维普资讯 http://www.cqvip.com

174-176

5

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 3

疝区腹膜折叠法修复巨大腹壁疝

R656.205

李 桦* 张杏梅**

【摘要】 目的 提出一种修复数次术后复发的巨大腹壁疝的有效方法。方法 利用巨大腹壁疝其丰富的囊壁组织即腹膜，切开后提起，在缺损区双侧自基底部反复折叠连合，形成一5～7层的条索状腹膜组织，以加固缺损区。结果 所形成的条索状的腹膜组织具有生物活性且坚韧性强，经对10例反复术后复发的巨大腹壁疝病人的修复后随访，无一例复发。结论 此法原位取材、简便牢靠，既避免了使用阔筋膜游离移植存在的异位创伤、供区有限、并发肌疝等问题；又避免了单纯使用合成材料所面临的排斥反应、感染松脱的问题，是目前较为理想的一种疝修复方法。

【关键词】 疝 腹壁 修补 腹膜 疝区腹膜折叠法

The method of repeated doubling peritoneum to repair the huge abdominal wall hernia *Li Hua, Zhang Xinmei. Department of Anatomy, Shanghai Second Medical University, Shanghai 200025*

【Abstract】 **Objective** The article raise a effective method to repair the huge abdominal wall hernia of several times post-operative recurrence. **Methods** The patients who are huge abdominal wall hernia have sufficient hernial wall, namely, peritoneum, which can be used, the peritoneum was incised, raised and repeated doubling suture at the bilateral hernial space so that it formed a 5—7 layers thick and cord-like peritoneal tissue to intensify the lesion area. **Results** 10 patients of huge abdominal wall hernia of have been repaired by this method. Follow-up observation for 1 to 10 years, found no recurrence. **Conclusions** The method is simple and effective. It avoid not only trauma in other position and complication of muscular hernia by using the free fascia latea transplant but aslo rejection episode, inflammation and loose by only using the synthetic meterial. We consider it as an optimal means for repairing the huge peritoneal hernia at the present.

【Key words】 Hernia, abdominal wall Herniorrhaphy Peritoneum

传统的腹壁疝修复方法，不外乎在疝裂隙的前方，直接或折叠缝合其表面的腱膜性或肌腱性组织，以缩小或封闭缺损达到治疗目的。分析术后反复复发的巨大腹壁疝的病例，其患者体质多衰老虚弱、因而像慢性支气管炎、前列腺肥大、习惯性便秘等腹壁疝复发的诱因难以根治，在疝修复术中，如何有效地加固疝缺损区，是关键所在。巨大腹壁疝区的共同特点是：疝囊巨大；疝表面的肌性组织菲薄；腹横筋膜毁损严重；周围组织瘢痕粘连；局部张力较大，放失去了肌腱的直接拉拢缝合或转移肌瓣修复的可能性。临床上有文献报道：利用阔筋膜来修复巨大腹壁疝[1]，但存在着异位取材、瘢痕粘连、并发肌疝等问题。基于巨大腹壁疝囊壁巨大，疝区腹膜组织丰富，血供良好的特点，应用原位腹膜反复折叠缝合，加固疝区取得了良好的效果，并收集了一些临床资料，现报道如下。

资 料 和 方 法

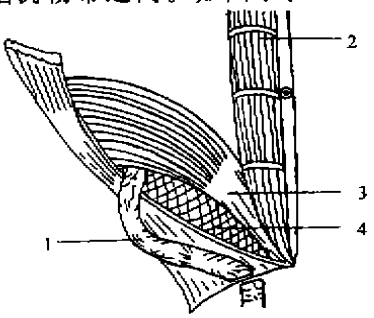
一、手术方法

连续硬膜外麻醉，先切除原切口疤痕，然后切开皮下组织即至疝区腹膜，向两侧仔细分离皮肤与膨隆的疝囊壁（壁层腹膜）之间的瘢痕粘连，直到解剖出腹壁缺损边缘的两侧腹肌。切开

* 作者单位：200050 上海市第二医科大学解剖学教研室
** 上海市解放军第85医院外一科

维普资讯 http://www.cqvip.com

腹膜时，尽量提起腹膜，避免损伤内脏器官，在两侧腹肌缘的外侧约 2cm 处，用粗丝线做腹壁全层的横褥式拉拢缝合，使其缺损边缘尽量对合。由于多数腹壁切口疝病人，腹压过高，往往不能完全对合，仍留有不同程度的腹壁缺损，则将两侧提起的腹膜基底部，尽量靠一侧的腹肌缘处做横褥式缝合，以恢复腹膜腔的完整性，然后将多余两侧大片状的疝区腹膜，反复折叠 2～3 次，这时形成条索状的腹膜组织共 5～7 层，分别与两侧的腹肌或腱膜缝合固定，以完善修复腹壁缺损，(注意缝合时不要在同一平面，以免阻断血流及淋巴回注。最后应用腹壁减张缝合法，逐层缝合到皮肤。如为复发性腹股沟疝病人，先修复内环口[2]，再于精索的后方，近耻骨梳韧带处，尽量保持一定张力缝合腹膜，再将双侧的疝囊壁，反复折叠缝合于一侧的联合腱及部分腹直肌与对侧的腹股沟韧带或耻骨梳韧带及陷窝韧带之间。如图示。



附图 腹膜折叠法修复腹股沟疝

1. 精索 2. 腹直肌 3. 联合腱

4. 折叠缝合后的 5—7 层条索状的腹膜组织

二、临床资料

我们自 1987～1997 年间，利用疝囊壁(即腹膜)折叠法，共对 10 例巨大腹壁疝患者，进行缺损修复，依据这 10 例病人腹壁疝的发病原因，分为以下 4 种类型(见附表)：

附表 10 例巨大腹壁疝修复的临床表现

	病因类型	例数	诊断	缺损面积(cm^2)	手术方法
Ⅰ型	胆囊切除术后并发感染	2	腹壁切口疝	25×28 24×23	疝区腹膜折叠修复缺损
Ⅱ型	绞窄性肠梗阻术后并发肠瘘	2	腹壁切口疝	28×20 25×26	疝区腹膜折叠修复缺损
Ⅲ型	剖腹产术后并发感染	1	腹壁切口疝	23×32	疝区腹膜折叠修复缺损
Ⅳ型	腹股沟疝并老慢支修复 2 次以上	5	复发性腹股沟疝	13×18 14×20	内环修复加疝区腹膜折叠修复

三、组织学观察

阔筋膜与腹膜组织结构相似，均属于结缔组织，阔筋膜纤维排列较致密，为致密结缔组织，而腹膜内纤维排列较疏松属于疏松结缔组织，其上附着一层间皮组织，镜下观察：阔筋膜内的胶原纤维密度大于腹膜，而弹力纤维密度小于腹膜，总纤维密度大于腹膜，但腹膜经过折叠五层后，总纤维密度却显著大于单一一层的阔筋膜，腹膜表面的间皮细胞，常见胞吐作用可保持器官表面光滑，有利于缓解器官间磨擦，有助于肠蠕动[3]。另外胶原纤维具有韧性且抗牵引力强，弹性纤维抵抗变形能力强，加上原位腹膜的血供远远大于游离的阔筋膜，反复折叠五层后的壁层腹膜，其坚韧性、组织的再生修复能力、抗瘢痕粘连能力均强于单一层阔筋膜。因而利用反复折叠的腹膜修复腹壁疝较阔筋膜修复的预后效果好。

结 果 与 讨 论

目前巨大腹壁疝手术修复取材主要有两个方面：一是利用筋膜修复腹壁缺损区。二是使用合成材料加强或替代筋膜层[4]。但很少有人提出利用巨大腹壁疝丰富的且将废弃的腹膜组织，折叠数层以加固疝区。根据腹膜的解剖生理

维普资讯 http://www.cqvip.com

特点：1. 有较强的韧性与弹性。2. 是一种有活力的有机组织，有一定的抗感染能力。3. 有很强的修复作用，在创伤、缺氧、炎症后常形成过度增生的结缔组织，更具其坚韧性[5]。我们利用原疝囊壁修复巨大腹壁疝具有以下优势：1. 优于单纯使用各种合成材料。用原位腹膜折叠法修复，自体组织即是一种"植物"，避免了单纯使用各种合成材料修复存在的排异反应、感染松脱等问题。2. 优于筋膜修复疝区。经多次手术修复的巨大腹壁疝患者的疝区，腹横筋膜毁损严重，几乎无利用可能，阔筋膜修复存在着异位取材，供区受限、并发肌疝等问题，而利用丰富的疝囊壁修复，"就地取材"更 符合解剖生理，5—7层条索状的腹膜组织，其坚韧性、生物活性远远大于单一层阔筋膜。共对10例病人术后随访1～10年，无一例复发，能胜任正常体力劳动，证明此法可行。

综合以上分析，利用疝区腹膜修复巨大腹壁疝，是目前较理想的"移植物"，方法简便，但也存在不足之处：如为术后反复感染引起的巨大腹壁切口疝的疝区，疝囊壁与皮肤粘连广泛，分离皮肤与疝囊壁之间的瘢痕粘连时，易出现破损，影响了这部分腹膜的有效利用面积。解决办法是在腹膜折叠的基础上，联合使用组织相容性较好的聚酯纤维网做支撑物，更有效地加固疝缺损区[6]。

参 考 文 献

1. 刘 幸. 阔筋膜游离移植修补二例巨大切口疝. 实用外科学，1993，9(2)：96.
2. 解震河. 老年腹股沟疝双层折叠缝合术168例治疗体会. 中国实用外科杂志，1997，17(2)：431.
3. (美)W. 布卢姆，D. W. 福西特主编. 李健群译. 组织学. 北京：科学出版社，1984：157.
4. 彭开勤，张应天. 疝外科进展. 临床外科杂志，1998，6(1)：9.
5. Peterl. Williams, Roger Warwick, Mary Dyson, et al. GRAY'S ANATOMY, Thirty-seventh edition, Churchill Living Stone, Edinburgh London Melbourne and New York, 1989：1336.
6. 王明春. 聚丙烯网片在32例老年腹股沟疝修补术中的应用. 云南医学，1998，19(1)：40.

(收稿：1990-01-04)

·个 案·

珍珠粉治疗褥疮的体会

徐建英*

近年来，我们应用民间珍珠粉涂擦创面的原理，用于褥疮的治疗，收到了满意的效果。报告如下。

一、临床资料：患者女性，33岁，因慢性肾炎，尿毒症晚期一年余，以血液透析维持生命。由于尿毒症导致全身多脏器衰竭，全身时常出现散在性水泡，继而破溃形成疮面。我们采用传统的治疗方法效果不明显，应用珍珠粉涂擦创面后，很快结痂痊愈。具体方法：小创面周围皮肤常规消毒；(2)珍珠粉末均匀撒在创面上；(3)覆盖无菌纱布包扎。

二、结果：治疗后第一天，原湿润的创面接近干燥，再次用珍珠粉末撒创面，三天后创面干燥，有结痂，七天后部分痂面自行脱落，创面渐愈合。

三、讨论：褥疮是一种护理并发症，主要由于身体骨质突出部位软组织长期受压，导致局部缺血，组织营养不良，表皮破损感染而形成的特殊创面。临床护理中除了做到勤翻身、勤擦洗、勤按摩，勤换洗、勤整理、勤检查、勤交代外，局部用药非常重要。因其创面多数有炎性渗出，不易结痂，若直接覆盖无菌纱布，易造成创面与纱布之间的粘连，影响愈合。而珍珠粉作为一种粉剂，不但具有解毒生肌等功效，还可以干洁收敛创面，营养肌肤，进而促进创面结痂愈合。在临床上不失为一种治疗褥疮的良药。

(收稿：1999-03-12)

* 作者单位：310004 浙江省杭州市解放军475医院外一科