

关于腹外疝带图片

第一节 概述

一、定义

疝：凡脏器或组织离开了原来的位置，通过人体正常或者不正常薄弱点或缺损、间隙进入另一部位，称为疝。

腹外疝

腹内脏器或组织，经腹壁或盆壁的薄弱点或缺损向体表突出，局部形成包块的总称。

二、病因

1. 腹壁强度降低：先天性，后天性

2. 腹内压力增高：慢性咳嗽，慢性

便秘，排尿困难，腹水，多次妊

娠，婴儿经常啼哭

三、病理解剖

1. 疝环：疝门。即腹壁薄弱或缺损所在，是疝内容物突向体表的门户。

2. 疝囊：壁腹膜随疝内容物经疝环

向外突出形成的囊袋，呈梨形或者

半球形，分为颈、体、底三部分。

颈：疝囊和腹腔的通道。

3. 疝内容物：进入疝囊的腹内脏器或组织，以小肠、大网膜多见，盲肠、阑尾、乙状结肠和膀胱次之。
4. 疝外被盖：疝囊以外的各层组织。

四、临床类型及表现

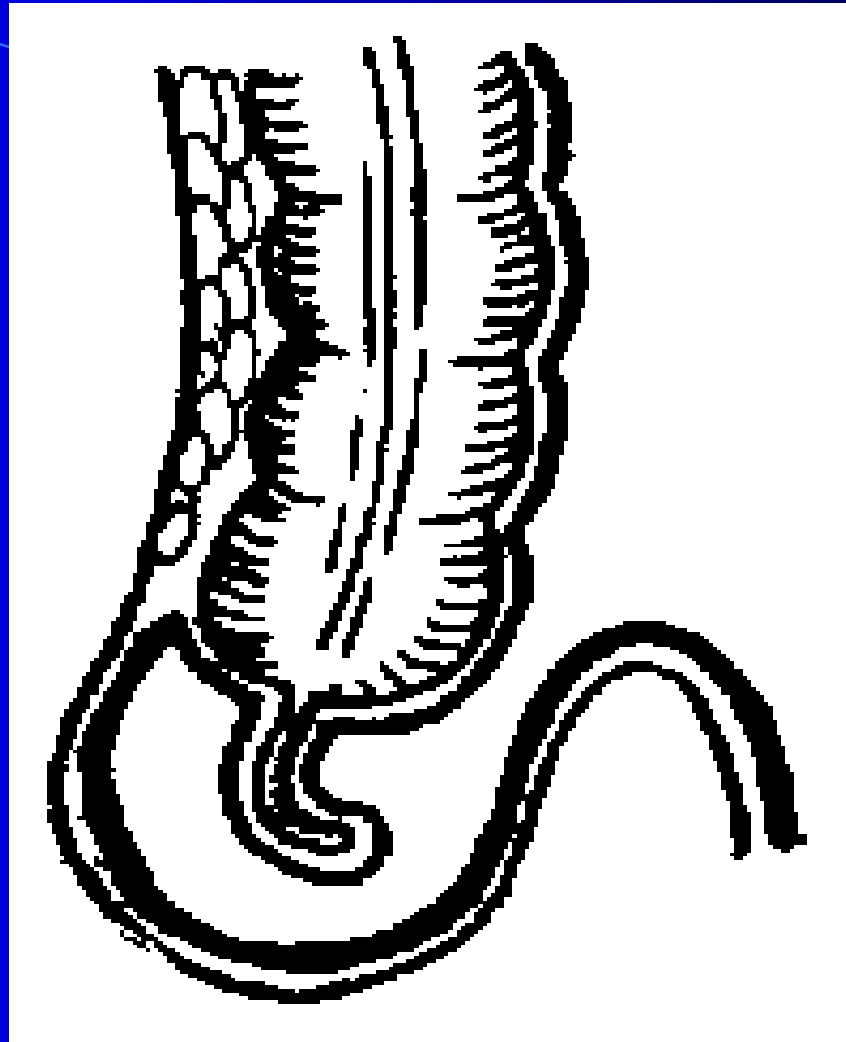
(一) 易复性疝：当病人站立、行走、咳嗽或腹内压增高时，疝内容物突出，平卧或用手推送疝内容物时，又可还纳入腹腔，局部疝块消失。

(二) 难复性疝

疝内容物长期反复突出与疝囊壁发生粘连，使疝内容物不能完全回纳入腹腔，局部疝块不能完全消失。

※ 滑动性疝（属难复性疝）

少数病程较长的疝，因疝内容物进疝囊时的持久下坠力，将囊颈上方的腹膜也逐渐推向疝囊，致使盲肠、乙状结肠或膀胱随之下移而成为疝囊壁的一部分，称为滑动性疝。



滑动性疝

(三) 嵌顿性疝

腹内压突然增高时，疝内容物可强行扩张疝囊颈而进入疝囊，随后因囊颈弹性收缩，将疝内容物卡住而不能回纳，称为嵌顿性疝。

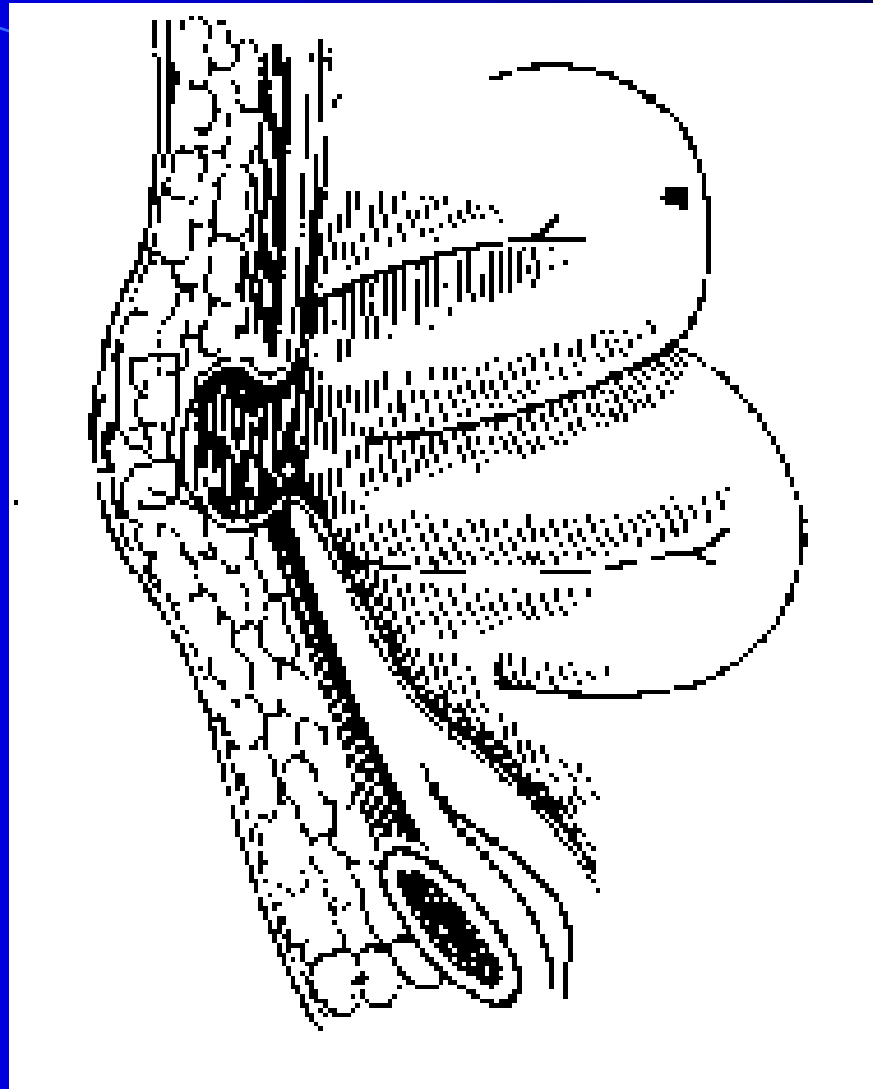
Richter疝或肠管壁疝：

仅嵌顿部分肠壁，局部包块不明显，亦无肠梗阻。

Littre疝：

嵌顿的是小肠憩室（Meckel 憩室）

。



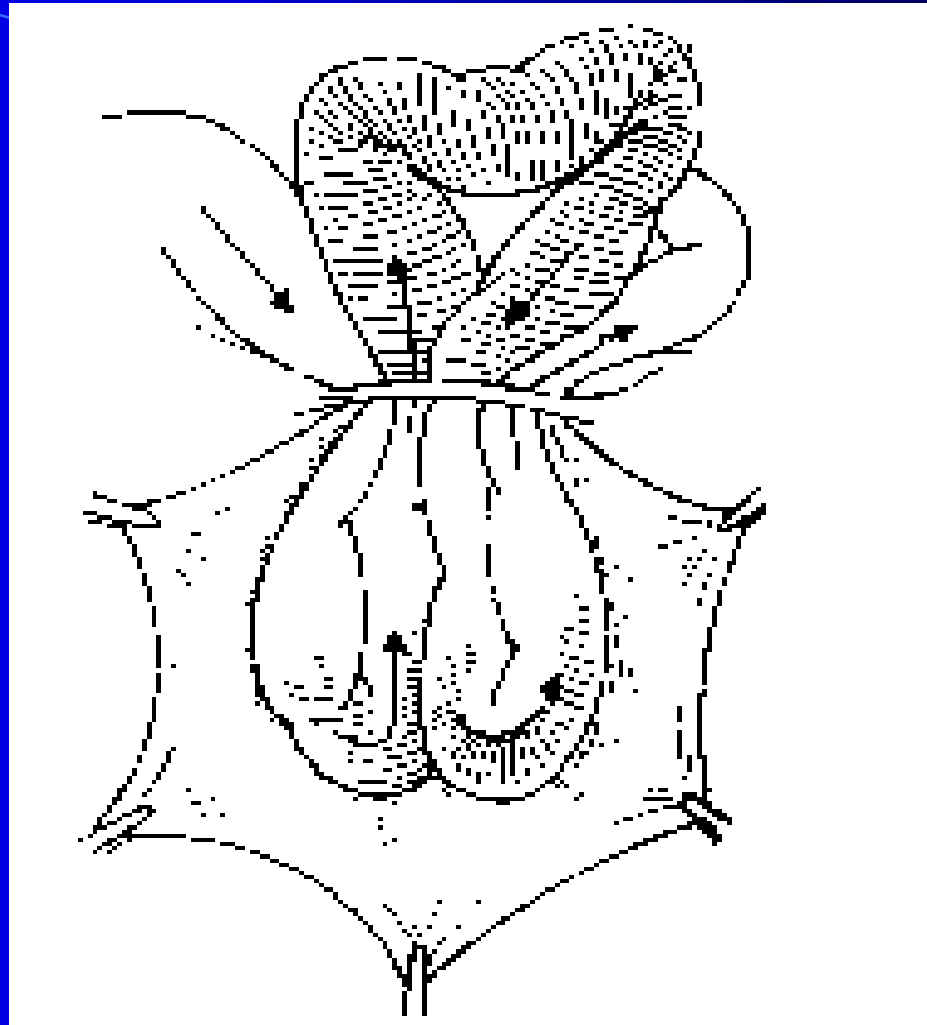
肠管壁疝(Richter)

逆行性嵌顿：

嵌顿肠管可包括几个肠管，或呈

“W”形，使嵌顿肠袢之间的肠管部分
隐

藏在腹腔内。



逆行性嵌顿

（四）绞窄性疝：

疝内容物嵌顿时间较长，发生血液循环障碍甚至导致内容物的坏死，称为绞窄性疝。此时肠系膜动脉搏动消失，肠壁逐渐失去光泽、弹性及蠕动能力，坏死发黑，疝囊内渗出物可为紫红色血水并发感染而呈脓性。

※嵌顿性疝和绞窄性疝是一个病理过程的两个阶段，临床上很难截然分开。肠管如发生嵌顿或绞窄则伴有急性机械性肠梗阻。

第二节 腹股沟疝

腹股沟斜疝

分类

腹股沟直疝

腹股沟斜疝

疝囊从腹壁下动脉外侧的腹股管内环突出，向前下斜行进入腹股沟管，穿过外环而进入阴囊。

腹股沟直疝

疝囊从腹壁下动脉的内侧“直疝三角区”直接由后向前突出，不经内环，不进入阴囊。

※腹股沟疝在各类腹外疝中约占85%，
其中斜疝占腹股沟疝的95%，男性多
于女性，右侧多于左侧。

一、腹股沟管的解剖

位于腹股沟韧带的内上方，经外上

向内下，由深而浅斜行走向。“两
口

四壁”。

内口：内环（腹环）。

腹横筋膜的卵圆形裂隙，体表投影位于腹股沟韧带中点上方1.5厘米。

外口：外环（皮下环）。

是腹外斜肌腱膜的三角形裂隙，其大小一般可容一指尖。

前壁：

皮肤、皮下组织和腹外斜肌腱膜，
外侧1/3部分尚有腹内斜肌覆盖。

后壁：

外2/3为腹横筋摸，内侧1/3为腹
股沟镰（腹内斜肌腱膜和腹横肌腱膜
在精索或子宫圆韧带后内侧融合后止
于耻骨结节，故又称联合腱）。

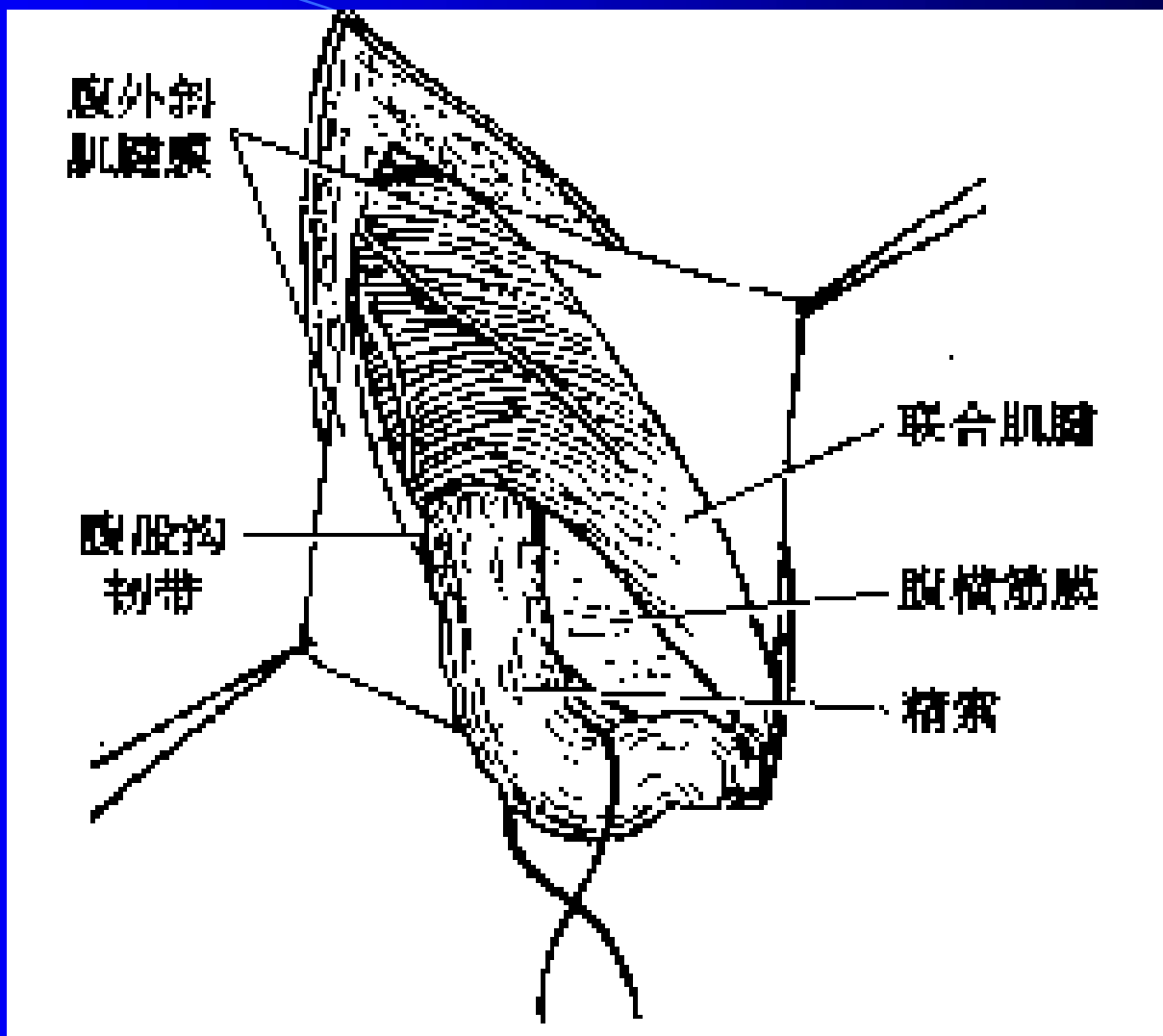
上壁:

腹内斜肌，腹横肌的弓状下缘。

下壁:

腹股沟韧带。

※腹股沟管男性有精索通过，女性则有子宫圆韧带通过。



腹股沟管的结构

直疝三角（Hesselbach三角）：

外侧边是腹壁下动脉，腹直肌外侧缘构成内侧边，腹股沟韧带的内侧构成底边。三角内缺乏完整的腹肌覆盖，腹腔内容物由此从后向前突出形成直疝。

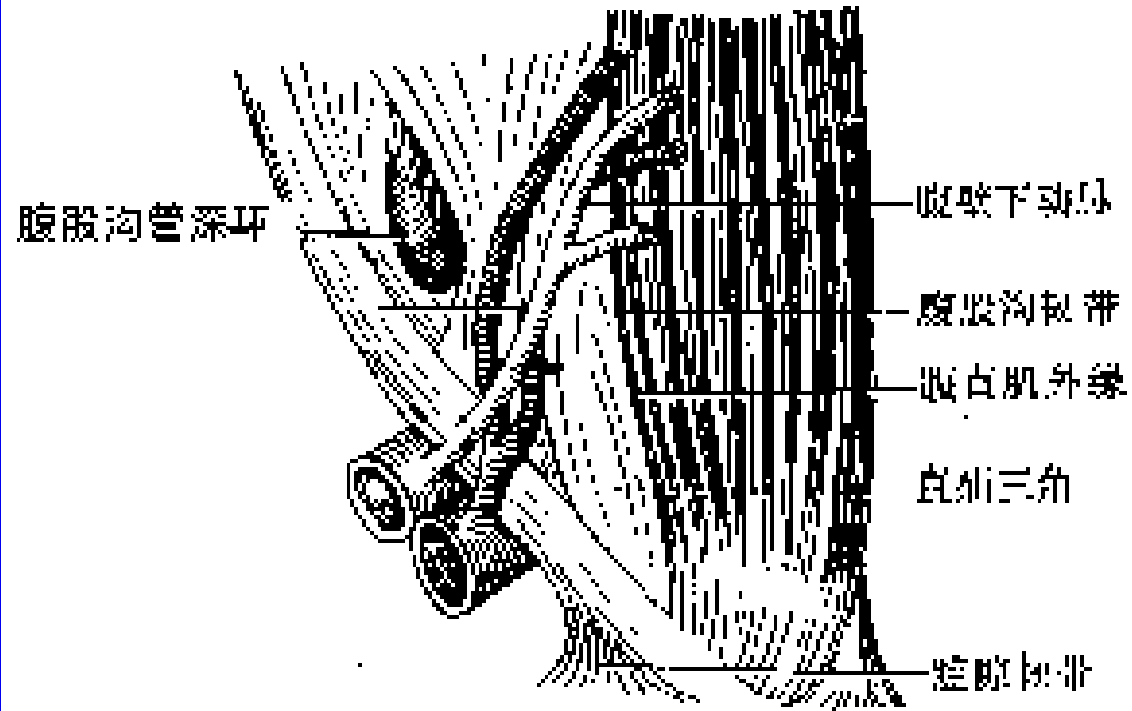


图 33-3 直疝三角 (后面观)

直疝三角

二、病因

(一) 腹股沟斜疝

先天性斜疝：腹膜鞘突未闭或闭锁不全。

后天性斜疝：内环缺陷和腹内斜肌及腹横肌薄弱。

（二）腹股沟直疝

老年人腹壁肌肉多较薄弱。若有长期咳嗽、排尿困难或慢性便秘等，经常使腹内压增高，就可能使腹内脏器由直疝三角向外突出，形成直疝。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/378067015016006054>