[5-7]。术后最常见的止血方式是通过挤压止血, 通过对手术切口施加一定的压力, 从而缩小或关闭血槽, 进而让红细胞、血小板和纤维蛋白快速凝结, 从而阻止伤口流血。所以, 为预防术后切口渗血、提高患者舒适度, 减少患者疼痛感, 还需对术后患者施加有效的伤口压迫^[8-9]。

科室制定腹股沟疝围手术期健康宣教手册, 组织全科护士学习, 有利于护理人员操作规范统一。

综上所述, 在腹股沟疝修补术后应用自制疝固定带进行切口压迫止血, 其止血效果佳, 可明显缓解患者疼痛, 提高患者舒适度, 安全高效, 值得推广。

参考文献:

- [1] 高潮, 闫治波, 王明刚, 等. 压迫治疗对单次腹股沟疝无张力修补术后发生血清影响倾向评分匹配分析[J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(7): 742-750.
- [2] 张婷, 邹文博, 闫治波, 等. 压迫治疗对腹股沟疝无张力修补术后发生静脉血栓栓塞影响分析[J]. 中华消化外科杂志, 2021, 20(7): 790-798.
- [3] 周敏, 林虹, 韩宇. 腹股沟疝术后10%盐水冰袋冷敷联合气袋的使用与普通沙袋的临床对比[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(8): 763-764.
- [4] 成人腹股沟疝诊断和治疗指南(2018年版)[J]. 中国普通外科杂志, 2018, 27(07): 803-807.
- [5] 张杰, 张桃, 宁伟伟, 等. 腹股沟疝术后发生静脉血栓栓塞症的影响因素分析[J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(7): 751-756.
- [6] 蔡义盼, 杨代华, 宋晶晶. 腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术与传统无张力疝修补术在成人疝气治疗中的临床效果研究[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(13): 2047-2050.
- [7] 曹云, 田君, 彭应勇, 梁玲. 探讨腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床疗效[J]. 吉林医学, 2020, 41(02): 405-406.
- [8] 王俭, 蒋媛, 时娟, 等. 腹腔镜与开放无张力腹股沟疝修补术后切开盐袋压迫的效果[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2018, 12(2): 435-438.
- [9] 王利, 韩兵. 腹股沟疝修补术后血清影响的因素及预防[J]. 淮海医药, 2021, 39(01): 107-109.
- [10] 张丽萍, 杨晓萍, 李丽. 自制新型医用压迫带在腹股沟疝修补老年患者中的应用[J]. 护理学报, 2010, 17(10A): 53-55.