维普资讯 http://www.cqvip.com

15—16 腹股沟疝；外科手术；术式

2008(7)

局解手术学杂志 1993 年第 2 卷第 2 期总第 6 期

腹股沟疝术式的选择

青城子铝矿职工医院 徐旭广
（辽宁凤城，邮政编码 118107）

R656.2

腹股沟疝是一种较典型的解剖结构异常的疾病，其发生与局部解剖和病理解剖密切相关，腹股沟疝是外科中常见的疾病，也是外科手术治疗中较易失败的一种疾病，其术后复发率约为 5～10%之间。

腹股沟疝修补术复发的原因很多，但是，一般不外有（1）手术操作失误（如未找到疝囊，未作高位结扎等），（2）病人本身因素（如存在有腹压增高性疾病、便秘、慢性咳嗽等），（3）手术设计本身的缺陷（如未修补内环，未重建腹横层，修补裂开等）。因手术设计本身的缺陷造成术后复发的约为 50%[1]。

从 Bassini 介绍疝修补术以来，据云已有 81 种术式[2]，但目前我国采用的术式不外乎有以下几种类形。

一、古典式的 Ferguson 氏法

Bassini 氏法、Mcvay 氏法，但以上各种方法在修补腹股沟疝时，往往只加强了腹股沟管的前壁或后壁，并没有修补内环，而修补内环是疝修补的重要步骤，是防止疝复发的关键环节。

二、以修补内环或重建内环为其主要修补措施的腹股沟疝修补术式

它包括以下几种：1. 改良 Bassini 氏法：有 Shouldice 法及其改良法，Madden 氏法，Ponka 改良巴氏法，此三种方法都是在 Bessini 基础上，加强了腹横筋膜的处理，修补或重建内环[3]。2. 改良 Mcvay 氏法：双层后壁修补术[4]，该方法是不游离精索，于精索与腹内斜肌腹横肌弓及联合肌腱之间分离提睾肌，切开腹横筋膜，从该筋膜深面分离显露 Cooper 韧带，将联合肌腱，腹横肌弓连同腹横筋膜上叶一起缝至耻骨结节、Cooper 韧带及股鞘内前缘，重建内环。若修补张力过大，可作腹直肌前鞘减张切口，第一层修补后，再将腹横筋膜下叶上提，缝至腹内斜肌及其腱膜浅面，所形成的第二内环与前者相似。3. 腹横筋膜重叠缝合治疗腹股沟斜疝[5]，该术式要点是充分游离疝囊至内环，切开疝囊返回内容物，行高位结扎，切除多余疝囊不悬吊，从内环至耻骨结节切开腹横筋膜，将两侧叶腹横筋膜重叠缝合，修补、重建内环。4. 经腹腔修补腹股沟斜疝[6]，此术式要点是从腹腔内结扎疝囊颈，能确切起到高位结扎的目的，从腹腔内修补内环及其附近松弛的腹横筋膜。该术式不破坏腹股沟管的正常解剖。以上几种术式都强调了腹横筋膜的处理，能否处理好腹横筋膜是防止腹股沟疝复发的关键。

三、以修补体修补腹股沟疝

能作修补体的组织及材料较多，但我国有以下几种方法：以阔筋膜修补、以腹直肌鞘前层修补，带血管的肌肉（股薄肌）转移修补[7]，带蒂全层皮瓣修补[8]，人工网片修补等。人工网片修补方法目前我国应用的较少，尚在试用阶段。Usher 1958[10]首先提出以 dacron 修补腹股沟疝，30 多年来无论是操作要点或人工网片性能都有较大的改进，国外利用人工网片修补日益增多，但我国也成功地用碳纤维修补老年复发疝[11]。以修补体修补腹股沟疝主要用于中老年的巨大疝，复发疝，腹股沟组织萎缩，破损等情况。

腹股沟疝修补术式较多，术式的选择应根据病人的具体解剖变化情况而定。术式的选择直接关系到手术的成功与否，不论那一种术式，腹股沟疝修补的关键是：必须高位结扎疝囊，修补或重建内环，处理好腹横筋膜。能否处理好腹横筋膜是防止腹股沟疝术后复发的焦点。古典的腹股沟疝修补术是不处理腹横筋膜，从 70 年代起疝修补的关键是能否处理好腹横筋膜，认识到了腹横筋膜在腹股沟疝修补中的重要作用。另外在加强修复腹股沟管的前壁或后壁时要尽量将不属于同一解剖层次的组织强行缝合在一起，缝合时要尽量减少张力，以防撕脱。对于腹股沟疝修补不能拘泥于一种固定不变的模式，但全面否定传统的术式也是不现实的，必须根据病人和疝本身的解剖改变情况以及医生对手术的经验来选择最合适的手术方法。

参考文献

1. 黄廷庇．有关近代腹股沟疝修补的一些问题．实用外科杂志．1989；9（3）：145.

维普资讯 http://www.cqvip.com

颅内血肿；儿童；外科手术；诊断 2009(8)

2. World. J Swrg 1989; 13 (5): 522.
3. 刘 标. 巴西尼腹股沟疝修补术的沿革. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 145.
4. 冯云鹏. 等. 双层后壁修补术治疗腹股沟疝. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 141.
5. 董国光. 等. 腹横筋膜重叠缝合治疗腹股沟斜疝. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 152.
6. 王寿林. 等. 腹股沟斜疝径腹修补术的疗效观察. 实用外科杂志. 1992; 12 (3): 132.
7. 樊 立. 等. 带血管的肌肉转移修补腹股沟疝. 实用外科杂志 1989; 9 (3): 140.
8. 吉承华. 带蒂全层皮瓣修补腹股沟疝. 实用外科杂志 1992; 12 (3): 153.
9. 李德春. 等. 替代物修补腹股沟疝. 实用外科杂志 1992; 12 (3) 123.
10. Usher FCA. new plastic Prosthesis for repairing stissue defects of the chest and abdominal wall Am J Surg. 1959; 97: 626.
11. 成怀鲁. 等. 用碳纤维修补老年复发疝 5 例体会. 实用外科杂志 1992; 12 (3): 156.

16—17

小儿外伤性颅内血肿在基层医院的手术诊治体会

陕西省乾县医院脑外科 何金荣 薛栋才
（陕西乾县，邮政编码 713300）

R726.511.5

CT：是诊断颅内血肿的重要工具，在基层医院尚待普及，为了因病因地制宜，积极发挥一线及时救治作用，笔者重点强调了小儿急性外伤性颅内血肿在基层医院的诊断和治疗。

1987～1991 年，我院共收治小儿重型颅脑损伤 182 例，其中小儿颅内血肿 68 例、占 37%，48 例经手术治疗，诊治体会浅谈如下：

临床资料

本组 68 例：男 42 例，女 26 例；年龄：4 个月～12 岁，平均年龄 6.7 岁，小于 2 岁者 27 例，3～6 岁者 22 例，7～12 岁者 19 例；受伤原因：坠落伤 34 例，碰伤 15 例，车祸 19 例；CT 脑扫描确诊 20 例，手术探查确诊 48 例；脑内单个血肿 6 例，脑内多发性小血肿 5 例，硬膜外血肿 20 例，硬膜下血肿 33 例，开放性颅脑损伤脑内血肿 4 例；手术探查和前囟穿刺引流 49 例，其余 19 例均经非手术治疗；治疗结果：按哥拉斯预后分级，良好者 52 例，中残 4 例，重残 3 例，死亡 9 例，治愈率 76%，死亡 13.2%

讨 论

一、关于小儿急性外伤性颅内血肿的诊断：在小儿神经系统发育尚未成熟的阶段，由于大脑皮质抑制功能较低，在创伤的初期，常缺乏典型的临床症状，很容易与脑挫裂伤、脑水肿、脑干损伤相混淆。我们通过 68 例的临床观察，发现小儿急性外伤性颅内血肿在意识改变方面，不但与成人不同，而且与年龄有绝大关系。在 4 个月～2 岁以下的幼儿 27 例中，他们受伤大多为床上和怀中坠落伤，受伤部位以额顶部为主，出现硬膜下血肿者 20 例，常伴有颅缝哆开和乒乓球样骨折，伤后一直清醒者 18 例。7 例为双侧硬膜下血肿，伤后无原发性昏迷，由清醒逐渐进入昏迷。27 例很少有昏迷～清醒～再昏迷、他们的主要特点是：抽搐，呕吐、呆滞，两眼向上凝视，开始双侧瞳孔缩小，光反射迟钝、脑疝形成后、血肿侧瞳孔不圆～散大。其中有 10 例在头部受伤后 3～7 天发病，以发烧、癫痫为主要症状，伴有四肢肌张力增高，如不详细询问受伤史的情况下往往被误诊为高烧惊厥。因此，小儿与成人硬膜下血肿不同的原因是：成人硬膜下血肿大多数因局部和对冲性脑挫裂伤，脑表面小动脉出血引起，故原发性脑损伤较重，意识障碍出现较早又较典型，而婴幼儿大多数因桥静脉断裂引起，脑挫伤较轻，对冲伤发生少、意识障碍出现较晚，所以年龄越小表现尤为突出。

在 6～12 岁的小儿颅内血肿中、其中脑内血肿 11 例，硬膜下血肿 6 例，硬膜外血肿 20 例、他们与成人不同的特点是：伤后意识清醒～昏迷～昏迷逐渐加深 24 例、伤后一直昏迷 13 例，随着昏迷程度不断加深而出现一侧瞳孔散大。特别在硬膜外和硬膜下血肿中表现较为突出。在额底部和额顶部的脑内血肿中，以昏迷为主，瞳孔变化较慢，无一例有中间清醒期。当颅内血肿引起的颅内高压时，与成人不同的是呼吸不是减慢，而是增快（本组 18 例），呼吸不规则 8 例，脉慢少见、脉快