

腹股沟滑动性疝 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E8\\_85\\_B9\\_E8\\_82\\_A1\\_E6\\_B2\\_9F\\_E6\\_c22\\_306629.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E8_85_B9_E8_82_A1_E6_B2_9F_E6_c22_306629.htm)

名称腹股沟滑动性疝  
所属科室普通外科临床表现 滑动性疝并不多见，也无特征性临床表现，不易在手术前作出诊断，但基于滑动性疝结构上的特点，不易完全回纳，故常表现为难复性疝。凡年老、肥胖、病史较长的患者，疝块不易回纳，或只能部分回纳，应想到滑动性疝的可能。治疗 均应手术治疗。手术要点是先游离、回纳滑出的脏器，重新构成一个完整的疝囊后再作高全结扎和疝修补术。

1.疝囊成形和高位结扎（1）Bevan法：这是一种较常用的方法，但只适用于较小的滑动性疝，如盲肠滑出。具体步骤是切开疝囊后沿盲肠边缘2cm处弧形切开腹膜，切缘两端必须到达疝囊颈处，以保证在构成一个完整的疝囊后可行高位结扎。仔细游离盲肠到内环水平，避免误伤系膜血管和精索血管。至此，可回纳滑出的盲肠，把腹膜弧形切缘的两端对合靠拢作纵行缝合，构成一个完整的疝囊以作高位结扎。

（2）La Roque法：适用较大的滑动性疝，如滑出的肠管较长如乙状结肠，此法较为可靠。具体步骤是切开疝囊前壁，游离肠管的后侧直达内环处，如滑出肠管较长，游离时须注重不可误伤其系膜血管。再在内环上方3cm处按肌纤维方向分开腹内斜肌和腹横肌，注重不可损伤髂腹下神经，切开腹膜，经内环回纳游离的滑出肠管并从腹部切口提出，原肠管后侧游离面即翻转到前面，疝囊切口与腹膜切口之间的壁层腹膜亦随之翻出，剪除多余的疝囊，使其残余切缘恰能对拢缝合，覆盖肠管的游离面构成系膜后面的浆膜层

、回纳肠管。最后，缝合腹膜切口。此外，Ponka介绍一种适用于较大滑动性疝的手术方法（图3）：先将疝囊连同滑出的肠管与精索分离到内环深面，注重勿损伤肠管系膜及精索血管，切开疝囊前壁并沿肠管两侧剪到内环的深面，再把两侧切缘在肠管游离面后方对缝构成一完整的内环，回纳肠管，行疝囊高位结扎。这一手术无须将肠管后方的游离面腹膜化。

2.疝修补术 滑疝的特点是疝环被撑大，腹壁各层腱膜及腹横筋膜强度严重受损。故较常采用的是Bassini、Halsted或McVay法。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)