

腹股沟斜疝 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_306767.htm 名称腹股沟斜疝所属科室普通外科病因 在胚胎发育期，胎儿睾丸位于腹膜后肾脏下方，其下端有睾丸引带连到***，随着胎儿生长发育，睾丸逐渐下降，经腹股沟管进入***，紧贴在其前面的腹膜，亦随之向下延伸成一囊袋，并包绕睾丸称腹膜鞘状突。胎儿出生前，紧贴于睾丸的一部分鞘状突成为睾丸固有鞘膜，余闭锁萎缩成纤维索带。如腹膜鞘状突未闭锁并与腹腔相通即成为先天性疝囊，腹内脏器或组织甚易从残留的腹膜鞘状突经腹股沟管突出外环形成斜疝。女性有子宫圆韧带穿过腹股沟管，因此也有类似的腹膜突起并降入大阴唇，如未闭锁亦可形成斜疝。此外，先天性发育不良导致腹股沟管生理掩闭机制缺陷亦是腹股沟斜疝的重要病因之一。临床表现 腹股沟管外环处出现可复性肿块是最重要的临床表现。最初在长期站立、行走或咳嗽时肿块沿腹股沟管斜行突向外环口。以后，肿块逐渐增大并延伸进入***。肿块上端狭小，下端宽大，外形似梨，并似有一柄笠行伸入腹股沟管。肿块突出时有下坠或轻度酸胀感。检查时，病人取平卧位，患侧髋部屈曲、内收，松弛腹股沟部。顺腹股沟管向外上方向轻按肿块即可回纳。如再在腹股沟韧带中点上方2cm处按压内环，并令病人站立咳嗽，可阻止肿块突出，移去按压手指，肿块即复出。如为不完全性斜疝，疝内容物未突出外环，可用手指伸入外环口。令病人咳嗽即有冲击感。如为难复性疝，检查时肿块较难或只能部分回纳。如肿块突出后不能回纳而发生嵌顿，突出的疝块有剧烈疼痛，张力高，并有压痛。如疝内容物为肠

管，则有急性机械性肠梗阻的临床表现。如嵌顿未解除，疝内容物进而发生血运障碍，即转为绞窄性疝，肠管缺血坏死，疝块有红、肿、热、压痛等急性炎症表现，并有腹膜炎体征。有时全身感染、高热、畏寒等症状极为明显，重者可并发感染性休克。诊断结合腹股沟区的解剖特点及上述临床表现，腹股沟斜疝的诊断并不困难。但必须与以下疾病作鉴别：

睾丸鞘膜积液 肿块透光试验阳性是本病具有特征性的临床表现。此外，肿块有一清楚界限，其上极不与外环处相接。睾丸如被鞘膜积液包裹则不易扪及。肿块不能回纳，亦无可复性病史。如腹膜鞘状突未完全闭合，形成交通性睾丸鞘膜积液时，虽肿块亦有可复性特征，但可用透光试验作鉴别。

子宫圆韧带囊肿 肿块位于腹股沟管，呈圆形或椭圆形，有囊性感，边界清楚，张力高，其上端不伸入腹腔，一般不易与疝混淆。

精索囊肿或睾丸下降不全 肿块位于腹股沟管或精索睾丸行径，边界清楚。前者有囊性感，张力高，***内可扪到同侧睾丸，后者质坚韧，为实质感，***内同侧睾丸缺如。实际上，鉴别诊断并不困难，上述疾病共有的基本特点是：非可复性肿块，肿块上界不进入外环或内环，无“咳嗽冲击感”。治疗 斜疝不可能自愈，且可能发生嵌顿或绞窄，故应手术治疗。但一周岁以内的患儿，腹壁随生长发育，强度增高，有可能自愈，可暂缓手术。老年体弱如患有其他严重疾患不宜手术，可在回纳疝块后用疝托紧压疝环，夜间休息时可除去。长期使用疝托可造成疝内容物与疝囊颈粘连，一般不予推荐。斜疝的手术原则是疝囊高位结扎和疝修补。对患儿仅作疝囊高位结扎，以免影响精索和睾丸的发育和破坏腹股沟管的生理性掩闭机制。除非腹壁有巨大缺损，一

般很少施行疝成形术。疝囊高位结扎：为了消灭残留的腹膜鞘状突，必须在横断疝囊后，剥离其近端到内环，该处可见到腹膜外脂肪层，其深面即为壁层腹膜。在此平面用丝线行疝囊颈高位结扎，远端疝囊一般不必切除，囊口任其开放。疝修补：随着斜疝的发展，内环逐渐被撑大，腹膜强度进一步减弱。因此在疝囊高位结扎后必须行疝修补术。疝修补应包括二个概念：即修补被撑大的内环，和修补腹股沟管的薄弱部位。在修补腹股沟管之前必须先探查和修补被撑大的内环，否则复发将不可避免。为此，在疝囊高位强扎后必须继续解剖提睾肌，将其在根部切断，更好地显露撑大的内环及凹间韧带，缝合凹间韧带使内环缩小以只能容纳精索通过为度。腹股沟管薄弱部位修补的主要术式有以下几种：

1.Ferguson法 在精索浅面将腹内斜肌下缘、腹横腱膜弓和联合腱缝合到腹股沟韧带以增强腹股沟管前壁，适用于较小和腹股沟管后壁尚健全的斜疝。2.Bassini法 将精索游离提起，于其深面将腹内斜肌下缘、腹横腱膜弓和联合腱缝合到腹股沟韧带以增强腹股沟管后壁，精索被移位到腹内斜肌和腹外斜肌腱膜之间，适用于较大的和腹股沟管后壁强度减弱的斜疝。判定腹股沟管后壁、腹横肌腱膜和腹横筋膜的强度，可于术中用手指伸入内环到其内侧的腹壁向体表方向顶出以体会其强度。该术式目前较常采用。3.Halsted法 将精索游离提起，于其深面将腹内斜肌下缘、腹横腱膜弓和联合腱缝合到腹股沟韧带上，再将腹外斜肌腱膜上下两叶在精索的深面对合或重叠缝合，精索被移位到皮下。此术式比Bassini法进一步增强了腹股沟管的后壁。适应证同Bassini法，但一般不适用于青少年，因精索移位于皮下可能影响它和睾丸的发育。

4. McVay法 用耻骨梳韧带（Cooper韧带）替代Bassini法中的腹股沟韧带进行修补。于腹股沟管后壁、腹股沟韧带上缘将腹横筋膜切开，将其上切缘连同腹内斜肌下缘、腹横腱膜弓和联合腱与耻骨梳韧带相缝恢复原有正常解剖关系。修补缝合部位深至耻骨上支，除增强腹股沟管后壁外，尚转变了腹内压力的传播方向，适用于巨大斜疝和直疝。但必须注重此术式并不兼有掩闭内环的作用。内环明显扩大者，仍应将其修补或将腹横筋膜上切缘缝合于股鞘前壁，缩小内环以仅能通过精索为度。此术式修补部位深，操作难度较高，若不注重可能损伤股血管。

5. 腹膜前修补术 此术式的优点是疝可更高位结扎疝囊，不破坏腹股沟管的解剖结构及其生理掩闭机制，不需切开腹股沟管处的腹横筋膜，即可将腹内斜肌下缘、腹横腱膜弓和联合腱与腹股沟韧带或耻骨梳韧带缝合。它尤其适用于复发性腹股沟疝，可避开原手术造成的粘连和疤痕组织。具体操作方法：取Nyhus入径，在腹股沟管上方约6cm处横形切开腹外斜肌腱膜、腹内斜肌、腹横肌和腹横筋膜，在腹膜筋膜深面向下分离找到疝囊颈，切开囊壁，回纳疝内容物，疝囊高位结扎，行腹膜前疝修补术。如为复发性腹股沟疝，腹股沟区有严重缺损，可采取自体阔筋膜或合成纤维网修补，将移植补片下缘内侧缝于耻骨梳韧带跨越股血管向外侧继续缝于腹股沟韧带和髂耻束，补片外侧缘剪成裤叉状，包绕精索，重建内环，补片上缘及内侧缘分别与腹横筋膜、腹横肌和腹直肌缝合。

6. Shouldice法 其原理是切除薄弱的腹横筋膜，将其上下两叶叠瓦式缝合，并把上叶边缘再缝于腹股沟韧带，然后将联合腱、腹横腱膜弓、腹内斜肌下缘与腹外斜肌腱膜下叶的深面或腹股沟韧带缝合。具体操作方法

是游离并提起精索，用手指伸入内环探查腹横筋膜薄弱程度和范围，沿腹股沟韧带方向从内环到耻骨结节切开腹横筋膜，并切除其薄弱部分，游离下叶到腹股沟韧带处，上叶到腹横肌深面内侧达腹直肌后鞘处，将健全的上下叶叠瓦式缝合，即下叶切缘从耻骨结节处连续向外缝合于上叶的深面，直到构成一个较紧的内环，以恰能通过精索为度，然后将缝线再按相反方向把上叶的切缘缝合到腹股沟韧带上，并返回到耻骨结节处与第一针缝线的另一端打结。再将腹内斜肌下缘、腹横腱膜弓和联合腱缝合于腹股沟韧带和腹外斜肌腱膜的深面，最后在精索的浅面缝合腹外斜肌腱膜。本法强调增强腹横筋膜在疝修补术中的作用，适用于腹股沟后壁、腹横筋膜较薄弱和内环扩大的斜疝。

7.Madden法 本手术只修补腹横筋膜。在游离并提起精索后，用手指伸入内环以了解其大小和腹横筋膜的薄弱程度以及范围，从内环沿腹股沟韧带切开腹横筋膜，解剖腹横筋膜上下叶到健全处，切除薄弱部分，然后从陷窝韧带起向外间断缝合两叶切缘到精索根部，重建内环。手术与Shouldice法类同，强调增强腹横筋膜的重要性，但不作腹壁其他层次的修补，比较符合解剖原则。由于腹横筋膜修补缝合处张力小，术后伤口无牵拉感。但对巨大斜疝，因腹横筋膜和腹股沟区腹壁强度严重受损，不适用此术式。

疝成形术：巨大斜疝因腹股沟管后壁严重薄弱缺损，腹横腱膜弓、腹横肌和腹内斜肌又已萎缩，无法利用这些组织施行修补，可采用自体阔筋膜、丝绸片或多种合成纤维网行疝成形术。亦可利用腹直肌前鞘向外下方翻转缝合于腹股沟韧带以加强腹股沟管后壁。嵌顿性疝应紧急手术，切开狭窄疝环，解除嵌顿，回纳疝内容物和做疝囊高位结扎。局部组

织如无水肿可同时施行疝修补术。小儿嵌顿性斜疝可先试行非手术治疗。若为绞窄性斜疝，则不论年龄均应紧急手术。手术目的是解除嵌顿，切除坏死的疝内容物和疝囊高位结扎。禁忌作疝修补术。为增加绞窄性斜疝的手术安全性，术前预备甚为重要。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