维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 1 期总第 21 期

嵌顿疝挤压后肠破裂的手术治疗

南京市第一医院外科 郑裕隆
（江苏南京，邮政编码 210006）

嵌顿性或绞窄性腹外疝经强力挤压可诱发肠损伤或破裂，我院 1966～1995 年曾收治 21 例，均经手术证实，特简要报道。

临床资料

本组男 17 例，女 4 例，年龄 53～83 岁，平均 68.2 岁。病程 24 小时内 17 例，2～7 日 4 例。主要症状为腹股沟包块不能回纳，自行强力挤压复位后，顿感腹部剧痛，并恶心呕吐、发热 6 例。体检示中毒性休克 4 例，腹胀、全腹肌紧、压痛、反跳痛、肠鸣音低、腹股沟部扪及包块 8 例，其中不能回纳 2 例，外环均增大。腹腔穿刺 4 例，获血性或混浊粪味渗液 3 例。腹部透视 5 例，见膈下游离气体 3 例。属腹股沟斜疝 18 例，股疝 3 例。位于右侧 15 例，左侧 6 例。术中均见肠破裂口，位空肠 3 例，回肠 17 例，横结肠 1 例；除 1 例有 3 处破口外，均单发，破口大 0.5～2.5cm，其中 1cm 以上 14 例；除 1 例破裂在系膜缘外，均在系膜对缘；浆肌层破裂 1 例，余均全层破裂。作肠修补 16 例、肠部分切除 4 例，造瘘 1 例，另疝修补 2 例，内环缝闭 5 例，均腹腔引流。术后中毒性休克死亡 4 例，肠瘘致死 1 例，阴囊疝囊积脓 1 例，切口感染 7 例，余均康复。

讨 论

一、病理：腹外疝嵌顿或绞窄后可因暴力挤压、外伤、或肌肉突然收缩而致肠破裂，多见于腹股沟斜疝，偶见于股疝、切口疝、脐疝。腹外疝嵌顿后，若回纳不当可引发多种不良后果：将肠管挤破致腹膜炎；将坏死、穿孔，或受损肠袢纳入腹腔；疝囊内染菌渗液挤入腹内发生感染，连同疝囊及嵌顿或绞窄内容物挤入腹壁各层间或腹腔，梗阻仍未解；疝内容被挤入疝囊另一囊腔；疝囊被挤破，内容脱出于破裂处；肠袢复位后因粘连、扭转而梗阻；回纳后因肠袢受损或血运障碍可并发出血，炎症、粘连、穿孔等。

临于疝内容以小肠为多见，致破裂脏器以小肠居多，回肠较空肠尤常见，结肠甚少，穿孔部位多在无保获的系膜对缘，罕见于系膜缘，单个穿破较多、多处穿孔极少；肠壁全层破裂较多、少数不全性破裂如浆肌层断裂而粘膜完整，粘膜肌层破裂而浆膜未损，或仅肌层损伤、血肿，后因血运障碍，组织坏死而延迟破裂，也可因肠系膜血运受损而导致肠破裂，本组 1 例浆肌层破裂，及时手术而未穿破；穿孔多在 1～2cm 间；穿孔后疝内容多回纳，少数因粘连而不能复位，本组仅 1 例；肠袢原有病变，炎症、粘连、血运障碍者均可使管壁薄弱、活动度减退，受力不匀而易破裂。

二、临床特征：临床表现主要是嵌顿性腹外疝挤压后肠破裂所致弥漫性腹膜炎症状，少数肠破裂发生于疝囊内，致腹外疝呈局限性炎症征象，或两者兼有。主要症状为腹痛，每于暴力挤压腹外疝后顿感剧痛，自下腹或外疝侧迅向全腹弥散，并以下腹为著，伴恶心呕吐。体检全腹肌紧、压痛、反跳痛，尤其邻近疝侧，肝浊音消失、肠鸣音低、外疝侧肿胀、压痛、内容物消失、病程长或肠腔内容溢出较多者可呈中毒性休克、失水、发热。腹部透视可示膈下游离气体，腹腔穿刺可获混浊渗液。白细胞数及中性增加。临床特征：多见于老年男性，有多年可复性腹外疝史；曾暴力挤压嵌顿腹外疝；腹部剧痛并呈弥漫性腹膜炎征；出现全身症状；腹外疝于挤压后消失或部分回纳。

三、防治：诊断一经确立应及时手术，切口以疝侧腹部纵形切口为佳，腹股沟斜切口显露差，探查及操作困难，不利于冲洗及引流、扩大切口将减弱腹股沟部结构，切口感染致后期处理困难。对破裂肠管可予修补或作局部切除，一般不宜作疝修补术，疝囊内积液可汲除，冲洗，并缝闭内环，作腹股沟切口者可作疝囊高位结扎术，以免近期复发。

维普资讯 http://www.cqvip.com

此症可防止，对老年嵌顿性腹外疝应避免暴力挤压或乱捏，尤以病程较长、全身情况欠佳，肠梗阻征象明显、疑有血运障碍或伴腹膜炎、腹外疝出现炎性改变或局部郁血、压痛显著者，不宜运用手法复位。反复发作的嵌顿性腹外疝而不能及时复位，或复位后梗阻未解、出现腹膜炎或严重出血征象者均应及时手术。

参 考 文 献

1. Mc Adam WAF, et al. Rupture of intestine in patients with herniae. Brit J Surg 1969;56(9):657.
2. 沈国泉，等. 嵌顿性腹外疝回纳不当致肠破裂的外科治疗，安徽医学 1985;6(6):23.
3. 刘绍彬，等. 嵌顿性疝手法复位导致肠穿孔 12 例分析，实用外科杂志 1985;5(6):310.

（收稿日期：1996—07—15）

尿道上裂 1 例

河北省沧州市中西医结合医院外科 甄文忠 陈荣义 任晋惠

（河北沧州，邮政编码 061001）

临床上可见到各种类型的尿道上裂，而对尿道上裂少有报道，我院收治 1 例介绍如下。

患儿李某，男，10 岁，出生后即有阴茎短缩、畸形，常有尿液浸湿衣裤，多次就医无效，于 1995 年 9 月 6 日入本院。一般情况正常，头、颅、胸部无特殊，心尖区可闻及收缩期杂音，心电图正常，腹平软，肝脾不大，脊柱四肢无畸形活动自如。阴囊内左右睾丸相等，阴茎纵缩于皮下，指压阴茎腹侧包皮后部可显出阴茎外形，背侧包皮少于腹侧，从龟头尿道外口之背部呈蝙状裂开直达阴茎 1.8cm 长。

手术治疗：上裂修补——基础加局麻下手术。放一根 12 号双腔硅胶导尿管，进入膀胱以支撑尿道裂隙，尿管球囊内注入 5ml 生理盐水，防止术中、术后尿管脱出，以防切口感染手术失败。在阴茎根背侧中线纵切口 2.5cm 抵尿道裂隙顶端，然后完全敞开尿道裂隙，在其两边作纵线形切口至龟头部游离原尿道粘膜以细羊肠线间断缝合尿道粘膜作成新尿道，阴茎海绵体和两边软组织也同法缝合，并用零号丝线间断加固之。皮肤复盖一沿阴茎背部切口向左右纵缩之皮肤呈孤形切口，广泛游离皮下组织，充分显露阴茎以取舍法使皮肤包绕阴茎，用零号丝线间断缝合部分包皮和皮肤。

讨论：尿道上裂（Epispadios），系指尿道背壁的部分或全部缺失。据资料记述该病分阴茎头裂、阴茎体型及完全型三种。（指男性）临床上较为罕见。阴茎头型最少见，完全裂常有膀胱扩约肌失禁，膀胱外翻和耻骨分离等，本例属阴茎体型，经上述治疗效果良好，随诊两年，患者在常态下阴茎显露 3.5cm，浸湿衣裤症状消失，排尿正常。

（收稿日期：1996—11—17）

先天性腹腔脏器禁锢症 1 例

福建省漳州市解放军第 175 医院外三科 郁毅刚 郑硕云

（福建漳州，邮政编码 363000）

患者男，46 岁，反复腹胀，无力 1 年，加重伴腹痛、呕吐、便秘半月入院。患者 1 年前患急性黄疸型肝炎，愈后感纳差、乏力、腹胀伴消瘦。近半月加重，并腹痛、呕吐胃内容物，进食后为甚、便秘，4～5 天 1 次，肛门有排气。门诊 B 超示"肝硬化腹水"，腹部平片示"不全性肠梗阻"。查体：腹稍膨隆，腹肌较紧，左中腹压痛，无反跳痛，肝脾未及肿大，剑突下饱满，左中腹及脐下可扪及 2 个 15×8cm² 鹅蛋大小软质包块，活动度小、光滑、囊性感。称动性浊音（±），肠鸣音减弱，化验：WBC4.1x10⁹/L，Hb898/L，N66.7%L26.4%，E6.9%，K^+ 2.7mnol/L，Na^- 135mml/L，ol100mnol/L，Ca^H 2.05mnol/L，肝肾功能正常，粪尿常规正常，胸片未见异常，钡灌肠示横结肠远端充盈缺损，粘膜破坏。全消化道钡餐示横结肠远端狭窄，肠道位置正常。诊断：横结肠脾曲癌并不全梗阻。拟行剖腹探查术。

手术中见：当切开壁层腹膜后，见一由乳白色光滑浆膜围成的封闭空腔，中间无脏器，上至膈，下至骶骨甲，左右与侧腹膜移行。仅在右上腹可通过栅栏状纤维索条空隙看到肝脏右叶，其它完全封闭。顶部为壁层腹膜，底部少许淡红色渗液，可见 3 个长 15cm、宽 10cm 平行排列的横行囊袋，最下方囊袋中心穿刺，抽出金黄色小肠液。从中上两囊袋间分离膜状组织后证实上为胃囊袋，系与常人一致，大弯侧大网膜缺如。整个胃为腹膜内位，十二指肠球部为腹膜间位，十二指肠降部开始内全腹膜后小肠。切开右侧包膜见小肠全部在后腹膜及纤维膜形成的囊袋中排列规律，未进一步松解。中间囊袋为横结肠，肠腔直径 5～6cm，结肠袋不明显，系膜较短，血管弓不明显，相当于脾曲后移行于腹膜后位，直达直肠。在结肠脾曲下 2cm 有一宽约 3cm 增厚的腹膜索带，压迫该段降结肠至不全肠梗阻，予切断松解，进一步探查，整个腹膜腔及盆腔形成完整，在正常位置未发现脾脏、胰腺、胆囊，降结肠亦无明显系膜及血管弓，未行包膜切除分解。术程顺利，术后恢复良好，3 月后回访无腹痛，进食排便正常。诊断：全腹腔脏器禁锢症。

（收稿日期：1996—08—07）