

腹内疝 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_E5_86_85_E7_96_9D_c22_306531.htm 名称腹内疝所属科室普通外科病因 在胚胎发育过程中，中肠逆时针旋转270°后，盲肠固定于右髂窝部，中肠系膜根部与后腹膜融合并在十二指肠旁、盲肠旁和乙状结肠系膜根部等处形成腹膜皱折或称隐窝。如隐窝大而深，或网膜囊（小腹膜腔）形成过程中留下的孔道（Winslow孔）较宽，肠管可由此疝入。10周后的胚胎，中肠返回腹腔时，小肠亦可疝入中肠襻系膜，形成内疝。此外，后天因素如术后粘连束带或胃肠吻合构成的异常间隙，肠管亦可经此疝入。腹内疝可按有无疝囊分成真疝和假疝两种。脏器经正常或异常的孔道进入到另一个腹膜囊或网膜囊，因具有疝囊称真疝。如网膜或肠系膜因胚胎发育异常产生裂孔，或因腹腔手术构成一异常孔隙，肠管因此疝入，则无疝囊称假疝。十二指肠旁疝一种最常见的先天性腹内疝。左侧尤为多见，肠管疝入十二指肠升部的左侧隐窝（Landzert隐窝），开口向右、上界为十二指肠空肠曲、胰腺下缘和左肾血管起始部，前界为肠系膜下静脉和左结肠动脉，右界为主动脉，疝囊向左侧深入，浅面为降结肠系膜，深面为左肾、输尿管和腰大肌。右侧十二指肠旁疝肠管疝入十二指肠水平部和十二指肠空肠曲下方隐窝（Waldeyer隐窝）。后者开口向左，上界为十二指肠，后界为腰椎，前界为肠系膜上血管，疝囊向右侧深入，浅面为升、横结肠系膜，深面为右肾、输尿管、下腔静脉和腰大肌。盲肠旁疝远较十二指肠旁疝少见，肠管可从以下几个隐窝疝入：升结肠内侧回肠上方的回结肠隐窝；回盲部下方的回盲肠隐窝和盲肠下后

方的盲肠隐窝。这些隐窝入口处均有回肠血管的分支和疝入的肠管。疝囊位于盲肠及回盲部后的间隙。乙状结肠系膜疝极为罕见。肠管从乙状结肠系膜根部和后腹膜之间的隐窝疝入，前缘为乙状结肠血管，疝囊向左外下方呈漏斗状伸展，浅面为乙状结肠系膜，深面为髂总血管和输尿管。Winslow孔疝亦属罕见，肠管从Winslow孔疝入，网膜囊即疝囊。其他内疝先天性腹内假疝指肠管经大网膜、小肠和结肠系膜裂孔疝入的内疝，以小肠系膜裂孔疝多见，好发部位在末段回肠系膜处。后天性腹内疝均为假疝，可见于：Billroth 式胃次全切除、胃空肠吻合口的后方；结肠造瘘和侧腹壁之间；肠管之间或腹壁之间形成的粘连索带，肠管由这些后天造成的间隙疝入。临床表现如隐窝入口的口径大，肠管自由出入，故有些先天性腹内疝可无症状，但通常多有腹胀、恶心、隐痛等慢性肠梗阻的临床表现。疼痛剧烈时可扪及囊状包块，叩之呈鼓音，缓解期钡餐检查可见一团小肠盘绕固定某一处。急性梗阻时腹部X线平片显示一团小肠固定于某一部位且有多个液平，如发生绞窄，则出现绞窄性肠梗阻的症状和腹膜炎体征。先天性腹内疝并不多见，且无特征性临床表现，诊断困难，常于急性小肠梗阻手术时发现。此外，腹腔手术后并发严重急性小肠梗阻，就考虑后天性腹内疝的可能。治疗腹内疝均须手术治疗。先天性腹内疝的疝环缘多有重要血管或器官，肠管在复位时不可强行扩张或任意切剪疝环以免损伤。Winslow孔疝可作Kocher切口充分游离十二指肠以扩大疝环。十二指肠旁疝只能在疝环的下方剪开，尤其对右侧十二指肠旁疝绝不可误伤其疝环前缘的肠系膜上血管。总之，术中要求十分注重疝环毗邻的解剖关系。真性、先天性腹

内疝疝囊为富有血管的腹膜、网膜或系膜，只能在无血管或非血管主干处切开，回纳和检查嵌顿的肠管。如无坏死而扩张的肠管复位有困难，可在严格防止污染的情况下行肠减压后再回纳。如已绞窄坏死，则在疝环入口肠管正常处予以切断，于疝囊内取出坏死肠段，再吻合切端。先天或后天性腹内假疝的手术原则是：疝内容物复位后，剪除粘连带或缝闭所有裂隙以防止复发。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