维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

小儿嵌顿性腹股沟斜疝 98 例的手法整复及手术治疗体会

兰州医学院第一附属医院普外科 翁伟建

（甘肃兰州，邮政编码 730000）

小儿腹股沟斜疝为临床的常见病和多发病，而嵌顿性腹股沟斜疝则是小儿常见的急腹症之一。处理是否得当，与其预后有着密切的关系，兹就我院 1984 年 7 月至 1994 年 7 月收治的 654 例小儿腹股沟斜疝病例中的 98 例小儿嵌顿性腹股沟斜疝的诊治体会报道如下：

临床资料：本组 98 例，其中男性 84 例，女性 14 例。年龄 3 岁以上者 22 例，3 岁以下者 76 例，包括 40 天以内者 12 例。左侧 88 例，右侧 66 例，双侧 4 例。嵌顿时间多数在 8 小时以内，98 例中，手法复位成功者 60 例（61.2%），急诊手术者 38 例，为 38.8%。

手法整复方法：首先消除患儿的紧张心理，诱开患儿的注意力，对哭闹、不能合作的患儿可加用镇静剂、镇痛剂、解痉剂促其安静及肌肉松驰，有些病例在整复前还可同时应用 1% 普鲁卡因在疝颈处局部浸润麻醉或局部热敷，此时可能有部分患儿疝内容物自行回纳，手法复位时，患儿取仰卧位，抬高臀部，双腿微屈，术者左手按摩外环，以解除局部复位刺激引起的痉挛，并理顺堆积在外环上方的疝内容物，阻止疝内容物积聚在皮下，右手托起疝块，持续缓和地将疝块挤向腹股沟管方向，反复揉压直至疝块完全还纳。在整个整复过程中，手法切忌粗暴、防止急于求成，且要注意出现假性复位。

本组 98 例复位成功 60 例，占 61.2%，38 例手法复位失败后改为急诊手术，术中发现小肠部分坏死 2 例，肠系膜血肿 5 例，急性阑尾炎 3 例，卵巢及附件血肿 2 例，睾丸及附睾血肿 1 例。38 例手术病例全部治愈出院，无一例死亡或出现并发症。

讨论：小儿腹股沟斜疝是在胚胎发育过程中形成的。其病因主要是先天性腹膜鞘状突未闭。根据我院 645 例病例资料统计，3 岁以下婴幼儿发病率占 62.4%，而 7 岁以上者仅占 9.24%，可见发病特点以婴幼儿居多，随着年龄的增长发病率明显降低。

小儿腹股沟斜疝在任何年龄及任何时间均有可能发生嵌顿，尤多发于婴幼儿（本组 77.6%）。因此，对于嵌顿疝手术时机的选择也就显得非常重要。众所周知，小儿出生后 80～90% 有腹膜鞘状突未闭，是开放的，在腹内压增高或肠蠕动增强情况下即可形成疝。当然出生后 6 个月内还有继续闭合的可能，以后闭合的机会则越来越小。[1] 若没有反复频发嵌顿的腹股沟斜疝，观察 6 个月不愈者，再行手术治疗为最有利时机。而婴幼儿、新生儿及女孩的反复嵌顿疝则应另行对待。我院对无禁忌证的患儿先行手法复位（本组复位率为 61.2%），因婴幼儿腹肌较薄弱，内环相对松驰，腹股沟管短而薄，外环纤维柔嫩而有强性，且疝内容物及其血管弹性也相对较大，有利于手法整复的成功。但同时应当看到较小月份的婴幼儿、新生儿腹股沟管较短，走行垂直，外环狭小而几乎与内环重叠，并有部分睾丸尚未降入阴囊，所以容易发生嵌顿疝，嵌顿时易致睾丸坏死，嵌顿后自行还纳困难，虽然经用镇静药、热敷、按摩等处置，有时能还纳，但反复嵌顿，频次还纳能损伤纤细的精索，造成睾丸萎缩。[2] 由于急于还纳，操作粗暴，还能造成肠壁水肿、充血、甚至穿孔、腹膜炎。故对较小的婴幼儿、新生儿的手法整复，应持慎重态度。尤其新生儿不能明确发病时间，对疼痛反应差，嵌顿后造成肠坏死的发生率高，肠壁菲薄，还纳时易出现肠壁出血和穿孔。女孩嵌顿疝，疝内容物多为输卵管和卵巢，即使还纳也很难成功，所以这两类嵌顿疝，不宜还纳应早期手术治疗。总之，我们认为对于婴幼儿、新生儿嵌顿疝并非手法整复的绝对禁忌症，对嵌顿时间短、全身及局部情况好、疝块较软者，可试行手法复位。手法复位的适应证为：①嵌顿时间较短，全身情况好，②局部皮肤色泽基本正常，疝块较柔软。③无腹膜炎及肠绞窄表现。本组手法复位 60 例，全部获得成功，未出现并发症。一般讲，经 8 小时不能还纳复位，应急诊手术治疗，若能还纳可暂不急于手术，因嵌顿疝周围组织水肿、脆弱，分离疝囊困难，不但易损伤精索，也会撕裂菲薄的疝囊颈，造成高位结扎不全，术后复发。因此，若能还纳后再观察 48—72 小时，行手术

维普资讯 http://www.cqvip.com

治疗最为有利，切不可等待下次嵌顿再行手术治疗。

因小儿腹股沟斜疝的病因主要是先天性鞘状突未闭，故单纯高位结扎疝囊即可达到治疗目的，不需要常规修补。在嵌顿时组织水肿、脆弱，术中应轻柔操作，并注意：①切开疝囊时不要损伤疝内容物。②嵌顿的疝内容物不要过早还纳，认清确有生机后再送入腹腔。③疝囊撕裂及切开内环复位时应注意修补，以防疝复发。④应切除已坏死的睾丸。

对于滑动性疝，常为盲肠成为疝囊壁的一部分。术中首先将疝囊壁剪开达疝囊底部，游离盲肠还纳入腹腔。缝合剪开的两叶疝囊壁后，再行疝囊高位结扎术。

对于双侧疝可采用两侧对称性切口，一次完成疝囊高位结扎术。单侧疝术中不必探查对侧有否腹膜鞘状突未闭，只完成发病侧手术即可，以免发生不必要的并发症。

对于小儿嵌顿性腹股沟斜疝内并发急性阑尾炎者，王勇报告占 7.8%[3]，本组 3 例，占 3.1%，我们认为，当阑尾为疝内容物时，在张力高的疝块表面有时可触及条索样物，但多需术中确诊。如并发阑尾炎，应及时行阑尾切除术。

参 考 文 献

1. Puri P, et al. Inguinal hernia in infants: The fate of the testis following incorceration. J Pediatr Surg 1984; 9: 44
2. 长盘金二，他. 小儿鼠径ヘルニア手术合并症，小儿外科 1986; 18(3): 321.
3. 王勇，李云萍. 小儿腹股沟斜疝内急性阑尾炎九例，实用外科杂志 1989; 9: 386.

（呈蒙叶光华教授指导，在此一并致谢）

（收稿日期：1995—11—14）

阑尾炎与卵巢破裂并存 1 例

黑龙江省嫩江县人民医院外科 吴勇植

（黑龙江嫩江，邮政编码 161400）

患者女性，15 岁，间断性右下腹痛 2 年，近 5 天再次发作且加重入院。入院前曾于乡村卫生院静点庆大霉素 16 万单位治疗 5 天无明显疗效。初潮、欠规律。查体：一般状况较好，生命指征平稳，头颈、心肺未见异常，腹平坦，下腹轻度肌紧张，麦氏区深压痛伴反跳痛，腰大肌试验阳性。血常规，白细胞 11.0×10^9/L，分叶 75%。初诊：慢性阑尾炎急性发作。入院后急诊局麻下施手术。

手术所见：麦氏切口入腹，较顺利找到阑尾提出，阑尾尖端炎变，根部有纤维索条粘于盲肠，锐性分离粘连后顺行切除阑尾。清拭腹腔时见有较多血性液，疑为阑尾系膜血管结扎不可靠，提出重扎，试验无活动出血，再次清拭腹腔仍有较多血性液，细查，暗红色陈旧血，且随体位活动渐多，故疑妇科疾患，请妇科会诊处理。原术口延口探查，见右侧卵巢破裂，裂口约 0.5cm，有出血，遂行卵巢部分切除术，清拭腹腔残血，右下腹另戳口引出腺管及香烟引流各一根，逐层关腹，引流固定。术后给予止血药物及抗菌素。术后第 2 日拔除引流，8 日拆线痊愈出院。

讨论：卵巢破裂出血多发生在两次月经之间，无显的转移性右下腹痛经过，此病人初潮，欠规律，且既往有慢性阑尾炎表现，因此给临床确诊增加了难度。但术前未做诊断性腹腔穿刺是一缺憾，而且无相应科室的会诊，因此对病因不确切的急腹病人施行必要的辅助检查和相应科室会诊是必要的，不能仅仅满足于一科疾病的判断，诊断，应综合判断。此例病人值得借鉴。

（收稿日期：1995—01—16）