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）

维普资讯 http://www.cqvip.com

支持其观点。在先天性髋关节脱位时，股骨头因小而扁平或形状不规则，且会脱出髋臼之外。股骨头缺血性坏死是髋部常见疾患，Glickstein 指出对其早期诊断MRI最敏感，在T2加权横位图像上显示其松质内出现信号减低区。胥少汀[7]报道，一旦出现股骨头顶区塌陷，则予后欠佳，并提出在MR横位图像上，可见股骨头内信号强度异常，如广泛不均低中信号、头前部低信号、低信号包绕中信号或头内大部低信号等。

在所有横断层内皆可见厚实的关节囊前壁，即髂股韧带，其厚度可达0.8 cm，在断层五、六显示出关节囊前包绕股骨颈全长，其外侧止于转子间线，而关节囊后壁，只覆被股骨颈的内侧部，股骨颈外侧部裸露于关节囊以外，因此，若股骨颈骨折，在此两断层处可提供囊内或囊外骨折的信息。

在本文断层二、三中，于关节腔内侧部可见髋关节内韧带——股骨头韧带之全长及横径。一般而言，X线、CT及MRI等影像学检查方法，难以提供股骨头韧带损伤的直接征象，故迄今人们对股骨头韧带结构和功能的认识仍甚肤浅，对其病损所致的临床表现及其转归亦知之甚少。近来由于髋关节镜的应用与进展，证实股骨头韧带富含感觉神经末梢，故损伤后可引起疼痛、弹响、失稳等与髋关节疾患相应的症状及体征[8]，可以说股骨头韧带损伤是导致髋关节一系列症状的重要原因之一，不言而喻，髋关节镜技术的开展为人们认识并治疗股骨头韧带损伤提供了新的手段，已成为诊断和治疗股骨头韧带损伤的金标准。

关于髋关节滑膜的形态结构，傅之屏[9]对胎儿、儿童及成人各42例的髋关节滑膜形态进行了研究，发现髋关节关节囊之滑膜层向关节腔内凸入形成滑膜皱襞，按位置分其为三型，其中以位于髋关节囊近端内侧下方髋臼外缘处呈片状或绒毛状，称其为"C皱襞"者多见。本文第五断层在关节囊的内后部，髋臼横韧带附着处，可见关节囊之滑膜层形成皱折凸入关节腔内，即滑膜皱襞。此形态结构支持傅氏的"C皱襞"论点。随着髋关节检查技术的提高，有关髋关节滑膜病变的报道在不断增多，如滑膜炎、滑膜嵌顿症等。张国川[10]报道超声诊断儿童髋关节滑膜嵌顿症9例，其中3例经手术证实，认为由于"C皱襞"处关节囊薄弱松弛，当关节腔内压力变化时，该区囊壁反复膨出、回缩，负压可将滑膜皱襞的游离端吸入至股骨头与臼之间。外伤、炎症时，水肿的滑膜不能回位，而被嵌顿，故提出髋关节滑膜皱襞是滑膜嵌顿症的解剖学基础。

【参考文献】

[1] 杨月鲜，马兆龙，杨广夫，等. 髋关节断面影像解剖学研究[J]. 解剖学杂志，1996，19：s58.
[2] 赵仲岳，李世民，娄思权. 关节外科学[M]. 天津：天津科学技术出版社，2002. 721－724.
[3] 中国解剖学会体质调查委员会编. 中国人体质调查续集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1990. 148－158.
[4] 沈彬，裴福兴，杨静，等. 全髋关节置换术治疗成人先天性髋关节脱位[J]. 中华骨科杂志，2002，22(4)：212－215.
[5] 吕厚山. 人工关节的新进展[J]. 中华骨科杂志，2000，20(4)：254－257.
[6] 朱建华，李克农，杨开明，等. 股骨头及股骨体测量统计分析[J]. 中国局解手术学杂志，1999，8(3)：197－199.
[7] 胥少汀，李自立，李增洲，等. 成人股骨头坏死的早期MRI与X线图像分析诊断[J]. 中华骨科杂志，1999，19(4)：207－210.
[8] 周一新，Richard N V，周正雄，等. 髋关节囿韧带损伤的关节镜诊断与治疗[J]. 中华骨科杂志，2001，21(7)：399－402.
[9] 傅之屏，彭明星，彭庆思. 髋关节滑膜皱襞的应用解剖学研究[J]. 四川解剖学杂志，1995，3(2)：92.
[10] 张国川，张文云，段惠军. 超声诊断儿童髋关节滑膜嵌顿症[J]. 中华超声影像学杂志，2000，19(1)：57－60.

（收稿日期：2003－06－18） （编辑：文 灿）

（上接199页）

2 讨论

四边孔又称四边间隙，位于肱骨内侧和肩胛骨外缘之间。其上界为小圆肌；下界为大圆肌；内侧界为肱三头肌长头；外侧界为肱三头肌外侧头和肱骨外科颈。浅层有筋膜包绕。腋神经起自臂丛神经后侧束，至肩胛下肌前缘，与旋肱后血管一同经四边孔穿出之后，绕肱骨外科颈的后方。腋神经穿四边孔的位置与桡神经的肱三头肌肌支相距较近，而距桡神经干较远。当四边孔区受伤时，可累及腋神经及桡神经的肱三头肌肌支。四边孔约拇指大小，外伤后四边孔周围软组织充血、水肿、增生，形成瘢痕，压迫腋神经。本例病人伤后无明显神经损伤症状，于伤后2月出现症状，可见外伤并非为直接致病因素，而在软组织修复过程中形成瘢痕组织使四边孔相对减小，致腋神经受压。四边孔综合征易与臂丛神经损伤相混淆，常被临床医生忽视。对四边孔综合征的诊断依据是：(1)肩部或腋部有外伤史；(2)三角肌、肱三头肌麻痹，三角肌区痛觉减退或消失，四边孔处压痛(+)；(3)不伴有同侧上肢其它肌肉麻痹。对早期轻症患者，可保守治愈，经保守治疗无效，应积极手术探查，疗效满意。

（收稿日期：2003－06－04） （编辑：蒋登金）