

外 科 学

下 册

浙 江 医 科 大 学

外科学

第二版

人民卫生出版社

目 录

第十九章	腹外疝.....	(1)
	概论 (1) 腹股沟斜疝 (4) 腹股沟直疝 (10) 股疝 (11) 脐疝 (13) 切口疝 (14) 嵌顿、绞窄性疝 (14)	
第二十章	阑尾炎.....	(16)
	急性阑尾炎 (17) 慢性阑尾炎 (25)	
第二十一章	胆道疾患.....	(27)
	胆道系统感染和胆石症 (28) 胆道蛔虫症 (38) 胰腺癌 (40)	
第二十二章	肠梗阻.....	(42)
	概论 (42) 肠扭转 (49) 粘连性肠梗阻 (51) 肠套迭 (53) 蛔虫性肠梗阻 (55)	
第二十三章	胃、十二指肠溃疡的外科治疗和胃癌.....	(57)
	胃、十二指肠溃疡的外科治疗 (57) 胃、十二指肠溃疡急性穿孔 (62) 胃、十二指肠溃疡大出血 (65) 瘢痕性幽门梗阻 (66) 胃溃疡恶性变 (67) 胃癌 (67)	
第二十四章	急性腹膜炎和腹腔脓肿.....	(72)
	急性腹膜炎 (72) 腹腔脓肿 (76)	
第二十五章	腹部损伤.....	(79)
第二十六章	门静脉高压症.....	(84)
第二十七章	结肠直肠癌.....	(94)
	结肠癌 (94) 直肠癌 (97)	
第二十八章	肛管直肠疾患.....	(101)
	肛管直肠周围脓肿 (105) 肛裂和肛门直肠瘘 (107) 痔 (111) 直肠息肉 (115) 肛管直肠脱垂 (116)	
第二十九章	周围血管和淋巴系疾患.....	(119)
	下肢静脉曲张 (119) 血栓闭塞性脉管炎 (121) 下肢淋巴水肿 (124)	
第三十章	胸部损伤.....	(126)
	肋骨骨折 (126) 损伤性气胸 (128) 血胸 (133) 血心包 (135)	

第三十一章	胸膜和心包感染..... (137)
	急性脓胸 (137) 慢性脓胸 (139) 化脓性心包炎 (140)
	缩窄性心包炎 (141)
第三十二章	胸内肿瘤..... (143)
	食管癌 (143) 支气管肺癌 (147) 纵隔肿瘤 (149)
第三十三章	泌尿系损伤..... (152)
	肾损伤 (152) 尿道损伤 (153)
第三十四章	泌尿系结石病..... (156)
	概论 (156) 肾输尿管结石 (157) 膀胱尿道结石 (159)
第三十五章	泌尿系与男生殖系结核病..... (160)
第三十六章	泌尿系与男生殖系肿瘤..... (163)
	肾肿瘤 (163) 膀胱肿瘤 (164) 阴茎癌 (165) 睾丸 肿瘤 (166)
第三十七章	泌尿生殖系其他疾病及男性计划生育..... (167)
	前列腺增生 (167) 慢性前列腺炎 (168) 睾丸鞘膜积 液 (168) 精索静脉曲张 (169) 隐睾 (170) 包皮过 长、包茎 (170) 嵌顿包皮 (171) 尿道下裂 (171)
	男性计划生育 (171)
第三十八章	骨折..... (172)
	概论 (172) 锁骨骨折 (183) 肱骨干骨折 (185) 肱骨 髁上骨折 (186) 肱骨外髁骨折 (188) 肱骨内上髁骨折 (189) 尺骨鹰嘴骨折 (189) 桡、尺骨干骨折 (190)
	尺骨上 1/3 骨折合并桡骨头脱位 (192) 桡骨下端骨折或 骨骺分离 (192) 腕舟骨骨折 (194) 股骨颈骨折 (195)
	股骨粗隆间骨折 (197) 股骨干骨折 (198) 髌骨骨折 (199) 胫、腓骨干骨折 (200) 踝部骨折 (202) 跟骨 骨折 (203) 脊柱骨折和脱位 (204) 骨盆骨折 (207)
第三十九章	关节脱位..... (210)
	概论 (210) 肩关节脱位 (211) 肘关节脱位 (213) 桡 骨头半脱位 (213) 髋关节脱位 (214)
第四十章	手部损伤..... (217)
	〔附〕断肢再植概要 (222)
第四十一章	软组织损伤和疾病..... (224)
	肩关节周围炎 (224) 肱骨外上髁炎 (224) 手和腕部狭 窄性腱鞘炎 (225) 膝关节韧带损伤 (226) 膝关节半月 软骨损伤 (227) 踝关节扭伤 (229) 小儿瘫后遗症 (230)

第四十二章	颈椎病及腰痛.....	(232)
	颈椎病 (232) 腰痛 (233) 急性腰扭伤 (234) 慢性腰 劳损 (235) 腰椎间盘突出症 (236)	
第四十三章	骨科常用技术操作.....	(239)
	牵引技术 (239) 局部外固定用具 (244) 石膏绷带技 术 (246) 关节腔穿刺术 (247)	
第四十四章	中医伤科用药简介.....	(250)
第四十五章	骨和关节炎症.....	(253)
	化脓性骨髓炎 (253) 化脓性关节炎 (256) 骨、关节结 核概论 (258) 脊柱结核 (260) 髋关节结核 (262) 膝 关节结核 (262)	
第四十六章	骨肿瘤.....	(264)
	概论 (264) 骨软骨瘤 (265) 骨巨细胞瘤 (265) 骨 肉瘤 (266)	

第十九章 腹 外 疝

概 论

腹腔脏器由其正常位置经腹壁的薄弱点或组织缺损处，向体表突出而形成一肿块时，称为腹外疝。一般以肿块突出的解剖部位命名，如腹股沟疝、股疝、脐疝等。肿块常在行走、站立或腹压增加时出现，平卧休息时缩小或消失。

【病因】 “外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”在疝的发生过程中，内因是腹壁抵抗力薄弱，外因是腹内压增高。在正常情况下，由于各种原因，腹内压随时可以增高，但腹壁有足够抵抗力，可防止疝的发生。只有在腹壁抵抗力薄弱而又有腹内压增高，才会形成疝。

造成腹壁抵抗力薄弱的原因有先天性和后天性两种。先天性的，如腹膜鞘状突未关闭（详见后述）。后天性的可因：①手术切口或外伤造成腹壁缺损；②年老体弱、长期疾病或腹壁神经受损造成肌肉萎缩等。

腹内压力增高的原因很多，如慢性咳嗽、长期便秘、排尿困难、妊娠、腹水和举重等。

【病理】

一、疝的组成 典型的腹外疝应具有疝环、疝囊、疝内容物和疝外被盖四部分。

1. 疝环 是腹壁抵抗力薄弱或缺损部分，疝囊经此环突出腹腔之外。

2. 疝囊 为腹膜经疝环突出的部分，成为一囊袋。此囊袋近疝环处比较狭小，称为疝囊颈；其余扩大部分通称疝囊体。

3. 疝内容物 疝内容物与疝的部位有关，也取决于腹腔脏器的活动程度。许多腹腔脏器都可以成为疝内容，但以活动性较大的小肠和大网膜为最常见。

4. 疝外被盖 为疝囊外腹壁各层组织，根据疝的部位而有不同。通常为筋膜、肌肉、皮下组织和皮肤。

二、病理分类 分为可复性、难复性、嵌顿或绞窄性三类。

1. 可复性疝 疝的内容物可回纳入腹腔。

2. 难复性疝 内容物难于完全回纳入腹腔，常由于疝内容物与疝囊粘连所致。

3. 嵌顿或绞窄性疝 腹内脏器进入疝囊后不能回纳，并伴局部及腹部疼痛等症状，称为嵌顿性疝；若发生血液循环障碍则称为绞窄性疝。

【临床表现】 因疝内容物和类型而不同。以腹股沟疝为例，起病时常无自觉症状或仅有轻度坠胀感，偶然在腹股沟部发现一突出的软块，在站立、行走或咳嗽时包块较明显，平卧或用手推挤时，包块即可还纳入腹腔。突出物的内容如系肠袢，还纳时可能有“咕噜”声。疝还纳后，在肿块出现处伸入手指探查，可摸到疝环；如请病人咳嗽、

指尖可有冲击感，称为咳嗽冲动。

发生嵌顿或绞窄时，除局部肿块不能还纳、紧张、伴有不同程度的压痛外，还可有急性肠梗阻表现，如阵发性腹痛、呕吐、便秘等。

【诊断】 一般诊断不难。有些疝嵌顿时局部表现不明显，而常因急性腹痛和恶心呕吐等病象而误诊为其他原因的肠梗阻。因此，对于原因不明的肠梗阻病例，应在可能发生腹外疝的部位，详细检查，以排除嵌顿性疝的存在。

【预防】 婴儿时期，防止紧裹腹部，避免经常啼哭或咳嗽等；儿童长大后注意锻炼腹壁肌肉，使腹股沟部肌肉发达而起保护作用；腹部手术切口应确保愈合良好；对能引起腹压增高的慢性疾病，都应予以积极治疗。

【治疗】 腹外疝的治疗以手术为主。但对下列情况可采用非手术疗法或暂缓手术：①一岁以内婴儿的脐疝或腹股沟疝，在发育过程中可能自行愈合，暂不手术；②年老体弱或有重要脏器严重疾病者，如无嵌顿或绞窄，不宜手术；③伴有腹内压增高的病人，如慢性咳嗽、排尿不畅、便秘、妊娠等，除疝已发生嵌顿外，暂缓手术。

一、非手术疗法 一般用疝带或胶布条固定。即将疝内容回纳腹腔后，用疝带软垫压迫疝环，系紧疝带，阻止疝内容物突出；对小儿脐疝，可用胶布条固定。长期应用疝带后，由于疝囊颈经常受压而变得肥厚、坚韧，疝内容物和疝囊容易发生粘连，可能增加手术困难和并发症。

二、手术疗法 疝手术主要步骤如下：

1.依次切开疝囊外被盖的各层组织，再切开疝囊，检查疝内容物，如无异常即将其送回腹腔；

2.解剖疝囊颈，使其与周围组织分离后离断；

3.高位结扎或缝合疝囊颈。远端疝囊切除与否，视具体情况而定，一般不予切除，但须严密止血。若疝囊很小，则可切除；

4.修复腹壁缺陷。对腹壁缺损不大，而且疝附近肌腱等结构尚健全者，可作疝修补术；对腹壁缺损过大，而且附近肌腱等结构有严重损坏或缺失者，则利用附近组织移植或其他材料作疝成形术。

为了预防术后复发，应特别注意防止腹内压增高（如咳嗽、便秘等）；一般术后在三个月内应避免重体力劳动。

三、嵌顿性或绞窄性疝的处理 详见后述。

腹 股 沟 疝

腹内脏器通过部分或全部腹股沟管而突出于体表者，称为腹股沟疝，俗称“小肠气”或“疝气”，是各类疝中最常见的一种。根据发病原因及解剖关系不同，可分为斜疝和直疝两种，以斜疝为多见。

【腹股沟部解剖要点】

一、腹股沟管 为胎儿时期睾丸自后腹壁下降入阴囊时，穿过腹壁，经过腹股沟区，形成的一个斜形裂隙，在成人，长约3.5~4.5厘米。有前、后、上、下四个壁；

内、外两个口。

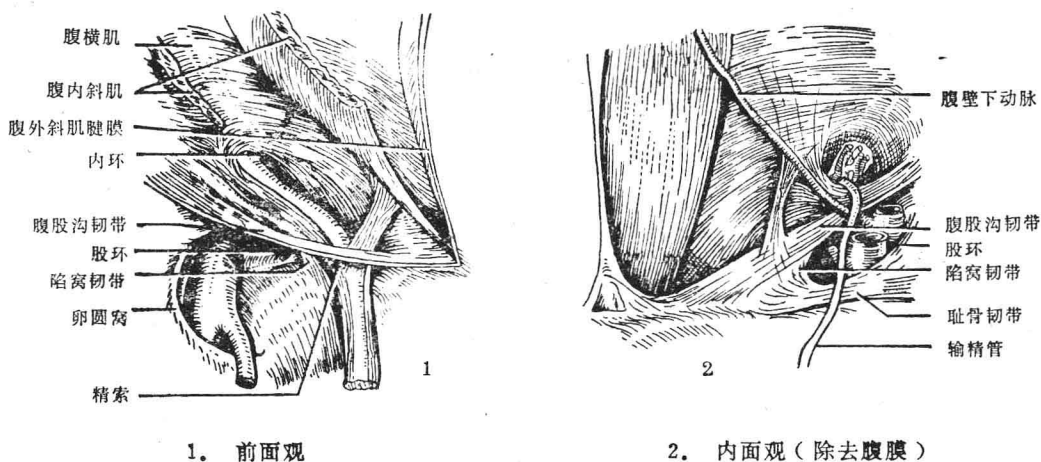


图19—1 腹股沟区解剖

前壁 为腹外斜肌腱膜，在其外侧1/3部分尚有腹内斜肌。

后壁 为腹横筋膜，在其内侧1/3部分尚有由腹横肌和腹内斜肌构成的联合腱。

上壁 为腹内斜肌和腹横肌的弓状下缘。

下壁 为腹股沟韧带。

内口 又称内环或腹环，为腹横筋膜上的卵圆形裂孔。位于腹股沟中点的上方约1.5厘米处，腹壁下动脉在其内侧经过。

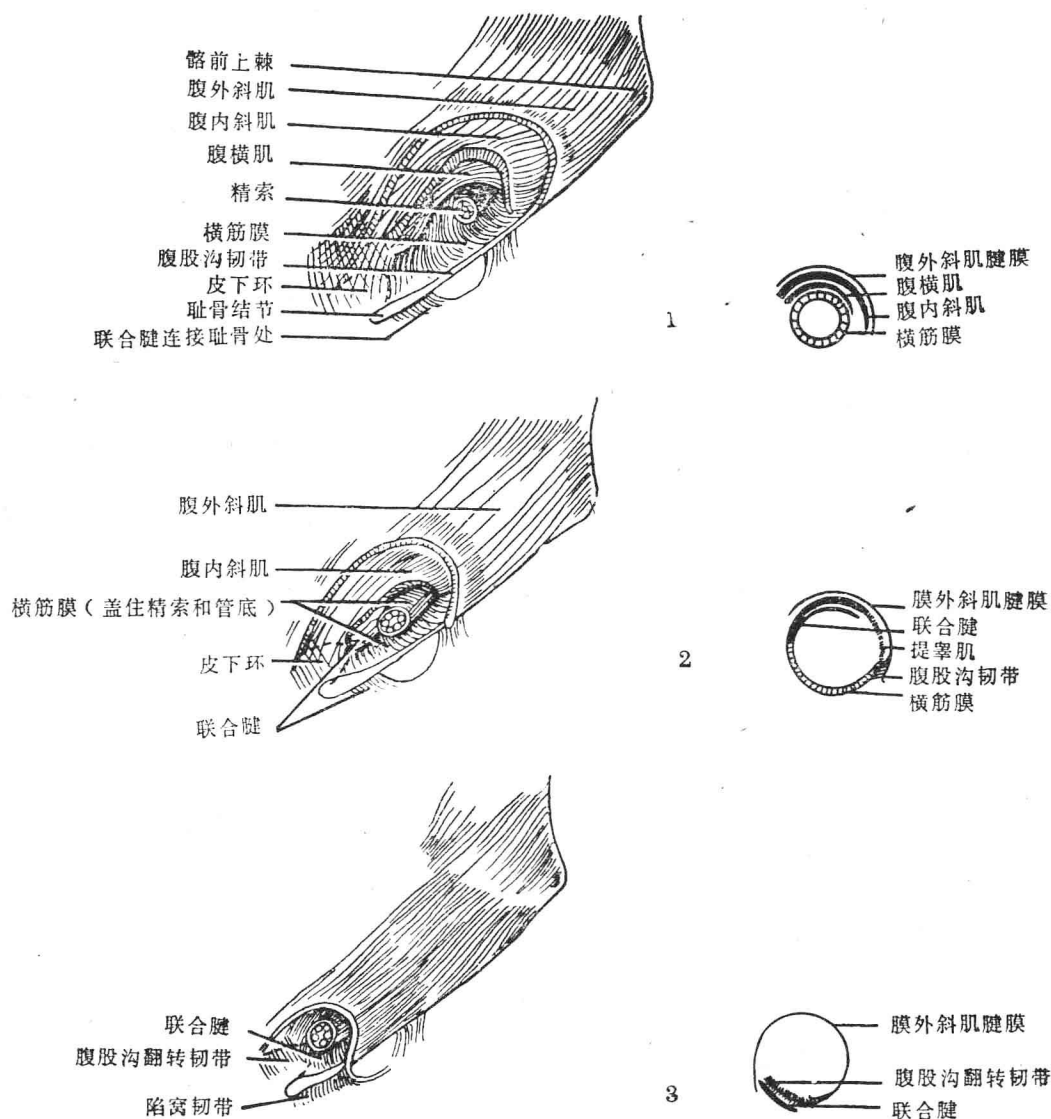
外口 又称外环或皮下环，为腹外斜肌腱膜的三角形裂口。位于耻骨结节的内上方，通常可容纳一小指尖。

腹内斜肌下部的部分肌束，起自腹股沟韧带外侧2/3处，肌纤维由外下走向内上，参与腹股沟管前壁的外1/3；除了一小部分肌束附着于精索，形成提睾肌外，主要肌纤维和腹横肌一同绕过精索上部，形成腹股沟管的上壁，这些肌纤维称为弓状纤维；继之和腹横肌混合，共同构成联合肌腱，转至精索后面，位于腹股沟管内侧1/3深层，参与构成腹股沟管后壁，终止于耻骨韧带。由于腹内斜肌纤维呈弓状，环绕于精索的前、上、后方。当腹内斜肌收缩时，就能对腹股沟管产生一种螺旋样作用，对防止疝的发生有着一定的意义（图19—2）。

腹股沟管的内容物 男性为精索，女性为圆韧带。精索为一索条形结构，自内环起，经过外环，向下伸入阴囊，其主要内容为输精管、精索动静脉和淋巴组织等。

二、腹股沟三角 为腹股沟部较薄弱处，其前方与外环相对。其内界为腹直肌外缘；外界为腹壁下动脉；下界为腹股沟韧带（图19—3）。

三、神经 在腹外斜肌腱膜与腹内斜肌之间有髂腹下神经和髂腹股沟神经通过，在进行手术时往往可以看到，应注意防止损伤。

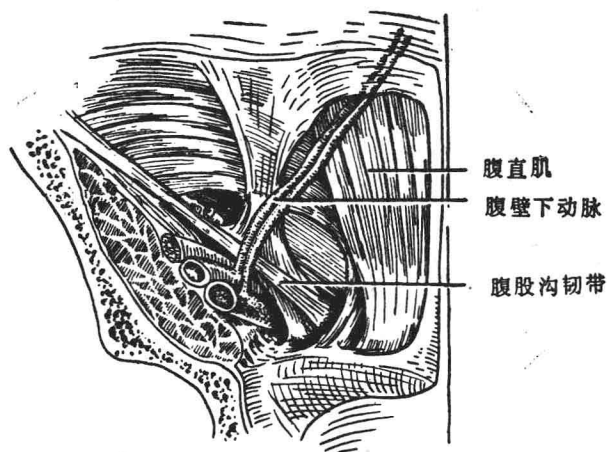


1.通过腹环处的断面，该前壁是由腹横筋膜、腹内斜肌和腹外斜肌三层组织构成 2.腹股沟中段的断面，注意精索的外前侧为腹外斜肌和腹横肌的联合腱，后侧为横筋膜 3.皮下环处的断面，精索是在腹股沟韧带，联合腱和陷窝韧带的前面，其前壁为腹外斜肌腱膜。

图19—2 腹股沟管的螺旋阶梯状结构

一、腹股沟斜疝

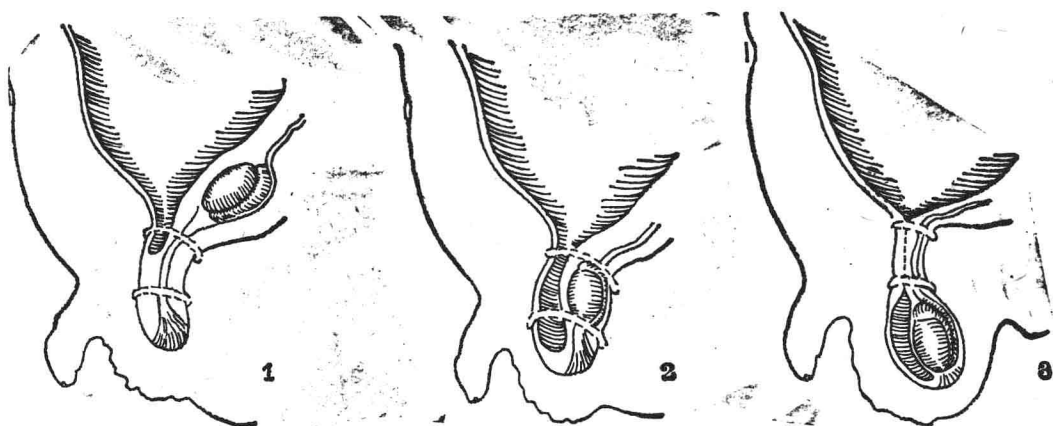
腹腔脏器经内环突出，进入腹股沟管或穿出皮下环、进入阴囊者，称为腹股沟斜疝，简称斜疝。



内界为腹直肌的外缘，外界为腹壁下血管，下界为腹股沟韧带

图19—3 腹股沟三角区

【病因病理】 在胚胎发育过程中，位于腹后壁的睾丸逐渐向下移行，在接近腹股沟管内环处，将腹膜和腹横筋膜向前推移，形成腹膜鞘状突。睾丸紧贴在腹膜鞘状突的后面一同向下移行，降入阴囊。鞘状突在出生后不久便开始萎缩，除在睾丸附近的部分形成睾丸的固有鞘膜外，其余完全闭合成为条索状组织（图19—4）。



1. 睾丸接近内环

2. 睾丸移降腹股沟管

3. 腹膜鞘状突闭合

图19—4 睾丸下降过程

如果出生后腹膜鞘状突不能闭合（部分或全部未闭），即成为先天性疝囊，当腹压增高时，便可导致疝的发生。

后天性斜疝的发生往往与局部肌肉不健全有关。在正常情况下，腹内斜肌和腹横肌收缩时都向腹股沟韧带靠拢，有关闭腹股沟管和内环的作用。如果这些肌肉发育不良，收缩性较差，保护作用减弱，一旦腹内压骤增，内脏就由内环突出，形成斜疝。

斜疝可分为三种：①疝块位于腹股沟管内，未突出皮下环者，称为不完全性斜疝；

②当疝囊逐渐扩大,突出皮下环者,称为完全性斜疝;③疝块进入阴囊者,称为阴囊疝。

【临床表现】

一、症状 早期可无症状或仅有腹股沟部不适感,若疝较大,在站立时有下坠感;当疝内容较多时,可因牵拉肠系膜而引起腰部不适。难复性疝一般无特殊症状,嵌顿、绞窄性疝可出现腹痛、恶心、呕吐等肠梗阻症状。

二、疝块 腹股沟部或阴囊部出现柔软的可复性肿块,平卧后包块多自行消失;或者用手推按,可使包块消失;当站立、行走或增加腹压时(如咳嗽、鼓腹)包块又复出现(图19—5)。难复性疝块不能回纳。嵌顿、绞窄性疝块除难以回纳外,局部尚有明显的疼痛和触痛。

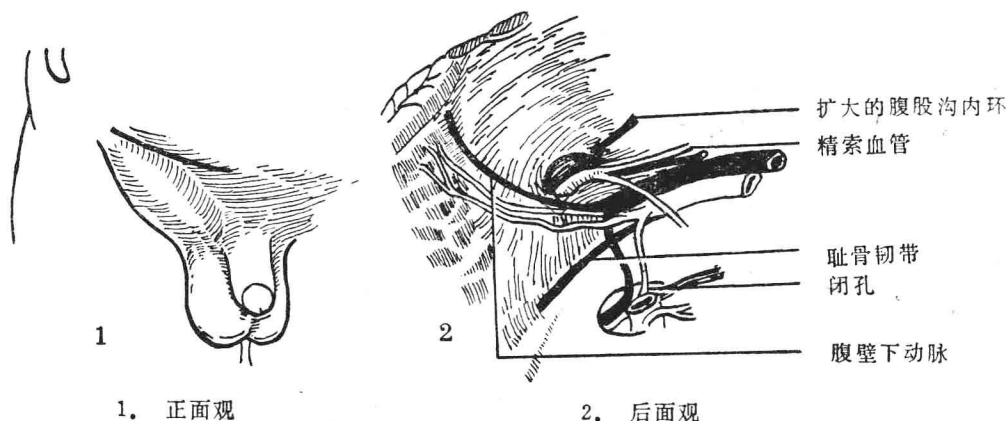


图19—5 腹股沟斜疝及其突出部位

三、外环检查 肿块还纳后,可用食指指尖挑起阴囊上部皮肤,在皮下向上潜行,探索外环。外环常扩大(正常仅容纳一指尖),请病人咳嗽,指尖即感到咳嗽冲动。

四、内环检查 肿块回纳后,检查者用拇指在腹壁外紧压内环,然后请病人起立、咳嗽或鼓腹,肿块并不出现,如果移除拇指压迫,肿块立即出现,可证实为腹股沟斜疝(图19—6)。

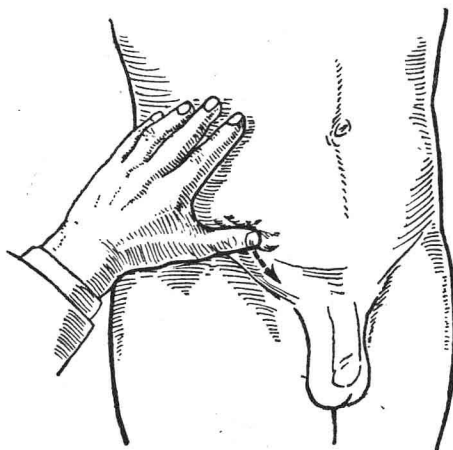


图19—6 内环检查法

【诊断和鉴别诊断】 根据病史、体检不难诊断。在临床表现不典型时，应进行鉴别诊断。

一、可复性腹股沟斜疝 应与下列疾病鉴别：

1. 腹股沟直疝（见直疝节）

2. 股疝（见股疝节）

3. 髂腰部寒性脓肿 脓液可流注到腹股沟部，形成肿块而被误诊为斜疝。但肿块较深，界限不清楚或有波动感。腰椎或骶髂关节有结核病灶存在。

4. 交通性鞘膜积液 其病理结构与斜疝相同，但因疝囊颈极小，腹内脏器不能突入疝囊内，只有腹水能流入。其特点是肿块有囊性感、透光试验阳性、肿块不能很快回纳，须经挤压或平卧后才逐渐缩小或消失。

二、难复性腹股沟斜疝 须与下列疾病鉴别：

1. 睾丸鞘膜积液 肿块有囊性感，它的上端没有通向腹壁深处的蒂柄，透光试验阳性。睾丸因位于积液中央，故不易触及。

2. 隐睾症 隐睾倘若位于腹股沟管内，可被误认为斜疝。但其体积较小，压之有特殊的睾丸胀痛感。如发现同侧阴囊内没有睾丸，即可明确诊断。

3. 精索鞘膜积液 肿块的边界清楚，透光试验阳性，牵拉睾丸时肿块随之上下移动。

4. 睾丸肿瘤 质地较硬，上端不通入腹股沟部。

三、嵌顿性或绞窄性腹股沟斜疝 应与下列疾病鉴别：

1. 睾丸鞘膜积液并发感染 病史上有长期不变的肿块，肿块上端无蒂柄通入腹股沟内部，没有肠梗阻的临床表现，而阴囊局部可有炎症反应征象。

2. 急性腹痛疾病 有些原患有可复性腹股沟斜疝的病人，发生腹内脏器疾病（如阑尾穿孔、宫外孕破裂等），腹腔渗出液或血液流入疝囊内，引起疝囊积脓或积血，可能被误诊为嵌顿或绞窄性腹股沟斜疝，虽较少见，临床时亦应注意。相反地，有些嵌顿或绞窄性斜疝局部症状不甚明显，而出现较剧烈的腹痛，可能被误诊为腹内脏器疾病。对于这类病例，除详问病史外，应仔细检查腹部和腹股沟部，以便作出正确诊断。

【治疗】 为了防止腹股沟斜疝继续发展，影响生活与劳动，或发生绞窄而威胁生命，绝大部分腹股沟斜疝应施行手术治疗。但对婴幼儿、老年人或伴有其他严重疾病者，除发生嵌顿外，可采取非手术疗法。

一、非手术疗法 适用于一岁以内婴儿。可用棉纱束带压迫腹股沟内环处，防止疝内容突出。其方法是将束带折成双层，折端紧压腹股沟内环，他端绕腹部，再套入折端，然后绕过会阴部，结扎于腰的背面（图19—7）。对于年老体弱或伴有严重疾病而禁忌手术者可用疝带。疝带是一根带软垫的皮带，把疝内容回纳后，将软垫紧压于内环处，以皮带固定于躯干。软垫必须大于疝环才能防止疝内容脱出。

二、手术疗法 手术的基本要求是高位结扎疝囊和加强腹壁抵抗力。手术方法很多，可归纳为三类，即单纯疝囊高位结扎术、疝修补术及疝成形术。前二者较为常用。

1. 单纯疝囊高位结扎术 适用于儿童及疝块小而腹壁肌肉较发达的青少年。其方法是：作与腹股沟韧带平行的切口，切开皮肤、皮下组织，沿外环剪开腹外斜肌腱膜，解

剖腹股沟管，找到疝囊，在疝囊颈部切开疝囊，回纳疝内容后切断疝囊颈，提起疝囊颈近端游离到内环处，予以高位结扎（图19—8）。远端疝囊一般可不切除。最后按层缝合腹壁。

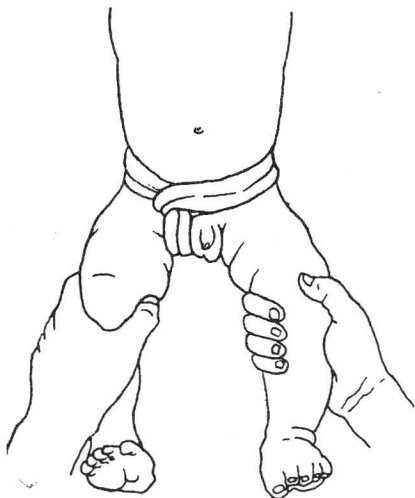


图19—7 棉纱束带压迫法

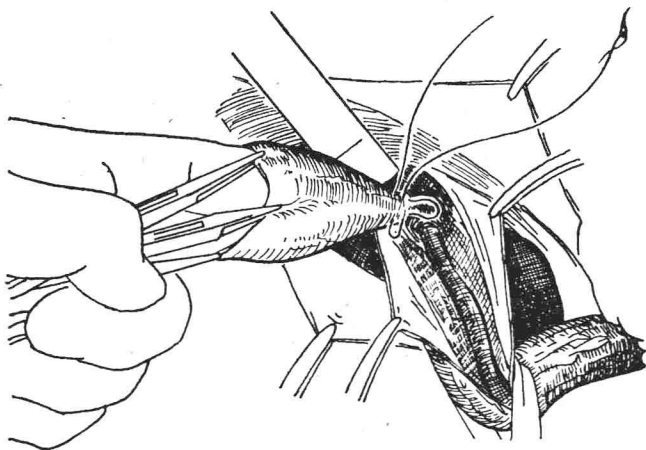


图19—8 在疝囊颈部高位缝扎

2. 疝修补术 适用于成年病人。按上述方法高位结扎疝囊颈后，根据病人年龄和腹股沟部薄弱程度，选择不同修补方法，常用的有以下三种：

（1）加强腹股沟管前壁法（佛格逊修补法） 不游离精索，在精索前面，将腹内斜肌下缘及联合腱用丝线间断缝合于腹股沟韧带上，再将腹外斜肌腱膜对边或重叠缝合。此法较简单，适用于年轻而腹壁筋膜尚强健者。

（2）加强腹股沟管后壁法（巴西尼修补法） 游离精索，如发现内环较大，可将内环部位的腹横筋膜作“8”字缝合（图19—9）。在精索后方，将腹内斜肌下缘及联合腱缝合于腹股沟韧带上（图19—10）；在精索前缝合腹外斜肌腱膜。此法加强了腹股沟管后壁，适用于年龄较大而腹壁筋膜比较薄弱者。

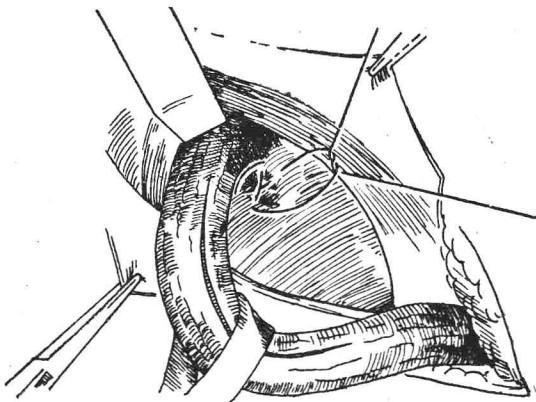


图19—9 内环处“8”字缝合

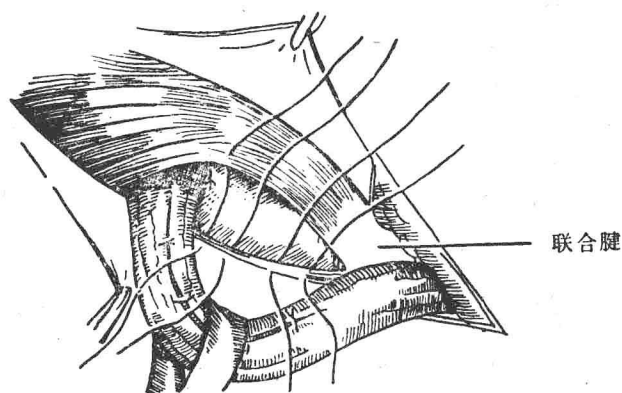


图19—10 巴氏修补法

(3) 耻骨韧带修补术 与巴西尼法相似，亦系加强腹股沟管后壁。不同点是将腹内斜肌下缘及联合腱缝合于耻骨韧带上(图19—11)。此法更加可靠，复发率低，但操作稍复杂，一般适用于复发性疝和股疝。

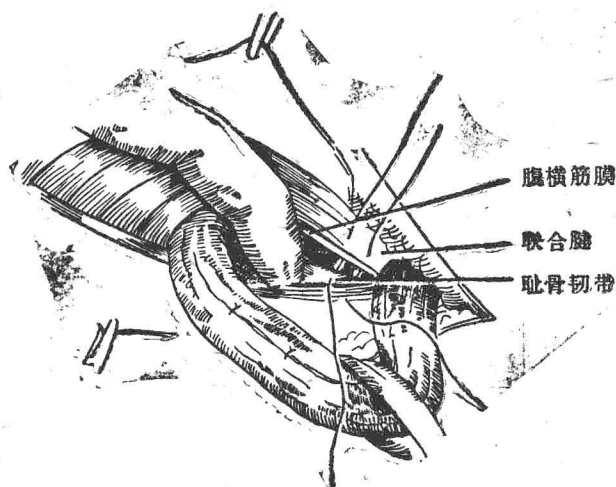


图19—11 耻骨韧带修补法

3. 疝成形术 适用于复发性疝或腹股沟管后壁有严重缺损、联合腱完全萎缩而不能缝合者。常用同侧腹直肌前鞘或阔筋膜移植；亦可用尼龙网等材料作疝成形术。

为了提高疗效、防止复发，手术时应注意下列各点：①高位结扎疝囊 高位结扎疝囊是疝修补术的关键，如未能达到要求，仍残留腹膜突出部分，容易引起疝的复发。②预防血肿形成 术中应严密止血。对于巨大和紧密粘连的疝囊，可保留远侧部分，不必强行剥离，以免形成血肿，影响切口愈合或诱发感染。③避免创口张力 联合腱与腹股沟韧带或耻骨韧带缝合时，切勿勉强拉拢，以防张力过大，组织纤维撕裂。如果缺损较大，应尽量采用疝成形术。④选择适宜缝线 由于腱膜、韧带愈合较慢，作疝修补术

时，用不吸收缝线（丝线）为宜。不用肠线缝合。

二、腹股沟直疝

腹内脏器自腹股沟三角内突出者，称腹股沟直疝，简称直疝。它不经过内环，也不进入阴囊。主要病因为后天腹壁薄弱和腹压增高所致。大多发生于体弱、年龄较大的男性。

【诊断和鉴别诊断】 直疝呈半球形肿块，位于腹股沟管内侧（图19—12），因囊颈宽大，不易嵌顿。临床上须与斜疝鉴别（见下表）。

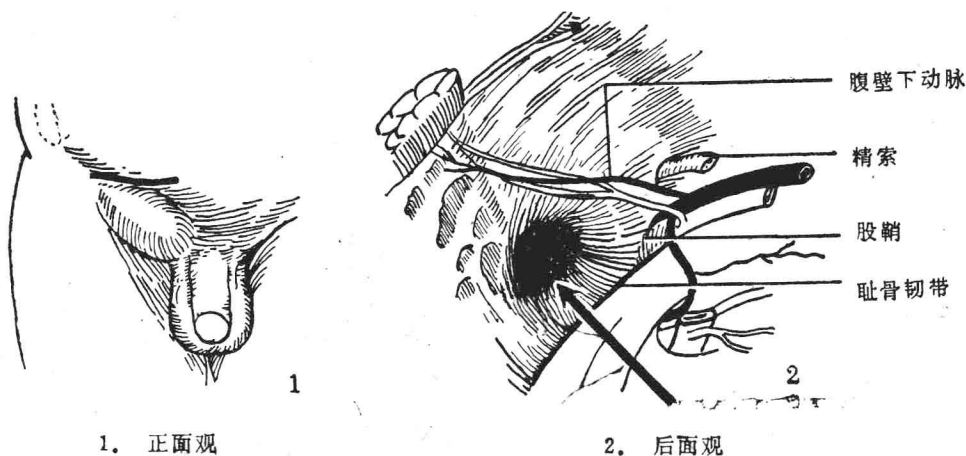


图19—12 腹股沟直疝及其突出部位

鉴 别 要 点	斜 疝	直 疝
1.发病时间	先天性或后天性，多见于儿童和中年人	后天性，多见于老年男性
2.肿块途径及形状	由内环突出、沿腹股沟管入阴囊（大阴唇）。呈椭圆形或梨形	由腹股沟三角区突出，呈半球形
3.疝回纳后压迫腹环	疝内容不突出	不能阻止内容突出
4.还纳性	有时难回复，可发生嵌顿、绞窄	能回纳，不嵌顿
5.腹壁下动脉搏动（手术时）	疝囊颈内侧触及	疝囊颈外侧触及

【治疗】 直疝一般都是继发性的，因此术前必须考虑其发病原因。如病人有慢性支气管炎等而未治愈者，应暂缓手术治疗。此外，因直疝不易发生嵌顿，同时腹壁缺损往往比较严重，且手术后较易复发，故对老年病人常采用非手术疗法。

手术疗法的关键在于修补腹壁缺损。可用巴西尼法或耻骨韧带修补术，必要时亦可作疝成形术。

股 疝

腹内脏器经股管突出到卵圆窝者，称为股疝。

【股管解剖】 股管为一狭长漏斗形间隙，长约1.5厘米，内含少量脂肪和淋巴组织。股管有上下两口。上口称为股环，系一卵圆形口，直径约1.25厘米，为一层股中隔薄膜所复盖。其前界为腹股沟韧带，内界为陷窝韧带，后界为耻骨肌筋膜，外界为股静脉鞘。股管下口为卵圆窝，是股部阔筋膜上的椭圆形孔，位于耻骨结节外下方，表面有一层薄膜复盖，称为筛状筋膜（图19—13）（图19—14）。

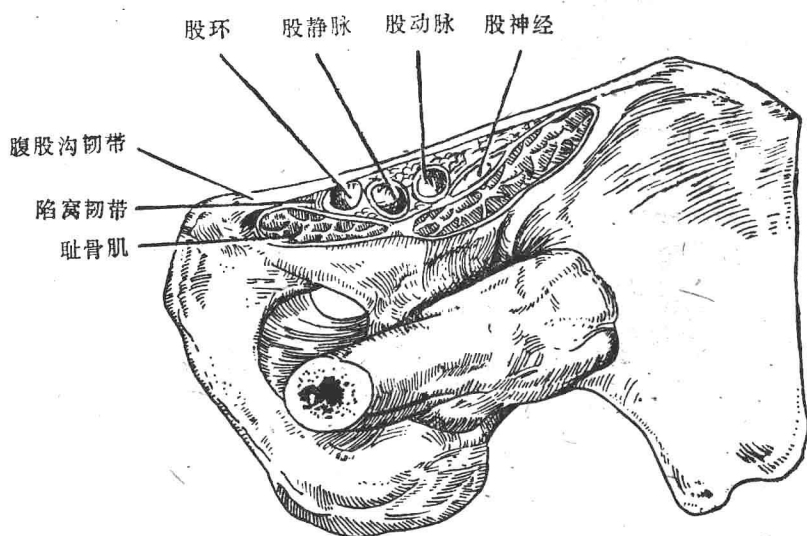


图19—13 腹股沟韧带下的内容物，自大腿后面观

图19—14 股疝疝囊下降入卵圆窝时的解剖关系



【**病因病理**】 股疝多见于中年以上妇女，这是由于妇女骨盆较宽，联合腱和陷窝韧带较薄弱，以致股管上口宽大松弛，在腹压增高的情况下，就较易发生股疝。由于股管上口周围韧带较坚韧而少弹性，而且疝囊方向先自股管垂直而下，通过下口后折向前方，由卵圆窝突出，构成锐角，因此容易嵌顿。嵌顿率达60%，远较斜疝为高。

【**临床表现**】 疝块一般不大，症状不明显。病人往往主诉在股部卵圆窝处出现半球形包块，柔软，可回纳。但因疝囊外有较多脂肪组织，疝内容回纳入腹腔后，疝块往往不能完全消失（图19—15）。由于疝囊颈小，咳嗽冲动常不明显。如发生嵌顿或绞窄，则胀痛加剧，并出现急性肠梗阻的临床表现。

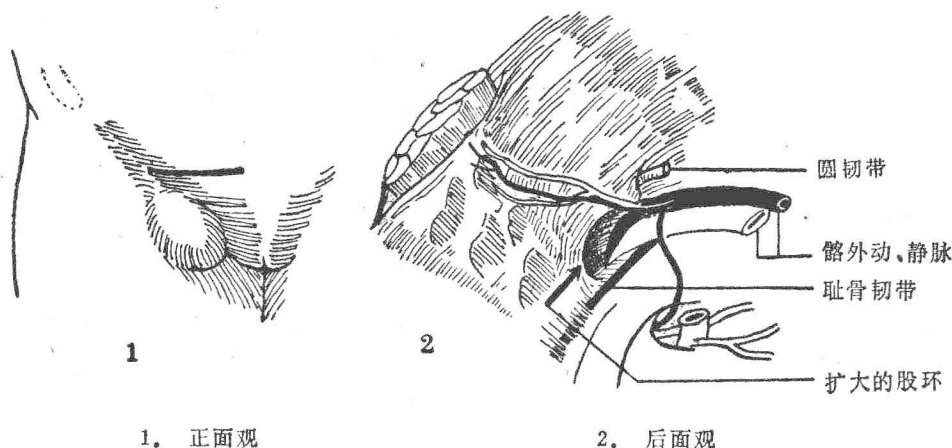


图19—15 股疝及其突出部位

【**鉴别诊断**】 诊断一般不难，对不典型者应与下列疾病鉴别：

一、**腹股沟斜疝** 位于腹股沟韧带之上，耻骨结节的内上方；而股疝位于腹股沟韧带之下，耻骨结节的外下方。若以拇指压迫内环，可以阻止斜疝突出，而股疝则否。

二、**脂肪瘤** 与难复性股疝不易区别。但脂肪瘤病史较长，逐渐增大，活动度大，表面呈分叶状。

三、**淋巴结炎** 单个肿大的淋巴结，可被误诊为嵌顿性股疝。但淋巴结炎有原发病灶，同时淋巴结呈椭圆形，长轴往往是斜行，而股疝为半球形，嵌顿时伴有急性肠梗阻症状。

四、**大隐静脉曲张结节** 卵圆窝处的静脉曲张结节在站立或者咳嗽时增大，平卧时消失，与股疝相似。但静脉结节很软，有一种特殊的震颤感，沿静脉向下传导，指压股静脉近端，可使结节增大，同侧下肢常有静脉曲张，而股疝则否。

五、**髂腰部寒性脓肿** （见斜疝）

【**治疗**】 因股疝容易嵌顿，应及早施行手术治疗，可采取高位或低位修补法。

一、**高位修补法** 切口与斜疝相同或稍低。显露腹股沟管后壁，切开腹横筋膜，即可找到疝囊（图19—16）。游离并切开疝囊，回纳疝内容后，作高位结扎（图19—17）。然后按耻骨韧带修补法缝合。