

腹外疝 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_A4_96_E7_96_9D_c22_306751.htm 名称腹外疝所属科室普通外科病因（一）腹壁强度降低 有先天性和后天性两种原因。属于先天性的有发育不良，如腹膜鞘状突未闭，腹白线发育不全而变得菲薄致强度降低。或因先天存在的解剖结构因素引起，如精索或子宫圆韧带穿过腹股沟管，股动、静脉由腹股沟韧带中点深面与耻骨支之间进入股部，脐血管穿过脐环，以及腹股沟部的黑塞尔巴赫（Hesselbach）三角区等处，均系腹壁薄弱部位。后天性的有腹部手术切口愈合不良，腹壁损伤后组织缺损，过度肥胖或高龄者腹壁肌肉、腱膜萎缩等均可导致腹壁强度降低。（二）腹腔内压力增高 有职业因素，如从事重体力劳动、举重运动等；亦可是病理因素，如慢性咳嗽、长期便秘、前列腺肥大致排尿困难等。此外，肝硬化伴有大量腹水或腹腔内有较大肿瘤亦可增高腹腔内压力而诱发腹外疝。临床表现 根据疝内容物的病理变化分为以下几种类型。各种类型均有其相应的临床表现。（一）易复性疝 这种疝的囊颈比较宽大，疝内容物很易回纳到腹腔。在站立、行走、咳嗽或用力排便排尿时，腹腔内压力增高，疝内容物即突出，平卧休息或轻轻按压即可回纳。当疝内容物突出时有下坠感，一般无其他不适。（二）难复性疝 如病程长或曾使用疝托，囊颈受到磨擦增厚，伸展性差，疝内容物还可能与囊颈发生粘连，致使不易或只能部分回纳。其他临床表现与可复性疝相同。如疝内容物为腹膜间位脏器，如盲肠或膀胱及其浆膜也成为疝囊的一个组成部分，又称滑动性疝，内容物一般不可完全回纳。（三）嵌顿性疝 如腹腔内压力骤

然升高，疝内容物被强行疝出并卡在狭小坚韧的疝环，不能回纳，疝内容物尚无血运障碍。临床表现为疝块肿大，有剧痛和不能回纳。如疝内容物为肠管，可有急性肠梗阻症状。如只是肠管壁的一部分被嵌顿，肠腔并未被完全阻断，肠梗阻的临床表现可不明显，这种***疝也名Richter疝。如Meckel憩室被嵌顿则称为Littre疝。如有两段肠管被嵌顿，则形成rdquo.形的逆行性嵌顿性疝，也名Maydl疝。这种疝的严重性在于疝囊和腹腔内均有肠管被嵌顿。术中可能漏诊腹腔内的嵌顿肠管。

（四）绞窄性疝 如疝内容物嵌顿后发生血运障碍，即转化成绞窄性疝。其病理过程是静脉血运先受阻，组织郁血水肿，最终导致脉血运障碍，组织缺血坏死。疝囊内的感染性渗液还可流入腹腔导致腹膜炎。其临床表现远较嵌顿性疝严重。疝块增大，疼痛加剧，可伴有肠梗阻和毒血症症状，肠管坏死后局部有红、热、压痛等急性炎症表现。严重病例可并发感染性休克危及生命。

诊断 腹外疝的诊断应包括以下几个方面：是否为腹外疝；位于什么部位；属何种病理类型；是否继发于其他疾病。腹外疝的特点是疝块必然位于疝环处，于平卧或休息时可回纳消失。即使疝内容物被嵌顿或绞窄，追问病史以往也应有疝块回纳史。如疝块较小或尚未突出体表，用手指按住疝环，使病人咳嗽局部有冲击感。其次要确定疝环的解剖位置，明确腹外疝的部位以决定选择何种手术方式。确诊腹外疝后，还应判定疝内容物有无嵌顿或绞窄，否则会贻误嵌顿或绞窄性疝的手术时机。嵌顿性与绞窄性疝的鉴别在于确定疝内容物的活力。此外，假如确诊腹外疝合并或继发于前列腺肥大、慢性支气管炎、习惯性便秘或其他腹腔内压力增高的疾病，则尚应适当治疗原发疾

病，方可进行手术，尤其继发于肝硬变腹水或腹腔内肿瘤者，更忌作手术治疗。如忽视这一点，则必将导致治疗失败。治疗腹外疝一般不能自愈，均应手术治疗。但1周岁以内的患儿，随着生长发育、腹壁强度增强，腹外疝有可能自愈，暂缓手术。如妊娠后期并发腹外疝，分娩后大多也能自愈，不需手术治疗。手术前均应具体询问病史和进行全面的体格检查，以了解有无手术禁忌，如并有腹内压增高的疾病，以及老年病人患有严重心血管疾病或糖尿病等均应在术前给予必要的病因治疗。可复性疝可择期手术，但嵌顿性疝一经确诊应紧急手术。小儿因疝环很少有纤维疤痕组织，环周组织有一定弹性和伸展度，嵌顿性疝可在严密观察下行非手术治疗，如能回纳可择期手术，如无效仍应紧急手术。通常疝嵌顿后，机体可有病理生理方面的改变，如水、电解质紊乱和酸碱失衡，一旦转化为绞窄性后甚至可发生弥漫性腹膜炎和感染性休克。因此，在紧急手术前必须在最短时间内完成必要的术前预备，以减少术后并发症和降低死亡率。腹外疝的手术原则为疝囊高位结扎和疝修补，疝成形术只适用于腹壁有严重缺损、薄弱者。通常小儿只作疝囊高位结扎，因在发育过程中腹壁肌肉、腱膜等组织会逐步增强自行修复。嵌顿性疝的手术原则是迅速解除嵌顿，但在切开狭窄的疝环前，应以手指夹持嵌顿的疝内容物，防止其缩回腹腔，以观察其活力。松解后如**色泽转红，浆膜有光泽，系膜血管有搏动，**有弹性和用手指轻轻夹持刺激后，有蠕动则表明组织仍有生气。有时须反复用温生理盐水热敷观察，方能作出判定。如肠管已坏死，则必须判定绞窄肠段的近远端血供情况，以准确估计切除范围，保证吻合口有良好的血供。因疝环及

其四周组织已有水肿和感染，只作疝囊结扎，不作疝修补。必须强调对已确诊为绞窄性疝者宜作腹部切口，以求在显露较好的条件下切除坏死的疝内容物，和吸尽腹腔内渗液。松解疝环和疝囊高位结扎可经腹腔操作，使以后择期疝修补时有完整的局部解剖条件。为避免远端疝囊积聚感染性渗液，可于疝囊底部经皮肤戳创置放引流。腹外疝的手术并不复杂，但未能获得预期疗效者并不少见。提高腹外疝的手术质量，如正确把握手术指征，选择合理的术式和遵循疝手术的基本原则，是一个必须重视的问题。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