

腹外疝的临床类型与腹股沟疝的分型执业医师资格考试 PDF  
转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/507/2021\\_2022\\_\\_E8\\_85\\_B9\\_E5\\_A4\\_96\\_E7\\_96\\_9D\\_E7\\_c22\\_507692.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/507/2021_2022__E8_85_B9_E5_A4_96_E7_96_9D_E7_c22_507692.htm)

腹外疝有易复性、难复性、嵌顿性、绞窄性等类型。易复性疝 ( reducible hernia ) : 疝内容物很容易回纳入腹腔的，称为易复性疝。易复性斜疝除腹股沟区有肿块和偶有胀痛外，并无其它症状。肿块常在站立、行走、咳嗽或劳动时出现，多呈带蒂柄的梨形，并可降至阴囊或大阴唇。用手按肿块并嘱病人咳嗽，可有膨胀性冲击感。难复性疝 ( irreducible hernia ) : 疝内容物不能回纳或不能完全回纳入腹腔内但并不引起严重症状者，称难复性疝。疝内容物反复突出，致疝囊颈受摩擦而损伤，并产生粘连是导致内容物不能回纳的常见原因。这种疝的内容物多数是大网膜。此外，有些病程长、腹壁缺损大的巨大疝，因内容物较多，腹壁已完全丧失抵挡内容物突出的作用，也常难以回纳。另有少数病程较长的疝，因内容物不断进入疝囊时产生的下坠力量，将囊颈上方的腹膜逐渐推向疝囊；这种疝称为滑动疝，多见于右侧腹股沟，也属难复性疝。难复性斜疝临床表现方面除胀痛稍重外，其主要特点是疝块不能完全回纳。滑动性疝除了不能完全回纳外，尚有消化不良和便秘等症状，多见于右侧，左右发病率约为1：6.嵌顿性疝

( incarcerated hernia ) : 疝门较小而腹内压突然增高时，疝内容物可强行扩张囊颈而进入疝囊，随后因囊颈的弹性收缩，又将内容物卡住，使其不能回纳，这种情况称为嵌顿性或箝闭性疝。疝发生嵌顿后，如其内容物为肠管，肠壁及其系膜可在疝门处受压，先使静脉回流受阻，导致肠壁瘀血和水肿

，疝囊内肠壁及其系膜渐增厚，颜色由正常的淡红逐渐转为深红，囊内可有淡黄色渗液积聚。于是肠管受压情况加重而更难回纳。此时肠系膜内动脉的搏动尚能触及，嵌顿如能及时解除，病变肠管可恢复正常。常发生在斜疝，强力劳动或排便等腹内压骤增是其主要原因。临床上表现为插块突然增大，并伴有明显疼痛。平卧或用手推送不能使肿块回纳。肿块紧张发硬，且有明显触痛。百考试题网站整理 绞窄性疝（strangulated hernia）：嵌顿如不及时解除，肠管及其系膜受压情况不断加重可使动脉血流减少，最后导致完全阻断，即为绞窄性疝。此时肠系膜动脉搏动消失，肠壁逐渐失去其光泽、弹性和蠕动能力，最终变黑坏死。疝囊内渗液变为淡红色或暗红色血水。如继发感染，疝囊内的渗液则为脓性。感染严重时，可引起疝外被盖组织的蜂窝织炎。积脓的疝囊可自行穿破或误被切开引流而发生粪痿（肠痿）。临床症状多较严重。但在肠袢坏死穿孔时，疼痛可因疝块压力骤降而暂时有所缓解。因此，疼痛减轻而肿块仍在者，不可认为是病情好转。绞窄时间较长者，由于疝内容物发生感染，侵及周围组织，引起疝外被盖组织的急性炎症。严重者可发生脓毒症。嵌顿性疝和绞窄性疝实际上是一个病理过程的两个阶段，临床上很难截然区分。肠管嵌顿或绞窄时，临床上还同时伴有急性机械性肠梗阻。但有时嵌顿的内容物仅为部分肠壁，肠壁及其系膜并未进入疝囊，肠腔并未完全梗阻，这种疝称为肠管壁疝或Richter疝。如嵌顿的疝内容物是小肠憩室（通常是Meckel憩室），则称Littre疝。有些嵌顿肠管可包括几个肠袢，或呈W形，疝囊内各嵌顿肠袢之间的肠管可隐藏在腹腔内，这种情况称为逆行性嵌顿。肠管发生绞窄时，不仅

疝囊内的肠管可坏死，腹腔内的中间肠袢也可坏死；有时疝囊内的肠袢尚存活，而腹腔内的肠袢已坏死。所以，在手术处理嵌顿或绞窄性疝时，必须把腹腔内有关肠袢牵出检查，以策安全。"#F8F8F8" 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](http://www.100test.com)