

2011年外科护理：腹外疝的临床病理类型-护士资格考试- PDF
转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_3637.htm 腹外疝的临床病理类型：可复性疝

，难复性疝，嵌顿性疝，绞窄性疝。按疝内容物的病理变化和临床表现，腹外疝可分为下列类型，即按疝的内容物能否回纳分可复性疝、难复性疝；按疝的内容物有无血液循环障碍可分为嵌顿性疝、绞窄性疝。

1.可复性疝：凡疝内容很容易回入腹腔的，称为可复性疝。一般说来，在腹外疝早期，腹内容物仅在病人站立、行走、奔跑、劳动以及咳嗽、排便等一时性腹内压骤然升高时疝出；而在平卧时自然地或用手轻推即可回纳入腹腔。有的腹股沟疝的疝囊位于腹股沟管内，肠内容物疝出时，视诊还不能看到，称为隐匿性疝，很易自然回纳，也属可复性疝。

2.难复性疝：疝内容物不能完全回入腹腔但并不引起严重症状的，称为难复性疝。常因疝内容物（多数是大网膜，也有小肠）反复疝出，表面受摩擦而损伤，与疝囊发生粘连所致；也有些病程冗长的巨型疝，疝门十分宽大，其周围组织已萎缩变薄，或已消失成缺损，毫无抗力、大量疝内容物随着重力下坠而久留在疝囊内、腹腔容积相应变小，无法再予容纳，也可逐渐变成难复性疝。腹腔后位的脏器，在疝的形成过程中，可随后腹膜壁层而被下牵，也滑经疝门，遂构成疝囊的一部分，称为滑动性疝。常见脏器右侧为盲肠，左侧为乙状结肠与降结肠，前位是膀胱。由于滑动过程容易发生粘连，滑动性疝通常也属难复性疝，滑动性疝的病理学特点是和疝囊相连的组织内含有供应盲肠等脏器的主要血管、损伤切断后可使其失去活力。临床上滑

动性疝绝大多数是男性，常见于50岁以上，无临床特殊症状，多见于腹股沟，右侧，患者肥胖，疝块巨大，柔软。部分内容多能复位，但不能全行回纳，X线视灌肠可见疝囊内有肠段显影。

3.嵌顿性疝：疝内容物突然不能回纳，发生疼痛等一系列症状者，称为嵌顿性疝。如嵌顿的内容物为小肠，则产生急性肠梗阻症状。嵌顿性疝的主要病理特征是肠腔受压梗阻，但其供应的动静脉血运尚未受阻。嵌顿性疝可造成嵌顿的近端与远端肠袢内腔同时的完全性梗阻，所以属于闭袢性肠梗阻，因而也叫嵌闭性疝。需要提出的是，如果嵌顿的内容物仅为肠壁的一部分，系膜侧肠壁及其系膜并未进入疝囊，称为肠管壁疝，或称瑞契（Richter）疝。如嵌顿的内容物为美克尔憩室，则称为里脱（Littre）疝。

4.绞窄性疝：嵌顿性疝、如不及时解除，致使疝内容物因被箱闭而使内容物发生血循环障碍甚至坏死者，称为绞窄性疝。嵌顿和绞窄常多为一个肠段，但有时嵌顿的内容物为两个以上肠袢使肠袢呈W形状者称逆性嵌顿性疝。不仅在疝囊内的，而且在腹腔内的嵌顿肠管均可发生坏死。因此手术必需将全部嵌顿而发生病变的肠袢，拖出切口外作仔细检查，以防遗漏。临床上，绞窄是嵌顿的进一步发展，是不能截然分开的两个连续性阶段。疝嵌顿或绞窄后有三大主要症状：疝块突然疝出肿大，伴有明显疼痛，与往常不同，不能回纳入腹腔；疝块坚实、变硬、有明显压痛，令患者咳嗽时疝块无冲击感也不像往常那样呈膨胀性肿块；出现急性机械性肠梗阻症状：剧烈的阵发性腹痛，伴有呕吐，排气排便停止，肠鸣音亢进，稍晚时还出现腹胀。根据以上典型症状，诊断不难。但事实上，有报道称：约有70%左右的嵌顿因诊断不及时而推迟1

~ 8天，平均延误手术92小时，特别是平时无典型可复性疝的病史者，据报道股疝以往无病史者，占病例一半。为了做到及时确诊，对急腹症病例的最根本一条，必须详尽地仔细检查所有疝门处，首先是腹股沟区，特别对肥胖妇女，必须考虑股疝嵌顿的可能。如发现有坚硬肿块，压痛，局部温度较对侧为高，X线直立透视发现肿块附近有多个液平面聚集，均有助于诊断。虽然腹股沟疝较股疝常见，但后者发生嵌顿多出一倍。儿童的疝，由于疝环组织一般比较柔软，嵌顿后的绞窄的机会较小。特别推荐：[#0000ff>2011年护士执业资格考试内容七大变化](#) [#0000ff>2011年执业护士考试题型](#) [#0000ff>2011年执业护士考试时间](#) [#0000ff>2011年执业护士资格考试大纲](#) 更多信息请访问：[#0000ff>护士考试辅导无忧通关班](#) [#0000ff>护士论坛](#) [#0000ff>护士在线题库](#) [#0000ff>2011年护士资格考试各科习题及答案汇总](#) 相关推荐：[#0000ff>2011年外科护理：腰突症的诱发因素](#) [#0000ff>2011年外科护理：外科急腹症不同病理的区别](#) 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