维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 2 期总第 22 期

腹股沟疝手术常见并发症的防治

贵州省纳雍县中医院 张 凯
（贵州纳雍，邮政编码 553300）

腹股沟疝手术是外科的常见手术之一，常因视为普通手术而不予重视，因而造成一些并发症，给病人增加了再次手术的复杂性和损伤，以至出现严重的不良后果，造成病人死亡。因此，本文就其常见的并发症，以及发生的原因和防治方法作一扼要的讨论。

一、膀胱损伤

膀胱损伤的常见原因：①膀胱充盈状态下施术，尤其是小儿膀胱，充盈状态时可占据下腹部，手术分离提睾肌及筋膜过程中，偏向内侧时多于损伤；②疝囊周围广泛粘连；③高位结扎直疝疝囊颈或疝修补术，缝合腹外斜肌腱膜与腹股沟韧带时进针过深而刺入膀胱；④对滑动性疝认识不足，分离疝囊时损伤或误将膀胱作为疝囊切开。

膀胱损伤的预防：①术前排空膀胱；②在分离疝囊内侧壁遇较厚脂肪组织或肌肉时应予以警惕，辨认清楚；③切开疝囊时，检查疝内容物或在切开疝囊前，试行穿刺，以便明确；④疑为滑动性疝，而又不能准确判断疝囊部位者，应予内环上方分开腹内斜肌和腹横肌而将腹膜切开，经腹腔探查疝囊所在；⑤高位结扎直疝疝囊和联合肌腱与腹股沟韧带内侧进针切忌过深。

膀胱损伤的治疗：已破裂者行两层内翻缝合，内层用 3～0 号肠线，不包括粘膜层，外层用 1 号丝线，术后留置导尿管 7～10 天；术后出现尿外渗者，应再次手术探查，修补破裂口，并行耻骨上膀胱造瘘或置导尿管行膀胱引流，于损伤的缝合口旁和腹腔内放置引流管。

二、睾丸高位

在修复提睾肌时致提睾肌扭曲和或将提睾肌与筋膜缝合在一起造成精索紧缩，术后睾丸上移位。防治方法，可在术时将睾丸提出切口外，缝合切口前将睾丸还纳于阴囊，经阴囊底部牵拉固定后使精索伸直，再分层缝合切口，可防止睾丸高位。一但发生睾丸高位时，应予精索松解，使之复位。

三、精索与输精管损伤

见于①在疝囊周围广泛粘连时或复发疝手术时，因解剖层次不清，分离或切开时损伤；②术中精索出血时，盲目钳夹或大块结扎而将其误夹、误扎；③疝囊颈周围未分开，高位处理疝囊颈时缝扎过多组织而将其误缝误扎；④重建内、外环口缝扎过紧，术后发生绞窄；⑤由于婴幼儿精索与输精管纤细且紧贴于疝囊壁，两者又分散入阴囊，术中不慎而误伤。因此，术中分离疝囊时，应随时观察囊壁有无条索状物，并确定精索与输精管的位置将其分离牵开；避免盲目钳夹或大块结扎组织，尤其精索出血时；精索血肿时，采用先压迫、出血停止后切开清除血肿，结扎出血点；重建的内环口以容纳成人食指尖为宜，不能过小。以上措施均可预防精索和输精管损伤。一旦发生损伤或切断时，可根据具体情况进行处理：精索内动脉被切断者，可行动脉端端吻合；术后发生精索绞窄者，应再次手术，松解重建的内环口。

四、肠管或肠系膜血管损伤

见于①由于术中麻醉不满意，肠管脱出，还纳困难而粗暴还纳，造成穿孔；②嵌顿疝切开时误伤；③处理疝囊颈或疝囊颈悬吊时，缝时进针过深，穿入腹腔将部分肠管缝扎；④滑动性疝术中将肠壁误为疝囊切开，或将滑动性疝的肠管误认为疝囊粘连而强行分离损伤；⑤用带齿镊将嵌顿肠管送入腹腔。其预防方法有①在切开疝囊时将疝囊壁先提起；②还纳疝内容物时最好用手指轻柔送回，内环绞窄时先适当扩大；③处理疝囊颈时应在直视下进行，缝时进针要适宜而不能过深；④熟悉滑动性疝的解剖，确定为疝囊后再行切开。正确处理滑动性疝，嵌顿性疝或绞窄性疝。

如果肠管损伤只限于浆肌层，可用细圆针线行间断缝合，肠管穿孔者，应保护好术野，减少切口感染与腹腔污染，用细圆针线行两层间

维普资讯 http://www.cqvip.com

断缝合，再冲洗切口，更换清洁器械及手套继续行疝修补术，置入橡皮片引流，切口污染较重者，仅作疝囊高位结扎，不作修补术。肠系膜损伤影响肠管血运者，应行肠切除肠吻合术；因肠系膜血管及肠管损伤出现术后腹膜炎、肠梗阻及腹腔内出血者，应行剖腹探查，根据术中所见具体情况作相应处理。

五、髂腹下神经或髂腹股沟神经损伤

见于①切开腹外斜肌腱膜时切口过于靠内而将深面走行的髂腹下神经切断；或切开腹股沟管外环时将其深面的髂腹股沟神经切断；②精索或提睾肌出血时盲目钳夹而误伤；③重叠缝合腹外斜肌腱膜或将联合肌腱缝于腹股沟韧带时，进针过深而误缝误扎；④切开或缝合提睾肌时将髂腹下神经切断或缝扎。故手术操作时仔细认真，切开腹外斜肌腱膜时，先于内环行一小切口，再经此用钝头剪刀或纱布裹着手指轻轻推开外环附近浅面组织，显露两神经的出支，再用组织剪剪开或根据其走向将其分离牵开，可防止损伤。

髂腹下神经或髂腹股沟神经被切断，应找出两断端，剪齐后用 5～0 号丝线将其外膜缝接数针；被钳夹或缝扎者，应将其压榨段切除缝接；被缝扎者应及时拆除缝扎线。术后局部皮肤、精索、睾丸疼痛者，可用针刺疗法或用 0.25～0.5%普鲁卡因溶液局部封闭，并辅以理疗。

六、股（髂）动、静脉损伤

见于①分离股疝疝囊壁外侧时损伤，或用止血钳夹股疝疝囊底予以翻转时，与周围粘连未解除而强行进行时撕裂；②将联合肌腱缝于腹股沟韧带、或联合肌腱、横筋膜上叶与耻骨上韧带最外侧缝合时，缝针过深损伤或撕裂。故在经股部行疝修补时，应先用食指伸入疝囊行引导并紧贴疝囊壁将与周围组织的粘连分离；经腹股沟切口行股疝修补时，应沿皮下向股部行潜行分离至股管下口（卵圆窝），显露疝囊底，逐渐翻转拖出，若粘连不易翻转时应作股部切口将周围组织完全分离后再行翻转；另外，缝合联合肌腱与腹横筋膜上叶于耻骨上韧带时，应用手指指示股静脉和髂外静脉可预防其损伤。若术中出现损伤应予以修补。术后疑有损伤，应再次手术探查，清除血肿或根据情况行相应处理。

七、腹壁下动、静脉损伤

见于①在解除狭窄的疝囊颈，于内侧切开绞窄疝疝囊颈时而不慎将其切断；②在重建内环于内侧缝合腹横筋膜时不慎损伤；③高位结扎直疝疝囊颈时，进针过深而误缝误扎。故应根据其造成损伤的原因加以预防。一旦术中出现损伤，应予修补或结扎止血，术后疑有损伤者予以手术探查，清除血肿，结扎止血。

八、损伤异常闭孔动脉

见于解除股疝疝环狭窄于股疝内侧切开陷窝韧带时，而将其深面走行的异常闭孔动脉切断。故对嵌顿性或绞窄性股疝应放弃经股部切口手术而采用经腹股沟部的切口手术，是预防损伤异常闭孔动脉的较好措施，此法是在切开陷窝韧带前可先发现异常闭孔动脉时而予以结扎，然后再行剪断和切开陷窝韧带。

九、术后渗血、阴囊血肿和感染

见于①术中剥离创面大或止血不彻底，出现术后渗血或阴囊血肿；②血肿继发感染常因无菌操作不严所致。因此术中应尽量减少不必要的剥离，对远端疝囊需要剔除时，应做到边切，边剥离，边彻底止血；对其剥离创面大、渗血较多者应在妥善止血并下于阴囊内置橡皮片引流，术后应用抗生素等可预防和减少术后感染的发生。术后如发生较大或迅速增大的阴囊血肿，应拆除缝线和/或切开阴囊，彻底止血和清除血肿；术后应用足量抗生素以防治感染，如已形成脓肿者予以切开引流。

十、远端疝囊内积液

见于远端疝囊未切除或剥离创面广泛者。术中应尽量减少组织损伤的将远端疝囊敞开可预防其发生。一旦出现，可于常规消毒下行多次穿刺抽液或切开引流。

十一、术后腹膜炎

见于①绞窄性疝疝囊内渗液或肠内容物流入腹腔，或坏死性肠管滑入腹腔穿孔或破裂致腹腔内感染；②将生机可疑的肠管回纳入腹，术后发生肠坏死；③逆行性嵌顿或绞窄性疝术中未发现隐藏在腹腔内之肠已坏死或穿

维普资讯 http://www.cqvip.com

孔而将其回纳入腹；④术中强行挤压或用器械将肠管送入腹腔时损伤；⑤行疝修补时进针过深致肠管穿孔；⑥膀胱损伤未及时发现，术后出现尿外渗。为了预防术后腹膜炎的发生，应针对以上原因加以注意，尤其对生机可疑的肠管予以细心观察再行处理，若未知生机的肠管滑入腹腔，应找出确定有生机后再回纳入腹、若仍可疑应予以切除，切勿存侥幸而回纳。逆行性嵌顿或绞窄性疝必须通过环口将腹腔内肠管拉出检查以防遗漏。还纳肠管时应在麻醉满意情况下用手轻柔地进行；手术应在直视下进行，修补时缝针不宜过深。一旦出现术后腹膜炎、应行剖腹探查，据其具体情况采取相应措施。术后腹腔内放置引流物，并应用足量抗生素和予以支持疗法。

十二、术后疝仍存

见于①术中将其他组织误为疝囊结扎而未行疝囊处理；②滑动性疝手术中辩认不清和/或处理不但；③荷包缝合时针距过宽或漏针，或将疝囊颈撕裂、术后疝内容物经缺口脱出；④疝囊结扎线或荷包缝线断脱；⑤并存疝的处理不当。

十三、术后疝复发

见于①术中不熟悉解剖，术式选用不当，致未能纠正解剖学上的缺陷或找不到疝囊而草率结束手术；②修补后存在张力致术后撕裂；③术后腹内压增高的原因未能去除；④并存疝遗漏而未予处理；⑤术后切口感染。

讨 论

腹股沟疝是外科常见疾病之一，多发生于劳动人民和经常持久站立工作者。常因不及时处理，疝块逐渐增大，加重腹壁损坏而影响劳动力和疗效。在腹股沟疝中斜疝的发病率极高，约占全部腹外疝的 90%，或占腹股沟疝的 95%。而斜疝又常因发生嵌顿或绞窄而威胁病人生命。腹股沟疝均应早期手术治疗，但常因重视不够，局部解剖不熟悉和处理不当而造成一些严重并发症。

手术治疗是治疗腹股沟疝的有效方法。手术的目的是切除疝囊和加强腹壁薄弱部分。为了取得良好的疗效。术前必须尽可能地预先处理有关腹内压增高的病因、如各种原因引起的慢性咳嗽、排尿困难、便秘、妊娠或腹水等。并要求施术者熟悉其局解、病理生理特点、正确选用术式和严格遵守无菌操作规范。

手术方法可归纳为疝囊高位结扎术、疝修补术和疝成形术三大类：①疝囊高位结扎术是疝修补术和疝成形术的基本内容之一，对婴幼儿腹股沟疝常可获得满意疗效而不需施行修补术；也常适用于绞窄性疝因肠坏死而局部感染严重的病人。但此方还不足以预防其复发。且若结扎偏低、则可因又成为一个小疝囊而不能达到治疗目的。②疝修补术是在疝囊高位结扎的基础上、利用邻近健康组织修补内环、外环和腹股沟管壁。内环的修补适用于环区组织明显松弛的斜疝，以加强扩大了的内环，是疝修补术中的一个重要步骤，可以减少术后复发；腹股沟管壁的修补是腹股沟疝手术的主要内容、方法较多、加强前壁的术式常选用 Ferguson 氏法，适用于腹横筋膜无明显缺损，腹股沟管后壁尚健全的斜疝和一般直疝，儿童斜疝也较常用此法。加强后壁的术式有习用很久的 Bassini 氏法，以及 Hasltea 氏法、Andrews 氏法和 Mcvay 氏法。这几种方法适用于腹横筋膜松弛、哆开、腹股沟管后壁薄弱的病人。其中 Bassini 氏法多用于青壮年患者，而后面三种方法较多用于老年人、巨大斜疝、直疝、股疝或复发疝；外环的重建以能容过成人食指为宜，勿使精索绞窄。③疝成形术适用于腹股沟管后壁严重缺损，周围组织薄弱而难以修补的巨大斜疝、直疝和复发性疝。

嵌顿性疝和绞窄性疝均应紧急手术，防止肠坏死和解除肠梗阻。手术处理要特别注意：①嵌顿的肠袢较多时，应警惕逆行嵌顿疝（W 型疝）的可能；②临手术前，麻醉后疝内容物可能突然滑入腹腔，致坏死肠管或其他组织遗漏腹腔，必要时应作腹部切口探查；③切勿将生机可疑的疝内容物侥幸回纳入腹腔，因而造成严重后果；④绞窄性疝手术的主要关键在于迅速、正确判断疝内容物的生机，然后根据病情确定处理方法。如其内容物为肠管又确已坏死，应施行肠切除肠吻合术，一般不作疝修补术，以免因切口感染而使手术失败。在行各种疝的手术过程中，施术者必须严格遵守无菌操作规范，防止切口感染和术后免除增高腹内压的各种诱因，是预防疝修补术后复发的重要措施。

（收稿日期：1996—11—03）