

临床执业医师 腹股沟斜疝的概述临床执业医师考试 PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/645/2021_2022__E4_B8_B4_E5_BA_8A_E6_89_A7_E4_c22_645913.htm 腹股沟斜疝有先天性和后天性两种。 [发病机理] 胚胎早期，睾丸位于腹膜后第2~3腰椎旁，以后逐渐下降，同时在未来的腹股沟管内环处带动腹膜、腹横筋膜以及各层肌肉经腹股沟管逐渐下移，并推动皮肤而形成阴囊。随之下移的腹膜形成一鞘状突，而睾丸则紧贴在鞘状突的后壁。鞘状突在婴儿出生后不久，除阴囊部分成为睾丸固有鞘膜外，其余部分即自行萎缩闭锁而遗留一纤维索带。如环不闭锁，就可形成先天性斜疝，而未闭的鞘状突就成为先天性斜疝的疝囊。有时，未闭的鞘状突只是一条非常细小的管道，则在临床上并不表现为疝，仅形成交通性睾丸鞘膜积液。如果鞘状突下段闭锁而上段未闭，也可诱发斜疝；如两端闭锁而中段不闭，则在临床上表现为精索鞘膜积液。右侧睾丸下降比左侧略晚，鞘突闭锁也较迟，因此，右侧腹股沟疝较为多见。后天性斜疝较先天性者为多，其发病机理则完全不同。此时，腹膜鞘状突已经闭锁，而有另外新的疝囊形成，经腹股沟所引起的。它是因为腹股沟区存在着解剖上的缺陷所致，即腹股沟管区是腹壁薄弱区，又有精索通过而造成局部腹壁强度减弱，但主要是发育不良或腹肌较弱而腹横肌与腹内斜肌对内环括约作用减弱，以及腹横肌弓状下缘（或为联合肌腱）收缩时不能靠拢腹股沟韧带，均诱发后天性斜疝。 [临床表现] 临床症状可因疝囊大小或有无并发症而异。基本症状是腹股沟区出现一可复性肿块，开始肿块较小，仅在病人站立、劳动、行走、跑步、剧咳或

婴儿啼哭时出现，平卧或用手压时块肿可自行回纳，消失不见。一般无特殊不适，仅偶尔伴局部胀痛和牵涉痛。随着疾病的发展，肿块可逐渐增大，自腹股沟下降者，试大收集整理至阴囊内或大阴唇，行走不便和影响劳动。肿块呈带蒂柄的梨形，上端狭小，下端宽大。检查时，病人仰卧，肿块可自行消失或用手将包块向外上方轻轻挤推，向腹腔内回纳消失，常因疝内容物为小肠而听到咕噜声。疝块回纳后，检查者可用食指指尖轻轻经阴囊皮肤沿精索向上伸入扩大的外环，嘱病人咳嗽，则指尖有冲击感。有的隐匿性腹股沟斜疝，可以通过此试验，确定其存在。检查者用手指紧压腹股沟管内环，然后嘱病人用力咳嗽、斜疝肿块并不出现，尚若移开手指，则可见肿块从腹股沟中点自外上方向内下鼓出。这种压迫内环试验可用来鉴别斜疝和直疝，后者在疝块回纳后，用手指紧压住内环嘱病人咳嗽时，疝块仍可出现。以上为可复性疝的临床特点。其疝内容物如为肠袢，则肿块柔软、表面光滑、叩之呈鼓音。回纳时，常先有阻力；一旦开始回纳，肿块即较快消失，并常在肠袢进入腹腔时发出咕噜声。内容物如为大网膜，则肿块坚韧无弹性，叩之呈浊音，回纳缓慢。难复性斜疝在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。滑动性斜疝往往表现为较大而不能完全回纳的难复性疝。滑出腹腔的盲肠常与疝囊前壁发生粘连。临床上除了肿块不能完全回纳外，尚有“消化不良”和便秘等症状。滑动性疝多见于右侧，左右发病率之比约为1：6.在临床工作中应对这一特殊类型的疝应有所认识，否则在手术修补时，滑出的盲肠或乙状结肠可能被误认为疝囊的一部分而被切开。嵌顿性疝常发生在强力劳动或排便等腹内压骤增

时，通常都是斜疝。临床上常表现为疝块突然增大，并伴有明显疼痛。平卧或用手推送肿块不能使之回纳。肿块紧张发硬，且有明显触痛。嵌顿的内容物为大网膜，局部疼痛常轻轻微；如为肠袢，不但局部疼痛明显，还可伴有阵发性腹部绞痛、恶心、呕吐、便秘、腹胀等机械性肠梗阻的病象。疝一旦嵌顿，自行回纳的机会较小；多数病人的症状逐步加重，如不及时处理，终将成为绞窄性疝。肠管壁疝嵌顿时，由于局部肿块不明显，又不一定有肠梗阻表现，容易被忽略。绞窄性疝的临床症状多较严重。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