维普资讯 http://www.cqvip.com



局解手术学杂志 2003年第12卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.3

# 经典的疝修补术后复发疝32例临床分析

马雪平，王晋峰，赵国发，陈广斌

【摘 要】 目的 分析经典腹股沟疝修补术后复发及治疗。方法 1985年2月至2001年10月，我科治疗复发疝32例，其中男性25例，女性7例，高龄疝20例，同侧并存疝1例，双侧疝4例，伴腹内压增高复发疝11例。结果 全组均治愈出院，术后阴囊水肿6例，切口积液2例，阴囊血肿2例，1例术后1年复发。结论 要达到理想效果和低复发率，应注意围手术期处理，合理的手术方式，规范的技术操作。

【关键词】腹股沟疝；疝修补术
【中图分类号】R 656.2 【文献标识码】A 【文章编号】1672－5042(2003)03－0198－02

**Clinical analysis of 32 cases of recurrent inguinal hernia treated by classical herniorrhaphy** *MA Xue-ping, WANG Jing-feng ZHAO Guo-fa, et al. Department of General Surgery, Heping Hospital, Changzhi Medical College, Changzhi 046000, China*

【Abstract】 **Objective** To explore the recurrence of classical inguinal herniorrhaphy. **Methods** A total of thirty two cases of recurrent inguinal hernia were treated in our department and in other clinic from February 1985 to October 2001. **Results** All the cases were cured postoperatively, 6 patients had slightly scrotal sweeling. 2 patients had scrotal hematoma. 2 cases had incision exudative hydrops. There was 1 case of recurrence after one year. **Conclusion** An ideal efficacy and low recurrence rate could be reached in treating recurrent inguinal hernia by inguinal herniorrhaphy. The proper operative medthod, standard operative techniques, and correct treatment of perioperation period should be choice for operation.

【Key words】 inguinal hernia; herniorrhaphy

经典的疝修补术在新型材料发明以前是治疗腹股沟疝主要方法。但第1次疝手术复发率为1%～15%[1]，复发疝修补术后再复发率10%～20%[2]。随着解剖科学进展，新型补片问世，现代疝修补术已在大中医院采用，但因材料昂贵，在基层医院迅速推广使用有待时日。本文通过我院收治15例，院外治疗复发疝17例，经再次修补治疗，总结相关经验，以减轻病人的痛苦。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

自1985年2月至2001年10月，我院首治疝修补术后复发15例，县级以下基层医院首治后复发疝17例。其中急诊手术6例，其余为择期手术。本组32例中，男25例，女7例，平均50.6岁(3岁～80岁)，半年内复发10例，1年内复发15例，1年以上复发7例。儿童6例，青壮年6例，老人20例。其中较肥胖者8例，同时合并腹内压增高疾病：慢性支气管炎(3例)，前列腺肥大(3例)，习惯性便秘(2例)，重体力劳动者(5例)，腹水(1例)。

### 1.2 手术方法

均用静脉复合麻醉或硬膜外麻醉。儿童疝(6例)以疝囊高位结扎，内环修补，加强腹股沟管前壁同时腹外斜肌腱膜重叠缝合。青壮年人小疝(6例)，采用内环修补术及加强前壁的Ferguson修补法；较大疝(5例)，采用重点内环修补和加强腹横筋膜及Sheuldice修补法；巨大斜疝(3例)或老年直疝(2例)，可选用Mcvay、Halsted法，必要时用自体筋膜，涤尼纶片，聚丙烯网片无张力修补术。

## 2 结果

手术时间50～90 min，术后切口疼痛24～48 h，止痛10例，术后切口盐袋加压24 h，切口积液2例，阴囊水肿6例，阴囊血肿2例，经穿刺抽吸治愈，1年后复发1例。

## 3 讨论

腹股沟疝是普外科常见病，疝修补术是一种传统的既普通又复杂的手术。操作方法种类繁多，因术者不同，病人情况不同，术后复发率差异较大。不断探索和改进疝手术是医务工作者的责任。现代疝修补术出现，因“无张力”，损伤轻，操作简便，并发症少，复发率低[3]，对传统的疝修补术而言，优势明显。但因经济原因，在基层医院，采用传统疝修补术治疗仍大量存在。但应注意以下几方面。

首先，复发疝的发生是多方面的。除嵌顿疝不能选择病人外，一般常诊病人，应注意有所选择，术前应排除严重器质性疾病，恶性肿瘤晚期，顽固性腹水，严重营养不良等。对于引起腹内压增高相关疾病应给予

作者单位：长治医学院附属和平医院普外科，山西 长治 046000

维普资讯 http://www.cqvip.com



相应治疗并解除。1岁以下婴幼儿患者可随访，或使用疝气带。积极开展健康教育，使病人认识到早期诊断及早期治疗的益处，因病期延长，腹股沟管结构组织变化、弹性改变、缺损病理性损害更大，更易复发。本组治疗病人中，13例病程在10年以上，2例病程20年以上。

医患互选与复发有一定关系。患者应选择有经验医生，其次选择比较正规医院。对于手术医师，特别是青年住院医师，应对腹股沟管解剖非常熟悉，同时掌握不同疝修补术适应范围。如：Ⅰ型，疝囊高位结扎。Ⅱ型，注意腹横筋膜修补，可用Bassini、Mcvay、Sheuldice法，尽量低张力缝合。Ⅲ型，Sheuldice、Mcvay法或平片无张力疝修补手术，或自身材料修补。Ⅳ型，腹股沟管后壁修补术加自身或人工材料。

术中操作规范，进入手术室严格执行无菌规则，不能因为是无菌手术，忽略了必要无菌原则，导致院内感染，对于小儿及老年病人更应注意。切开皮肤后注意彻底止血，保护髂腹下及髂腹股沟神经，否则导致局部肌肉萎缩失去钳闭机能，而造成疝复发。充分游离腹外斜肌腱膜，仔细分离精索，避免操作损伤血管和生殖股神经，减少术后并发症。疝囊颈部游离至腹横筋膜水平并显露腹膜外脂肪，内荷包缝合后用丝线贯穿8字缝扎。本组4例病人发现腹膜盲袋残余，与未高位结扎相关，放弃悬吊做法。注意缝合时，避免错位使组织间不能紧密接触或缺血，导致愈合不良。避免强张力缝合，导致腱组织韧带撕裂脱落[3]。必要时行腹直肌前鞘内层作减张切口。

术后注意切口加压24～48 h，儿童及青年用青霉素，老年以及急诊病人可用第2、3代头孢菌素。用药时间术前30 min静脉点滴，术后追加一个剂量。注意缓解切口疼痛，密切观察切口情况，避免切口感染，保持大便通畅，防止上呼吸道感染，术后3 d流食，卧床4 d期间注意肢体被动及主动活动。7 d拆线，半年内避免剧烈体力活动，巨大斜疝、直疝、复发疝1年内避免重体力劳动。

总之，无论传统或现代疝修补术治疗腹股沟斜疝均应注意围手术期正确处理，规范操作，合理的手术方式，才能尽可能降低复发。

【参考文献】

[1] 马颂章. 无张力疝修补手术的进展[J]. 中国实用外科杂志，2000，20(9)：564－565.
[2] 唐健雄. 疝修补术后复发的手术治疗[J]. 中国实用外科杂志，2002，22(4)：205－207.
[3] Abrahamson J. Etiology and pathophysiology of primary and recurrent groin hernia formation[J]. Surg Clin North Am, 1998, 78(6): 953－972.

（收稿日期：2003－03－20） （编辑：余汇洋）

·个案与短篇·

# 四边孔综合征1例

徐艳华，王伟红

【关键词】四边孔
【中图分类号】R685.4 【文献标识码】B 【文章编号】1672－5042(2003)03－0199－01

## 1 临床资料

病例，男性，21岁，新兵。在单杠上行双臂大回环训练时坠落，左肩部先着地，当即左肩部疼痛，广泛肿胀，行X线片检查未见骨折脱位。休息，局部理疗，口服骨折挫伤散治疗3周，症状消失，能正常参加训练。伤后2月，无诱因出现左肩部酸痛、无力，曾于外院按“肩周炎”治疗2月无效，渐出现左肩关节无力，外展受限，于2000年4月1日入我院。查体：左三角肌萎缩，肌力Ⅳ级，左肱三头肌肌力Ⅳ级，肩关节外展40°，不能上举，肩外侧皮肤痛觉减退，四边孔处压痛(＋)。肌电图示三角肌和肱三头肌神经源性病损。诊断：左侧四边孔综合征。休息，同时行三角肌、肱三头肌电针刺激，每天1次。于四边孔压痛处以泼尼松50 mg、维生素$B_1$ 10 mg、维生素$B_{12}$ 250μg局部封闭，每周1次。保守治疗3月，症状轻度改善。择期在全身麻醉下行腋神经探查术。侧卧位，采用腋后方切口入路，术中发现肱三头肌外侧头有损伤迹象，形成粗大的条索状瘢痕，压迫腋神经及桡神经肌支，腋神经质地变硬，色泽暗淡，外膜毛细血管网减少，切开病变段神经外膜，松解粘连神经束膜并切除条索状瘢痕。术后半年，肩关节外展上举功能恢复正常，三角肌、肱三头肌肌力恢复正常，肩外侧皮肤感觉完全恢复正常，三角肌萎缩于术后1年恢复正常。

作者单位：牡丹江市解放军第209医院外一科，黑龙江 牡丹江 157011

（下转204页）