

脐疝修治疗复术，婴儿脐疝 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/475/2021_2022__E8_84_90_E7_96_9D_E4_BF_AE_E6_c67_475914.htm 脐疝分为3型，即脐膨出（婴儿型或胚胎性脐疝）、小儿型和成人型。脐膨出最少见，发生率为1/5000，是一种先天性缺损，突出到脐带内的腹内脏器仅被覆一层羊膜和腹膜，无皮肤遮盖。如暴露在空气中时间较长，会很快干燥并发生坏死，以致内脏从缺损处膨出体外。小儿型脐疝较多见，发生率为1%，多发生在2岁以内，常由于先天脐部腹壁缺损和腹内压力增高所致。疝囊外被覆着皮肤和腹膜。成人型脐疝较少见，多发生在中年以上。发病原因一方面是由于脐部有缺损，另一方面是由于腹内压力增高。[适应证] 1.脐膨出应在出生后稍事准备即行手术。 2.小儿型脐疝，如在2岁以内，直径在2cm以下，可试用胶布内翻固定，如直径大于2cm，或2岁以后仍不自愈，应手术修复。 3.成人型脐疝，虽嵌顿发生率不高，但因其不易自愈，均应手术治疗。 4.各种嵌顿性脐疝应紧急手术治疗。[术前准备] 1.如有腹内压增高的因素（如咳嗽、便秘等），应在术前消除。 2.其他术前准备同一般腹股沟斜疝修复术。[麻醉] 一般可用局麻；较大的脐疝可以用腰麻或硬膜外麻醉；小儿脐疝可以用骶管麻醉或用全麻。[手术步骤] 以小儿型脐疝为例。沿脐疝下方边缘做一弧形切口，切口长度以能上翻皮瓣、显露疝囊为度[见图1]。皮肤切开后，继续向下切开皮下浅筋膜，显露腹直肌前鞘，钝性分离出脐疝疝囊，在其基部作椭圆形切口，切开腹中线筋膜和部分腹直肌前鞘。分离疝囊周围的粘连组织并切开疝囊，切开时需注意避免损伤疝内容物。

分离出疝环四周的腹膜后，用止血钳提起、张开，再用小指探入疝环，检查附近有无重要脏器和粘连。将疝囊清理完毕后，剪去多余的疝囊腹膜，将腹膜作间断外翻褥式缝合，闭合腹腔。重叠腹中线的筋膜切缘和两侧腹直肌前鞘（上瓣重叠于下瓣之上约2~3cm），用4-0或7-0号丝线将下瓣间断褥式缝合于上瓣之下，然后将上瓣覆于下瓣外面作间断缝合。缝针不宜过深，以免损伤腹腔内脏器。待筋膜修复完毕后，先用示指将皮肤切口上瓣的脐孔撑开，松解周围的粘连，再用另手示指敷以纱布将脐孔下压。然后，将脐孔部位的皮下组织缝合固定在中线的筋膜面，最好将浅筋膜也固定在深面的筋膜和腹直肌前鞘上。最后，间断缝合皮下组织和皮肤。对较大的分离创面，应于皮下和筋膜上之间放置香烟引流。[术中注意事项] 小的疝囊无粘连，分离切开常无困难；但大的疝囊病史久，常与内脏有粘连，在分离、切开疝囊时，要注意避免损伤疝内容物。如果在疝囊远端切开时，因粘连不能进入腹腔，可将疝囊提起，分离出腹直肌前鞘和疝囊颈的交界处（该处多无粘连），然后在此处切开疝囊，用小指伸入探查，推开粘连。如为肠管，可推回腹腔；如为大网膜，可与疝囊一并切除。[术后处理] 注意控制腹胀、便秘、咳嗽等可使腹内压力增高的因素，切口可用腹带包扎1周左右，待拆线后去除。皮下引流48小时后拔除。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