维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 1

腹横筋膜加固缝合治疗腹股沟斜疝62例体会

李来印* 韩殿冰** 李建军* 薛海松* 徐丰田*

【摘 要】 目的 总结腹横筋膜加固缝合治疗腹股沟斜疝体会。方法 采用腹横筋膜加固缝合修补后壁的方法，治疗腹股沟斜疝62例，其中男性60例，女性2例，年龄12～78岁。结果 均治愈，随访1～5年，仅1例复发。结论 认为腹横筋膜加固缝合治疗腹股沟斜疝比传统方法更有效地修补和加强腹股沟管后壁和内环，且复发率低。

【关键词】 腹横筋膜 腹股沟斜疝

The realizition from curing 62 cases of inguinal hernia by suturing abdominal transversal membrance *Li Laiyin, Han Dianbing, Li Jianjun, et al. 94303 Hospital of PLA, Weifang 261051*

【Abstract】 **Objective** To realize the effect of herniorrhaphy of inguinal hernia by suturing abdominal transversal membrance. **Methods** To cure the inguinal hernia by suturing abdominal transversal membrance. **Results** all of the 62 cases are restored. Only one is recured. **Conclusion** The methods is more effective than the traditional.

【Key words】 Abdominal transversal membrance Inguinal hernia

自1995年以来，共收治62例腹股沟斜疝患者，男性60例，女性2例，年龄12～78岁；右侧36例，左侧18例，双侧6例；复发性腹股沟斜疝2例；62例均采用如下所述的腹横筋膜加固缝合、修补内环及后壁的手术方法。术后随访1～5年，仅有1例老年复发性腹股沟斜疝术后半年再次复发。

资料和方法

手术区常规消毒后，取右(左)耻骨结节至腹股沟韧带中点上方3cm处作与腹股沟韧带平行的斜切口长约6～8cm；切开皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜，在其上顺纤维切一小口，沿腹外斜肌腱膜内面上方钝性分离；分开提睾肌，分出精索；在精索的前内侧找出疝囊，游离疝囊至颈部，行高位结扎，切除多余疝囊，用纱布条牵引精索，以小拉钩牵开弓状缘，使内环充分暴露，在内环内下缘伸指于腹膜外的间隙。推开腹壁下血管及脂肪，从内环口内下缘完全切开腹横筋膜直达耻骨结节，充分游离其下面的腹膜外脂肪，用"7"号线将腹横筋膜的内侧连续缝于外侧片的深面；再将外侧片连续缝于内侧的前面，修补内环，将其缩小到能容纳一小指为度，探查无活动性出血后按切开顺序依次缝合，手术完毕。

结果和讨论

腹股沟斜疝是一种常见病、多发病，特别是在基层医院更常见。斜疝的修补术传统方法很多，如Ferguson法、Bassini法、Halsted法、Mcvay法。至今尚无一种能完全避免复发的术式[1]。本组中2例复发性斜疝均为巴氏法修补，分别于术后半年至四年复发。现在我们认为传统方法将腹股沟韧带与联合肌腱缝合在一起加固后壁是不恰当的，因为两层不相遇的组织很难愈合在一起；且缝合张力大，术后易发生分离；本组中2例复发疝也证实了这一点；这也是造成斜疝复发的主要原因。现在提倡腹横筋膜是腹股沟斜疝的第一道屏障，因此，利用它作为斜疝修补的第一主要步骤，是合乎解剖生理结构的，内环是斜疝膨出的第一关口，修补内环也就堵住了斜疝的出路，所以，腹股沟斜疝修补术的成败关键在于内环的修补及腹股沟管后壁的修补[2]；同时尽可能恢复正常的解剖位置，腹横筋膜对内环的大小及边缘的强度起重要作用。由于腹横筋膜受腹腔焦点的压力，因此，腹股沟斜疝发生时它呈现松弛或破裂缺损状态，基于解剖学的特点，腹横筋膜加固缝合不仅加强修补了腹股沟管的后壁，更可靠地修补了内环，且基本不破坏局部的解剖关系，我们认为这是可靠、有效的，是符合生理的。另外，在手术修补后壁时，利用不吸收的缝线做加固缝合，可使某一点上的张力平均分散到数个缝点上，从面减轻对组织的损伤，减少撕裂[3]，降低复发率。本组病例随访1～5年，仅1例复发，该为70岁男性患者，双侧复发疝二次手术，伴有轻度慢性气管炎病史，术后咳喘，于6个月后再次复发。我们认为对斜疝的修补前必先处理诱发因素，且腹横筋膜缺损较大者，不宜选用此法。

* 作者单位：261051 山东省潍坊市94303部队医院
** 261000 山东省潍坊市第89医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

综上所述，腹横筋膜加固缝合治疗斜疝比传统方法更有效地修补和加强了腹股沟管后壁及内环，复发率低，是一种较理想的手术方法。

参 考 文 献

1. 刘承训. 腹横筋膜在腹股沟斜疝修补术中的应用. 普外临床, 1998, 3: 142－143.
2. 薛元华. 腹股沟斜疝常用的手术方法. 实用外科杂志, 1986, 6: 62－63.
3. 黄筵庭. 有关近代腹股沟疝修补的一些问题. 实用外科杂志, 1989, 3: 145－146.

（收稿：2000-11-03）

·短 篇·

无脊髓损伤的寰枢椎骨折脱位

焦尚起* 刘文峻* 戴力杨**

寰枢椎结构复杂而特殊，其损伤不仅会导致比脊柱其他部位更为严重的肢体瘫痪，而且可直接危及生命。寰枢椎损伤患者的急救与治疗之关键在于早期即作出正确的诊断，否则可能导致严重后果。由于部分寰枢椎损伤并无脊髓损害症状和体征，临床上容易误诊、漏诊，一旦发生，则可因寰枢椎损伤未得到及时治疗而加重病情。我院自1988～1998年共收治寰枢椎骨折脱位22例，其中8例无脊髓损伤。现报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组病人男6例，女2例。年龄最小29，最大58岁，平均43岁。交通伤5例，运动伤2例，高处坠落伤1例。寰椎后弓骨折1例，枢椎椎体骨折2例，齿状突骨折（Anderson-D'Alonzo分型Ⅰ型）2例，寰枢椎旋转半脱位（Fielding分型Ⅰ型）3例。8例病人中于外院漏诊3例，1例为寰椎后弓骨折，2例为寰枢椎旋转半脱位，漏诊率为37.5%。伤后就诊时间2h至3d，平均21h。

2. 临床表现：全部病例均有寰枢椎部位的疼痛，深压痛及颈部僵硬、活动受限。其中2例病人出现一过性双侧上肢麻木无力，2例合并有肋骨骨折，3例伴有面部软组织伤。

3. 诊治经过：所有病人均行颈椎正侧位X线检查及CT检查，8例病人中4例经X片检查即可确诊，4例经CT检查后方可确诊，其中1例为寰椎后弓骨折，1例为齿状突Ⅰ型骨折，2例为寰枢椎旋转半脱位。8例病人例伤后2～4h行颅骨骨牵引，1例伤后24h行颅骨骨牵引，2例伤后3天行颌枕带牵引。牵引4～6周后改为围领固定2～3月。

4. 治疗结果：经牵引治疗，患者头颈部疼痛症状消失，颈部活动受限明显减轻。随访2～7年，平均4.6年，骨折均获得愈合，参照贾连顺的标准结果优7例，良1例。

二、讨论

1. 寰枢椎损伤特点：寰枢椎为头颅与脊柱的移行部位，解剖结构在整个脊柱中最为复杂和特殊，其椎管内为延髓和颈髓的移行部，寰枢椎骨折脱位不仅会导致比脊柱其他部位更为严重的肢体瘫痪，而且可直接危及生命，因此寰枢椎损伤在所有脊柱损伤中病情最为严重，预后也最差，有作者报告314例颈椎损伤，死亡28例，多数发生在上颈椎损伤。

寰椎骨折占上颈椎损伤的25%，一般分为三型：Ⅰ型为寰椎后弓骨折；Ⅱ型为寰椎侧块骨折；Ⅲ型为寰椎前后弓双骨折，即Jefferson骨折。本组1例为Ⅰ型，高处坠落致伤，受伤机制为垂直传导暴力，由于X线显示不清，外院漏诊。

枢椎骨折包括齿状突骨折、椎弓骨折和椎体骨折。枢椎椎体骨折分三型：Ⅰ型为冠状面的骨折；Ⅱ型为矢状面的骨折；Ⅲ型为水平面的骨折。本组2例枢椎椎体骨折为运动伤所致。枢椎椎弓骨折即Hangman Fracture，Levine和Edwards将其分三型：Ⅰ型包括所有无移位骨折和无成角且移位小于3mm的骨折；Ⅱ型为双侧关节突骨折合并大于3mm的向前移位且成角；Ⅲ型有严重的成角和移位，椎弓断裂伴随单侧或双侧小关节脱位。Anderson-D'Alonzo将齿状突骨折分为三型：Ⅰ型为齿状突尖部斜形骨折；Ⅱ型为齿状突和枢椎椎体结合部骨折；Ⅲ型为经枢椎椎体的骨折。本组2例齿状突骨折为Anderson Ⅰ型，均为交通伤，分析其受伤机制多由水平剪切加轴向压缩引起。

寰枢椎旋转半脱位通常发生在车祸中，临床表现为头颈僵直，旋转活动受限，影像学表现为齿状突与寰椎侧块对应关系的变化。Fielding将其分为四型：Ⅰ型不伴枢椎前脱位，移位距离不超过3mm，即寰椎横韧带无损伤；Ⅱ型移位3～5mm，可能合并横韧带损伤；Ⅲ型寰椎向前移位超过5mm；Ⅳ型为寰椎后移位。本组3例寰枢椎半脱位均为交通伤，按Fielding分型属Ⅰ型。

因颈椎管直径较宽、缓冲空间大，所以部分寰枢椎损伤并无脊髓损害症状和体征，临床上容易误诊、漏诊。本组无神经症状者占同期寰枢椎损伤的36.4%（8/22）。一旦发生漏诊或误诊，可因寰枢椎损伤未得到及时治疗而加重病情。因此寰枢椎损伤患者的急救与治疗之关键在于早期即作出正确的诊断。

（转第18页）

* 作者单位：300381 天津市解放军464医院骨科
** 上海市第二军医大学长征医院骨科