

## · 临床研究 ·

## 下腹横纹切口手术治疗小儿嵌顿性腹股沟斜疝

李 辉 戚士芹 朱德成

**【摘要】 目的** 探讨下腹横纹切口手术治疗小儿嵌顿性腹股沟斜疝的可行性。**方法** 回顾性分析 2009 年 5 月至 2011 年 7 月采用下腹横纹切口手术治疗的 57 例嵌顿性斜疝患儿临床资料,分析该术式的可行性及优点。**结果** 57 例患儿手术时间:无肠管及睾丸坏死,平均手术时间 38.2 (32 ~ 79) min;存在肠坏死而行肠切除肠吻合者,平均手术时间 87.2 (68 ~ 104) min;行睾丸坏死切除者手术时间 68 min。住院时间:无肠管及睾丸坏死者(4 ± 1)d,存在肠坏死行肠切除肠吻合者(6 ± 1)d。疗效:患儿均恢复良好,切口美观,无粘连性肠梗阻,阴囊或阴唇无肿胀,切口无感染,随访 1 个月至 2 年无复发。**结论** 下腹横纹切口手术治疗小儿嵌顿性腹股沟斜疝创伤小,更易处理病变,疗效可靠,值得临床推广。

**【关键词】** 疝,腹股沟;外科手术;儿童

腹股沟斜疝是小儿常见的外科疾病,2 岁以内患儿外环口狭窄,腹股沟管短,易哭闹,引起腹腔内压力升高,导致嵌顿疝,嵌顿疝发病率在新生儿约 30%,1 岁时为 10%~15%,8 岁时下降至 1%<sup>[1-2]</sup>。若嵌顿时间较长,易出现睾丸或卵巢及肠管不同程度损坏,甚至坏死,应急诊手术治疗。传统手术采用腹股沟斜切口,部分医院采用下腹横纹切口荷包缝合结扎内环口手术<sup>[3]</sup>。作者于 2009 年 5 月至 2011 年 7 月在此基础上试行经下腹横纹切口进腹高位阻断旷置疝囊手术 57 例,疗效满意,现介绍如下。

## 资料与方法

## 一、临床资料

57 例中,男 49 例,女 8 例;年龄 4 个月至 5 岁,平均 21 个月;右侧 45 例,左侧 12 例。临床表现为腹股沟区或延及阴囊、阴唇的肿块,张力较高,部分患儿局部皮肤红肿,伴有哭闹不安、食欲差、呕吐、腹胀等。腹部立位 X 线片提示肠梗阻 39 例,B 超提示腹股沟区或阴囊、阴唇内肠管样物,与腹腔相连。就诊时嵌顿时间 <6 h 5 例,6 ~ 12 h 17 例,12 ~ 24 h 19 例,>24 h 16 例。5 例嵌顿时间在 6 h 以内者,手法复位失败。

## 二、手术方法

于患侧下腹部腹横纹处(约内环口上方)做横切口,长约(2.5 ± 0.5)cm,依次切开皮肤、皮下组

织、腹外斜肌筋膜,钝性分离并牵开腹内斜肌、腹横肌,最后切开腹膜进入腹腔,进腹后向下牵拉切口腹膜下缘,显露内环口,直视下检查嵌顿内容物。腹腔外挤压疝块,同时腹腔内轻拉嵌顿物,将嵌顿物复位,若仍复位困难,向下钝性游离皮下组织至外环口,沿外环口打开腹股沟管,充分松解后再行还纳。复位成功后检查嵌顿内容物,若嵌顿肠管坏死,则行相应处理,如修补穿孔、切除坏死肠管行肠吻合等;推挤睾丸至内环口处,检查其血供情况并予相应处理。处理好嵌顿内容物及睾丸后,用止血钳提起内环口后壁腹膜,以 4 号丝线与切口上缘腹膜做连续缝合,闭合腹腔,将内环口旷置于腹腔外。若外环口较大,可用 4 号丝线紧缩外环口。缝合时注意不要损伤精索血管及输精管,最后逐层缝合腹壁切口,对打开腹股沟管者缝合腹外斜肌腱膜。

## 三、统计学处理

使用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 结 果

57 例中,嵌顿内容物为小肠者 44 例,为回盲部者 4 例,为大网膜者 3 例,为结肠者 6 例。小肠坏死 8 例,其中合并肠穿孔 3 例;睾丸坏死 1 例。手术时间:无肠管及睾丸坏死者,平均 38.2 (32 ~ 79) min;肠坏死行肠切除肠吻合者,平均 87.2 (68 ~ 104) min;睾丸坏死行睾丸切除者 68 min。术后肛门排气时间:平均 16 (8 ~ 26) h;住院时间:无肠管及睾丸坏死者(4 ± 1)d,肠坏死行肠切除肠吻合者(6 ± 1)d,

切口长( $2.5 \pm 0.5$ ) cm,均治愈出院,所有患儿恢复良好,术后无粘连性肠梗阻,阴囊或阴唇无明显肿胀,无医源性隐睾或睾丸萎缩,切口均一期愈合,随访 1 个月至 2 年,无一例复发。

随机收集同期采用腹股沟斜切口手术的 57 例

患儿作为对照组。其中男 47 例,女 10 例;年龄 7 个月至 4 岁 3 个月,平均 25 个月;右侧 41 例,左侧 16 例。术后平均肛门排气时间 7(4~17)h。与下腹横切口手术在切口长度、切口感染率、阴囊或阴唇肿胀、复发率等方面比较,结果见表 1。

表 1 下腹横纹切口手术与传统腹股沟斜切口手术临床指标比较

组别	切口长度(cm)	切口感染(例,%)	阴囊(唇)肿胀(例,%)	复发(例,%)
下腹横纹切口手术	$2.5 \pm 0.5$	0,0	1,3.44	0,0
腹股沟斜切口手术	$3.5 \pm 0.5$	4, 7.02	47, 82.46	4, 7.02
$t(x^2)$ 值	$t = 10.677$	$x^2 = 4.145$	$x^2 = 76.144$	$x^2 = 4.145$
P 值	0.000	0.042	0.000	0.042

## 讨 论

腹股沟斜疝嵌顿后,嵌顿内容物血管受压,血流减少,可很快发展成为绞窄性疝,初期静脉和淋巴回流受阻致嵌顿物肿胀,后期动脉血供终止,导致嵌顿内容物坏死,而嵌顿性疝也可阻止睾丸的血供而导致睾丸损伤或坏死。发生过嵌顿性疝的患儿,术后更容易发生睾丸萎缩<sup>[4]</sup>。对嵌顿时间较长、怀疑疝内容物坏死或手法复位失败者,均应尽早手术。传统手术方式采取经腹股沟斜切口,近年来有条件的医院亦开展腹腔镜手术并证实效果良好<sup>[5]</sup>。目前多数医院尤其是基层医院采取腹股沟斜切口手术,打开腹股沟管充分松解后还纳疝内容物,高位结扎疝囊。该方法存在以下缺点:①麻醉后,嵌顿疝内容物可自行复位入腹腔或形成“W”形疝,再检查嵌顿肠管困难,易遗留隐患,如扩大切口进腹,损伤更大。②切口长度一般在 3 cm 以上,愈合后瘢痕较大,欠美观。③切口离会阴部较近,容易污染。④打开高度肿胀的疝囊时易损伤嵌顿内容物。⑤术中分离肿胀的疝囊时,不仅易撕破疝囊致处理困难,还易引起男童精索、输精管损伤、医源性隐睾等,广泛分离术后阴囊或阴唇肿胀明显。⑥切开了内环处腹膜与腹横筋膜,破坏了内环的完整性,有较高复发率<sup>[6]</sup>。

本组采用经下腹部横纹切口进腹,旷置了内环口,从解剖上将疝囊与腹腔完全隔离,达到高位阻断的目的,具有以下优点:①直接进腹可以对嵌顿肠管进行充分的探查,避免了因术中未发现肠坏死或肠穿孔而导致的腹膜炎、中毒性休克等严重后果。②切口较小,且隐藏于皮肤横纹内,较腹股沟斜切口美观。③可以避免腹股沟斜切口手术广泛分离疝囊的相应副损伤。④若已有肠管坏死,进腹手术可以

在无张力下将肠管提出腹腔外行肠切除肠吻合术,吻合方便、确切。⑤无需寻找、分离、剥离、结扎疝囊,未破坏腹股沟管的结构,避免了术后阴囊或阴唇肿胀;在直视下将内环口后壁与腹膜缝合,减少了损伤男童精索血管和输精管的几率。⑥嵌顿性疝术后的复发率较普通斜疝要高。本组经下腹横纹切口进腹,右手在腹腔外挤压疝块,左手在腹腔内轻拉内环口处嵌顿物,嵌顿物受“内外夹击”容易复位。复位后,将内环口后缘与切开处腹膜缝合,从而将疝囊旷置,阻止腹腔内容物进入疝囊,不需要切开内环处腹膜与腹横筋膜,维持了内环的完整性,减少了疝复发的几率。

本术式采用小切口进腹,既可明确处理嵌顿内容物,又有效处理了病变,无禁忌症。但为进腹手术,打开了腹膜,且术中接触肠管较传统手术多,术后肠功能恢复时间相对稍长。

## 参 考 文 献

- 1 张金哲,潘少川,黄澄如.实用小儿外科学[M].第2版,杭州:浙江科学技术出版社,2003:513-514.
- 2 Goldman RD, Balasubramanian S, Wales P, et al. Pediatric surgeons and pediatric emergency physicians' attitudes towards analgesia and sedation for incarcerated inguinal hernia reduction [J]. J Pain, 2005, 6(10): 650-655.
- 3 张武坤,陈瑶,王小斌.经腹疝囊高位结扎治疗小儿嵌顿性斜疝的体会[J].黔南民族医学学报,2008,21(1):13.
- 4 Grosfeld Neil, Fonkalsrud Coran. Pediatric Surgery(小儿外科学)[M].第6版.吴晔明主译.北京大学医学出版社,2009:1206.
- 5 李鹏胜,向国安.腹腔镜治疗小儿急性腹股沟嵌顿性斜疝 45 例报告[J].腹腔镜外科杂志,2007,12(6):507-508.
- 6 李正,王慧贞,吉士俊.实用小儿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:533-537.