

腹股沟疝

小讲课

XXXX. 3. 9

主讲人

外 I

指导老师



目录 | contents

腹股沟疝基础知识

1

临床表现和诊断

2

处理原则及治疗方法

3

护理诊断及护理措施

4

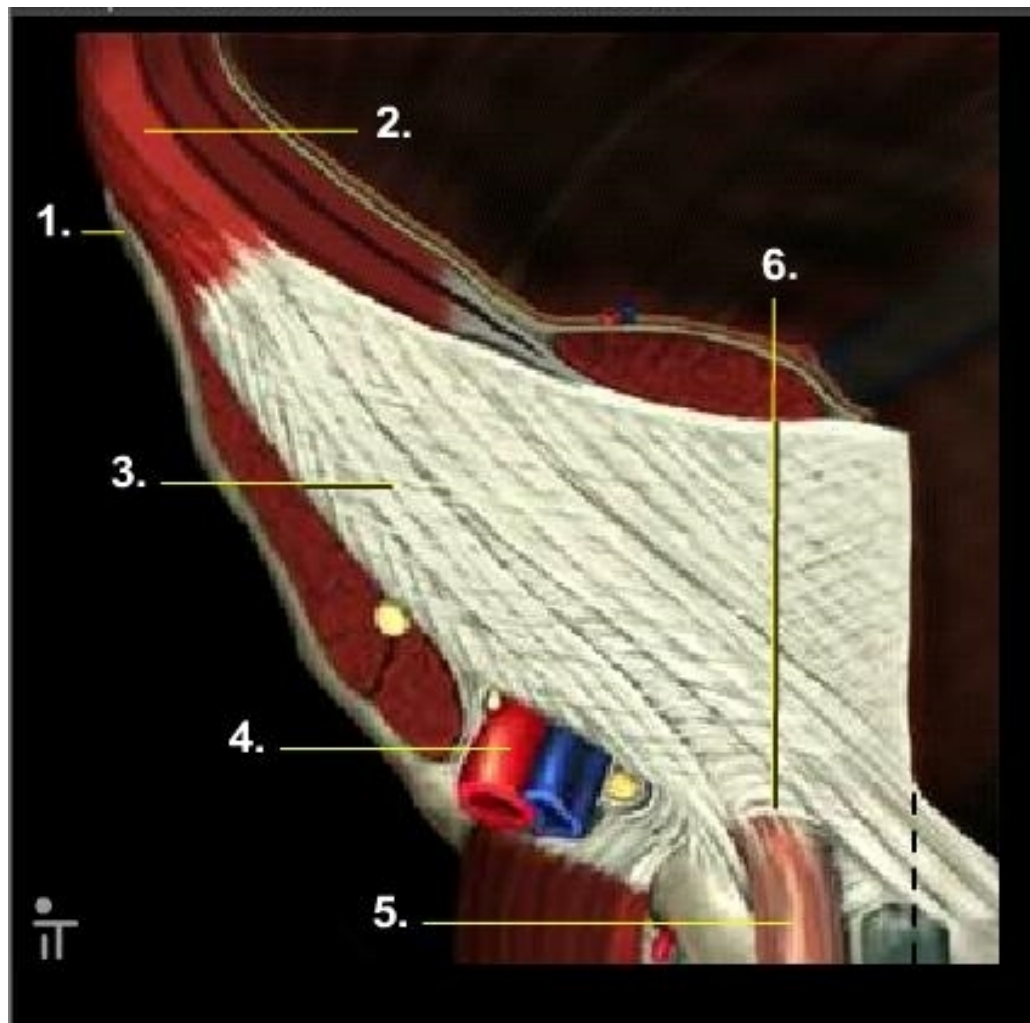
出院患者健康教育

5

腹股沟疝基础知识

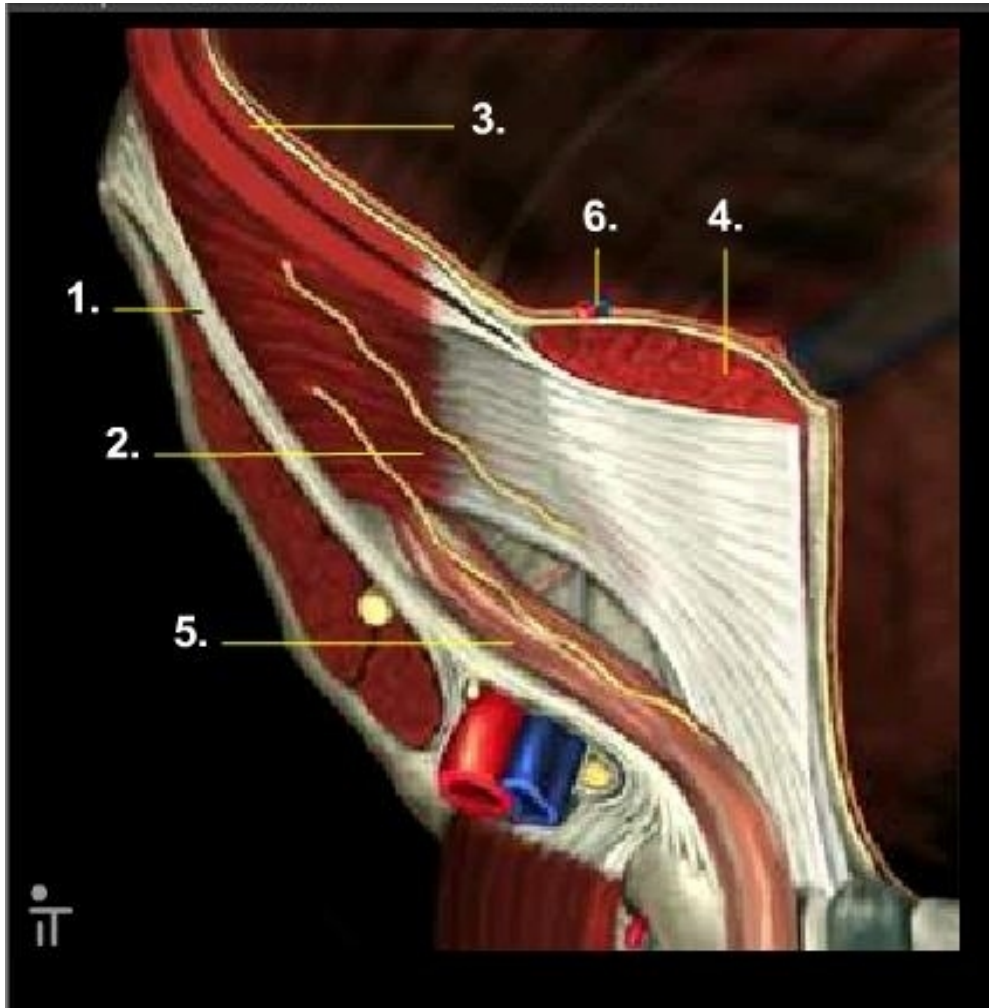


腹股沟区解剖— Superficial tissues 浅层组织



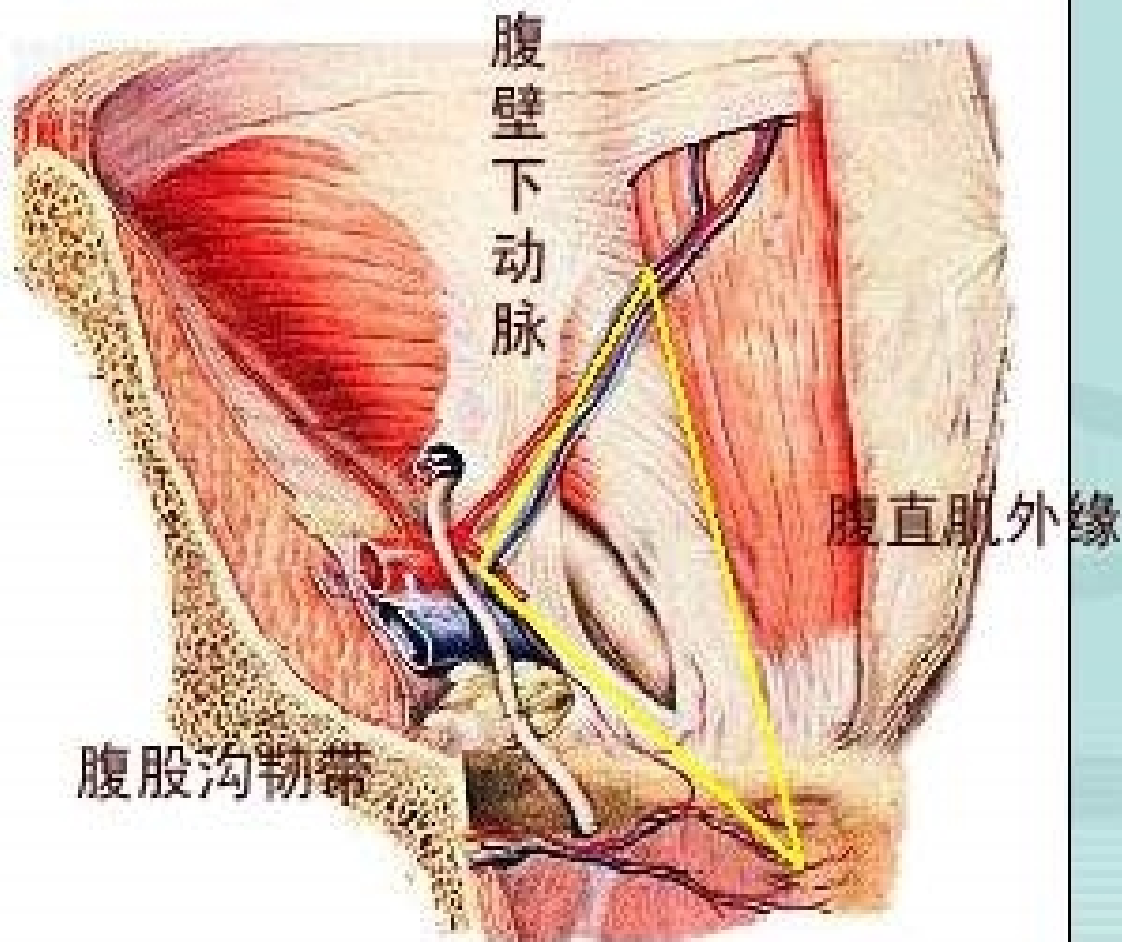
- 1. 髂前上棘
- 2. 腹外斜肌
- 3. 腹外斜肌腱膜 (AEOM)
- 4. 股血管
- 5. 精索
- 6. 外环

腹股沟区解剖— Deep tissues 深层组织



- 1. **腹股沟韧带**
- 2. **腹内斜肌**
- 3. **腹横肌**
- 4. **腹直肌鞘**
- 5. **提睾肌**
- 6. **腹壁深动静脉**

腹股沟区解剖— Inguinal canal 腹股沟管



腹股沟
体相当
带之间的斜行裂隙。

- 1. 腹横筋膜
- 2. 内环 (IR)
- 3. 输精管
- 4. 精索血管
- 5. 直疝三角

病因与发病机制

发病原因

1. 腹壁强度降低

- (1) 先天性因素：某些组织穿过腹壁的部位；腹白线发育不全；
- (2) 后天性因素：手术切口愈合不良、外伤感染、老年、肥胖、久病所致肌肉薄弱、萎缩。

2. 腹内压力增高

- (1) 慢性咳嗽、便秘；
- (2) 腹水、妊娠；
- (3) 排尿困难、啼哭；
- (4) 长期重体力劳动。

病因与发病机制

发病机制

1. 先天性解剖异常

在胚胎发育过程中，睾丸下降带动腹膜，经过腹股沟管降入阴囊，如鞘突闭锁不全则成为先天性斜疝疝囊。

2. 后天性腹壁薄弱、缺损

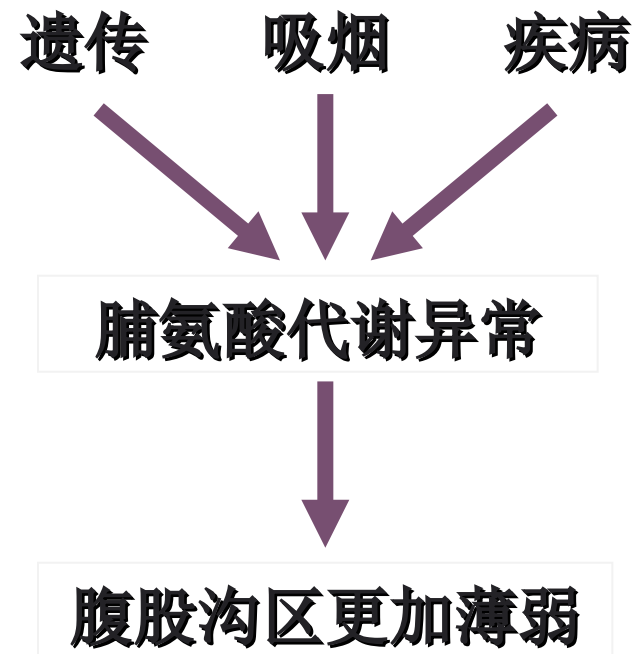
(1) 腹内斜肌弓状下缘发育不全或位置偏高；

(2) 腹横筋膜和腹横肌发育不全。

病因与发病机制

现代医学的观点

- 腹股沟区结构薄弱
- 腹腔内压力增高
- 结缔组织代谢异常





临床表现和诊断



分类—腹股沟斜疝与直疝



斜 疝

- 由腹壁下动脉外侧的腹股沟管内环突出，向内、向下、向前斜行经过腹股沟管，穿出腹股沟管外环，可进入阴囊。



直 疝

- 由腹壁下动脉内侧的直疝三角区直接由后向前突出，不经过内环、也不进入阴囊。

临床表现和诊断

嵌顿性疝

- 常在腹内压骤增时突出，疝块不能回纳，疝块增大，质地硬，伴有疼痛及触痛，如为小肠，有肠梗阻表现。

绞窄性疝

- 嵌顿物缺血坏死、感染、肠漏、腹膜炎、全身感染中毒症状。

腹股沟直疝

- 多见于年老体弱患者，腹股沟肿物在直疝三角，呈半球形突出，不进入阴囊，极少嵌顿。

临床表现—斜疝与直疝区别

	斜 疝	直 疝
发病年龄	多见于儿童及青壮年	多见于老年
突出途径	经腹股沟管突出, 可进阴囊	由直疝三角突出, 不进阴囊
疝块外形	椭圆或梨形, 上部呈蒂柄状	半球形, 基底较宽
回纳疝块后压住深环	疝块不再突出	疝块仍可突出
精索与疝囊的关系	精索在疝囊后方	精索在疝囊前外方
疝囊颈与腹壁下动脉关系	疝囊颈在腹壁下动脉外侧	疝囊颈在腹壁下动脉内侧
嵌顿机会	较多	极少



处理原则及治疗方法



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/396124205151010140>