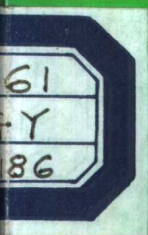




中国医学百科全书

普通外科学



上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中国医学百科全书编辑委员会

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

④ 普通外科学

曾宪九 主编

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 上海商务印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 13.5 字数 523,000

1989 年 12 月第 1 版 1992 年 12 月第 2 次印刷

印数 4,401—7,200

ISBN 7-5323-0608-9/R·177

定价: 9.00 元

(沪)新登字 108 号

《中国医学百科全书》编辑委员会

主任委员 钱信忠

副主任委员 黄家驷 季钟朴 郭子恒 吴阶平 涂通今 石美鑫 赵锡武

秘书长 陈海峰

副秘书长 施奠邦 冯 光 朱克文 戴自英

委 员 (以姓氏笔划为序)

丁季峰	王登次仁	马飞海	王 懿(女)	王玉川	王世真	王用楫
王永贵	王光清	王叔咸	王季午	王冠良	王雪苔	王淑贞(女)
王鹏程	王德鉴	王翰章	毛文书(女)	毛守白	邓家栋	石茂年
石美鑫	卢惠霖	卢静轩	叶恭绍(女)	由 崑	史玉泉	白清云
邝贺龄	冯 光(女)	兰锡纯	司徒亮	毕 涉	吕炳奎	曲绵域
朱 潮	朱壬葆	朱克文	朱育惠	朱洪荫	朱既明	朱霖青
任应秋	刘世杰	刘育京	刘毓谷	米伯让	孙忠亮	孙瑞宗
苏德隆	杜念祖	杨医亚	杨国亮	杨树勤	杨铭鼎	杨藻宸
李 昆	李永春	李宝实	李经纬	李振志	李肇特	李聪甫
吴之理	吴执中	吴阶平	吴英恺	吴征鉴	吴绍青	吴咸中
吴贻谷	吴恒兴	吴蔚然	余 瀛	宋今丹	迟复元	张 祥
张世显	张立藩	张孝骞	张昌颖	张泽生	张学庸	张涤生
张源昌	陆如山	陈 信	陈中伟	陈明进	陈国桢	陈海峰
陈灏珠	林巧稚(女)	林克椿	林雅谷	郁知非	尚天裕	罗元恺
罗致诚	季钟朴	依沙克江	周金黄	周敏君(女)	郑麟蕃	孟继懋
赵炳南	赵锡武	荣独山	胡传揆	胡熙明	钟学礼	钟惠澜
侯宗濂	俞克忠	施奠邦	姜春华	洪子云	夏镇夷	顾学箕
顾绥岳	钱 惠	钱信忠	徐丰彦	凌惠扬	郭 迪	郭乃春
郭子恒	郭秉宽	郭泉清	郭振球	郭景元	唐由之	涂通今
诸福棠	陶桓乐	黄 量(女)	黄文东	黄耀燊	黄家驷	黄祯祥
黄绳武	曹钟梁	盖宝璜	梁植权	董 郡	董承琅	蒋豫图
韩 光	程之范	傅丰永	童尔昌	曾宪九	谢 荣	谢少文
裘法祖	蔡 荣	蔡 翹	蔡宏道	戴自英		

序

《中国医学百科全书》的出版是我国医学发展史上的一件大事，也是对全人类医学事业的重大贡献。六十年代初，毛泽东同志曾讲过：可在《医学卫生普及全书》的基础上编写一部中国医学百科全书。我们深感这是一项重大而艰巨的任务，因此积极进行筹备工作，收集研究各种有关医学百科全书的资料。但由于十年动乱，工作被迫中断。粉碎“四人帮”后，在党和政府的重视和支持下，医学百科全书的编写出版工作又重新开始。一九七八年四月，在北京正式召开筹备会议，拟订了编写出版方案和组织领导原则。同年十一月，在武汉举行了第一次编委会，落实了三十多个主编单位，全国医学界的著名专家、教授和中青骨干都参加了编写工作。

祖国医学发展史中，历代王朝就有学者编纂各类“集成”和“全书”的科学传统，但系统、全面地编写符合我国国情和医学科学发展史实的大型的医学百科全书还是第一次。这是时代的需要，人民的需要，是提高全民族科学文化水平，加速实现社会主义现代化建设的需要。从长远来看，这是发展我国医药卫生事业和医学科学的一项基本建设，也是建设社会主义精神文明建设的重要组成部分。因此，编写出版《中国医学百科全书》是我国医学界的一项重大历史使命。

我国既有源远流长的祖国医学，又有丰富多彩的现代医学。解放以来，在党的卫生方针指导下，还积累了群众性卫生工作

和保健强身的宝贵经验，涌现了许多中西医结合防治疾病的科研成果。在我们广大的医药卫生队伍中，有一大批具有真才实学，又善于写作的专家，他们都愿意为我国科学文化事业竭尽全力，把自己的经验总结出来，编写出具有我国特点的医学百科全书。

《中国医学百科全书》是一部专科性的医学参考工具书，主要读者对象是医药院校毕业及具有同等水平的医药卫生人员，但实际需要查阅这部全书的读者将远远超过这一范围。全书内容包括祖国医学、基础医学、临床医学、预防医学和特种医学等各个学科和专业，用条目形式撰写，以疾病防治为主体，全面而精确地概述中西医药科学的重要内容和最新成就。在编写上要求具有高度的思想性和科学性，文字叙述力求言简意明，浅出深入，主要介绍基本概念、重要事实、科学论据、技术要点和肯定结论，使读者便于检索，易于理解，少化时间，开卷得益。一般说来，条目内容比词典详尽，比教材深入，比专著精炼。

为适应各方面的需要，《中国医学百科全书》的编写出版工作准备分两步走：先按学科或专业撰写分卷单行本，然后在此基础上加以综合，按字顺编排出版合订本。这两种版本将长期并存。随着学科发展的日新月异，我们并将定期出版补新活页。由于涉及面广，工作量大，经验不足，缺点错误在所难免，希望读者批评指正。

钱信忠

1982年11月

中国医学百科全书

普通外科学

主 编：曾宪九（北京协和医科大学）

裘法祖（同济医科大学）

副 主 编：吴蔚然（北京协和医科大学）

吴咸中（天津医学院）

编 委：（以姓氏笔画为序）

冯友贤（上海医科大学）

朱 预（北京协和医科大学）

吴孟超（中国人民解放军第二军医大学）

郑扶民（白求恩医科大学）

黄志强（中国人民解放军总医院）

黄萃庭（北京医科大学）

董方中（上海第二医科大学）

傅培彬（上海第二医科大学）

学术秘书：高正光（中国医学科学院）

编写说明

- 一、本书是《中国医学百科全书》中的一个分卷,书中阐述了普通外科学范围内的疾病及其检查、诊断和治疗方法。共有条目351条。
- 二、本分卷条目按腹壁、腹膜、腹腔、腹后壁、胃、十二指肠、小肠、结肠、直肠、肝、胆囊胆道、脾、胰腺、颈部、甲状腺、甲状旁腺、乳腺、淋巴管及外周血管顺序排列。为减少与其他分卷重复,英汉及汉英词汇仅收集与本分卷有关的名词。书末附有中文索引,按笔画顺序排列。
- 三、本分卷名词术语原则上采用惯用名称,冠以外国人名综合征及试验方法多按原文书写,少数采用通用的译名。
- 四、本分卷撰稿人较多,写作风格不尽一致,虽经编委会反复校修,错误之处仍难免,请读者批评指正。

普通外科学分卷编辑委员会

一九八七年六月

中国医学百科全书

普通外科学

目 录

普通外科学	1	急性肠系膜淋巴结炎	14
腹部创伤	2	肠系膜淋巴结结核	14
腹部切口	2	肠系膜慢性纤维性脂膜炎	15
腹部切口并发症	3	急性肠系膜动脉闭塞性疾病	15
腹壁感染	3	肠系膜静脉血栓形成	15
腹壁肿瘤	3	肠系膜原发性肿瘤	16
先天性脐病	4	腹腔动脉受压综合征	16
腹外疝	4	腹部内脏动脉血管瘤	16
腹股沟疝	5	腹内血管自发性破裂	17
股疝	5	腹膜后大出血	17
脐疝	6	腹膜后感染与脓肿	17
切口疝	6	特发性腹膜后纤维化	18
白线疝	6	原发性腹膜后肿瘤	19
半月线疝	6	食管裂孔疝	20
腰疝	7	胃肠道重复畸形	21
闭孔疝	7	胃肠道动静脉畸形	22
会阴疝	7	胃肠道创伤	22
坐骨疝	7	胃十二指肠化学性损伤	22
腹壁间层疝	7	蜂窝织炎性胃炎	23
腹内疝	7	急性胃粘膜出血性病变	23
腹腔诊断性灌洗	8	胃粘膜脱垂症	23
急性腹膜炎	8	胃粘膜巨大肥厚病	24
心得宁硬化性腹膜炎	9	Mallory-Weiss胃贲门粘膜撕裂综合征	24
手术后肉芽肿性腹膜炎	9	胃十二指肠溃疡外科治疗	24
结核性腹膜炎	9	胃十二指肠溃疡急性穿孔	25
腹腔脓肿	9	胃十二指肠溃疡大出血	25
肠间隙脓肿	10	胃十二指肠溃疡伴幽门梗阻	26
盆腔脓肿	10	胃十二指肠顽固性溃疡	26
膈下脓肿	10	胃溃疡癌变	26
腹腔异物	11	胃肠道结核	27
腹膜粘连	11	胃肠道嗜酸细胞肉芽肿	27
腹膜原发性肿瘤	11	胃肠道血吸虫病	28
腹膜假粘液瘤	12	胃息肉	28
气腹	12	胃肠道类癌	28
血腹	12	胃肠道脂肪瘤	29
乳糜腹	13	胃肠道神经源性肿瘤	29
大网膜扭转	13	胃肠道黑色素瘤	30
特发性大网膜梗塞	13	胃肠道平滑肌肿瘤	30
大网膜综合征	13	胃肠道血管瘤	30
大网膜原发性肿瘤	14	胃肠道毛细血管扩张症	31

胃癌	31	伪膜性肠炎	56
胃淋巴瘤	32	缺血性结肠炎	56
胃石与胃内异物	32	阿米巴结肠炎急性穿孔	57
胃憩室	33	后天性巨结肠症	58
胃扭转	33	结肠、直肠息肉	58
急性胃扩张	34	家族性息肉病	59
成人幽门肥大症	34	结肠、直肠癌	59
胃切除术后并发症与后遗症	35	肛癌	62
十二指肠憩室	36	结肠、直肠慢性肉芽肿	62
十二指肠壅滞症	37	结肠造口	63
十二指肠原发性肿瘤	37	直肠异物	63
十二指肠肠壁血肿	38	直肠脱垂	64
小肠梗阻	38	痔	64
粘连性肠梗阻	40	肛管、肛周急性感染	65
堵塞性肠梗阻	40	肛裂	66
动力性肠梗阻	41	肛瘘	67
成人肠套叠	41	藏毛囊肿与窦道	67
小肠扭转	42	肛管、直肠狭窄	68
肠道气囊肿	42	肛门失禁	68
伤寒病肠穿孔	43	骶前肿瘤	68
放射性肠炎	43	肝畸形	69
原发性小肠结石	44	肝创伤	69
原发性小肠溃疡	44	细菌性肝脓肿	70
急性出血性小肠炎	45	阿米巴肝脓肿	71
小肠息肉	45	肝结核	72
小肠癌	45	肝梅毒	72
小肠恶性淋巴瘤	45	肝肿瘤	73
病态肥胖的手术疗法	46	肝海绵状血管瘤	74
短肠综合征	46	肝血管内皮瘤	74
盲襻综合征	47	肝腺瘤	74
肠瘘	47	肝畸胎瘤	75
阑尾畸形	48	肝错构瘤	75
急性阑尾炎	48	肝局部结节增生	75
妊娠期急性阑尾炎	50	原发性肝细胞癌	75
小儿急性阑尾炎	50	转移性肝癌	77
老年人急性阑尾炎	50	肝囊肿	78
异位急性阑尾炎	50	肝蛔虫症	78
慢性阑尾炎	51	肝包虫病	79
阑尾周围脓肿	51	肝移植	80
阑尾肿瘤	52	门静脉高压症	82
阑尾粘液囊肿	52	肝性脑病	84
阑尾套叠	52	肝肾综合征	84
移动盲肠症	52	肝静脉阻塞综合征	85
结肠脾曲综合征	53	胆道异物	85
结肠憩室	53	胆道畸形	86
结肠脂垂炎	54	先天性胆总管囊性扩张症	86
结肠脂垂扭转	54	肝内胆管囊状扩张症	87
结肠扭转	54	急性胆囊炎	87
克隆病	54	胆囊积水	88
溃疡性结肠炎	55	慢性结石性胆囊炎	88

胆囊胆固醇沉积症	88	胰腺肿瘤	111
胆囊结石	88	胰腺囊腺瘤	113
手术后胆管残留结石	90	胰腺癌	113
慢性非结石性胆囊炎	90	Vater 壶腹部肿瘤	115
原发性胆管结石	90	胰腺内分泌肿瘤	116
肝内胆管结石	91	胰岛素瘤	116
急性梗阻性化脓性胆管炎	92	胰促胃液素瘤	117
原发性硬化性胆管炎	93	胰致腹泻瘤	118
胆道出血	93	胰高糖素瘤	119
胆囊扭转	94	胰生长抑素瘤	119
炎症性胆管狭窄	94	胰多肽瘤	119
损伤性胆管狭窄	95	无功能性胰岛细胞瘤	119
十二指肠乳头炎	96	胰源性腹水	120
Oddi 括约肌狭窄	96	胰瘘	120
胆囊腺肌增生病	96	胰腺移植	121
胆道寄生虫病	97	颈部软组织感染	121
胆道功能紊乱	97	Ludwig 咽峡炎	122
胆瘘	98	颈部创伤	122
胆囊切除术后综合征	98	颈部异物	123
胆囊管综合征	98	颈部囊肿	123
胆囊肿瘤	99	甲状舌管囊肿、窦道和瘘管	123
胆管肿瘤	99	鳃裂囊肿、窦道和瘘管	124
副脾	100	颈部肿瘤	125
异位脾	100	颈动脉体瘤	125
脾创伤	100	颈神经鞘瘤	125
脾肿大	101	颈部转移性肿瘤	126
脾功能亢进	101	颌下腺肿瘤	126
脾脓肿	102	肩胛舌骨肌综合征	127
脾周围炎	102	颈静脉扩张症	127
脾结核	102	颈动脉炎	127
脾梅毒	102	颈动脉迂曲	128
脾肿瘤	103	颈动脉分叉部扩张症	128
脾囊肿	103	异位甲状腺	128
脾梗塞	103	甲状腺肿	129
血液病脾切除指征	103	结节性甲状腺肿	129
脾切除术后发热	104	甲状腺单发结节	130
脾静脉血栓形成	104	急性甲状腺炎	130
脾移植	104	慢性甲状腺炎	130
异位胰腺	105	甲状腺结核	131
环状胰腺	105	甲状腺肿瘤	131
胰腺炎	105	甲状腺腺瘤	132
急性胰腺炎	106	甲状腺恶性肿瘤	132
胰腺脓肿	107	甲状腺功能亢进的外科治疗	133
慢性胰腺炎	108	甲状腺危象	134
胰管结石	109	异位甲状旁腺	134
胰腺钙化	109	甲状旁腺肿瘤	134
胰腺寄生虫病	109	甲状旁腺功能亢进	135
胰腺结核	110	甲状旁腺危象	136
胰腺梅毒	110	甲状旁腺功能减退	136
胰腺囊肿	110	甲状旁腺移植	137

乳房先天性异常	138	手足发绀症	156
男性乳房发育异常	138	红斑性肢痛症	156
巨乳症	139	网状青斑症	157
乳房外伤	139	下肢静脉曲张	157
乳房结核	139	小腿静脉血栓形成	158
急性乳腺炎	140	下肢血栓性静脉炎	158
浆细胞性乳腺炎	140	游走性静脉炎	159
淤乳囊肿	141	下肢慢性溃疡	159
乳晕腺炎	141	胸腹壁静脉炎	160
乳腺纤维囊性病	141	肢体淋巴水肿	160
乳头湿疹	142	血管肿瘤	161
乳头溢液	142	血管球瘤	162
乳腺导管瘻	143	胸腔出口综合征	162
乳腺肿瘤	143	血管移植	163
乳腺纤维腺瘤	143	Matas 试验	164
乳癌	144	四肢血压与静脉压测量法	164
乳腺叶状囊肉瘤	145	周围血管造影术	165
淋巴管炎	146	动脉造影术	165
淋巴结炎	146	静脉造影术	166
淋巴肉芽肿	147	肱-基底动脉供血不足综合征	166
淋巴结核	147	指压瘻口试验	167
淋巴肿瘤	148	趾、指端皮肤压迫试验	167
良性淋巴瘤	148	尺、桡动脉血流通畅试验	167
恶性淋巴瘤	148	肢体体积描记法	167
Burkitt淋巴瘤	149	热像图	167
淋巴管瘤	149	直腿屈踝试验	168
淋巴管肉瘤	150	电阻抗体积描记法	168
淋巴瘻	150	皮肤温度测定法	168
周围血管损伤	151	甲皱微循环检查法	168
周围动脉瘤	152	肢体抬高下垂试验	169
先天性动静脉瘻	152	屏气触脉试验	169
周围血管创伤性动静脉瘻	152	示波计检查法	169
周围动脉栓塞	153	Doppler 超声检查	170
周围动脉血栓形成	153	放射性纤维蛋白原试验	170
血栓闭塞性脉管炎	154	汉英普通外科学词汇	171
周围动脉硬化性闭塞症	155	英汉普通外科学词汇	184
肢端动脉痉挛症	155	索引	197

普通外科学

普通外科学是人类和疾病长期斗争过程中逐渐形成的一门医学学科,即外科学的分科。这种分科并不是人为制定的,而是在外科学发展过程中不断改变而形成的,所以不能离开外科学的发展简单地下一定义和规定其范畴。

“外科”一词可能来源于祖国医学。据记载,在周代(公元前1066~481年),祖国医学中“外科”已独立成为一科,其治疗范围为“肿疡、溃疡、金疮、折疡之祝(换)药、刮(刮去脓血)、杀(剪去腐肉)”都是治疗体表的疾病,所以称为“外科”,以与服药为主进行治疗病的“内科”有别,这是当时医学发展需要再进行分工的结果。现代医学发展的初期,“外科”医生开始亦多是治疗体表的疾病,随着医学的发展,外科治疗范围深入体腔和脏器,从字义上看,“外科”的名称已不能确切地反映出“外科”的内容。现在只是沿袭过去的名称,实际上,现代医学的外科 Surgery 一词源于希腊文的“cheirergon”,“cheir”的译意是“手”,“ergon”的译意是“工作”,说明外科医生治疗疾病是靠手操作进行的。这个名称比较确切,因为现代外科的治病方法,不论是手术还是手法都离不开手的操作,即使现在已有精密复杂的手术器械,仍离不开人手的操纵,所以手术(包括手法)已成为外科治疗的重要特征。

外科既然以手术作为主要治病手段,外科学亦就围绕着如何使手术达到准确、无痛、安全、有效而发展的。外科学初期发展反映在以下几个方面。①正确解剖:解剖学是外科手术的基础。正确解剖的奠基人是十六世纪中叶的 Vesalius,他发表了著作“Fabrica”(结构);②无痛麻醉:在十九世纪以前手术是在没有麻醉的情况下强制施行的,酒醉可能是麻醉药的代用品,当时手术范围不大,且须尽快完成。1842年 Crawford W. Long 首先应用乙醚麻醉施行手术,1847年 James Y. Simpson 介绍了氯仿麻醉。麻醉药的发现和应用开始了无痛外科的新纪元;③止血技术:止血是手术安全的保障,在十六世纪以前是用烧红的烙铁止血。Ambroise Paré(1510~1590)处理战伤时用线结扎进行大血管止血。三个世纪后 J.F.A. Esmarch(1823~1908)创用止血带进行截肢。T.S. Wells(1818~1897)发明止血钳。这些措施奠定了手术止血的基础;④抗菌术和无菌术:十九世纪中叶以前,手术切口感染化脓被认为是必然的,是切口愈合的一个过程。但在1846年,Semmelweis 发现产妇死于产后热是从医生的手传播的,并证明用漂白粉水洗手可减少产后热的发生率。这个时期, L. Pasteur 和 R. Koch 证明微生物的侵入是感染的来源,启发了 J. Lister,他在1867年采用稀石碳酸溶液处理手术用具,开始了抗菌术时代。1876年 E. von Bergmann 提出凡与手术部位接触的用品必须先灭菌, Fürbringer 采用手臂消毒法,1890年 W.S. Halsted 创始手术时应用手套,于是建立了无菌术。外科学的初期发展使手术基本上达到准确、无痛、安全、有效,不仅在手术范围、类型、深度、精度达到更高的水平,而且在学术、理论、科学上逐渐

提高,使外科学发展成为医学的一个重要组成部分。

外科学与其他学科特别是与基础医学各学科的结合是二十世纪外科学发展的重要特征之一。外科学并不是单纯的手术学,而是包括外科范围疾病的全面知识,如发病机理、病理生理、临床表现、诊断依据、治疗原则、术前准备、术后处理等一系列知识。这需要外科学与其他学科,特别是基础医学各学科结合才能取得进展。这样的事例很多,如血型的发现和血库的建立;血浆、白蛋白及血浆代用品的应用,休克机理的研究,特别是将这些危重病人集中,由专职医护人员应用精密仪器测定生命器官功能的紊乱和多器官功能衰竭的机理,并予针对性治疗;通过对水、电解质、酸碱平衡及人体对创伤手术代谢内分泌反应的研究,使病人术前和术后处理更臻完善;呼吸循环生理的研究使开胸麻醉和手术达到安全程度,进而使外科手术进入心脏的“禁区”,于是多种先天性和后天性心脏病得到治疗;细菌学的研究对外科感染的预防、治疗及抗生素的应用加深了认识;免疫学的研究使同种异体的多种器官和细胞的移植获得成功,并开辟了恶性肿瘤治疗的新途径。

现代工业在外科手术的应用是现代外科发展的另一特征。例如电刀、激光刀的应用可有效地切开组织和止血;机械缝合吻合器可代替手的操作;无创止血钳和缝针及人工血管的应用,推动了血管外科的发展;人工心肺机的研制使心脏能在直视下进行手术;骨折以金属钉板固定、人工关节的植换、脊柱畸形的校正都是现代冶金工业在矫形外科应用的成果;各种内窥镜及影像学的应用,包括经尿道切除肥大的前列腺,显著提高了诊断和治疗的水平;更突出的是手术显微镜的应用,可将细小血管吻合,将细小神经连接,这就开辟了系列前所不能做的手术。应用显微外科技术将游离的皮肤、肌瓣、大网膜及小器官移植到身体另一部位,可使断指再植成功率达90%以上。显微外科的用途仍在继续扩大中。

外科实验研究是近代提高外科水平的一个重要进展。John Hunter(1728~1793)早在十八世纪就进行了卓越的实验研究,普遍的建立外科实验室和实验研究的开展主要在二十世纪。现代外科实验研究范围很广,从外科病的发病机理和防治方法到新手术方法效果的验证都可在实验动物上进行,然后应用于临床。外科实验室研究的主要目的是临床工作中存在的问题或困难需要先在实验室研究解决,其次外科临床与基础科学、基础医学的联系常需要以实验室作为桥梁,如此逐步提高外科学的水平,促进外科学的进展。

由于外科领域日渐扩大,外科临床和基础的结合日益增多,于是就逐步按不同专业形成各种外科分科。这种分科是随着专业发展而陆续成立的;或按身体的部位而分,如颅脑外科、胸部外科、骨关节外科、泌尿外科等;或按疾病的性质而分,如整形外科、肿瘤外科、血管外科、内分泌外科等;或按病人年龄而分,如小儿外科、老年外科。外科专业分科的成立使这一分科得到深入进展,同时促进了整个外科学的进展。但是,外科的专业分科取决

于医院的性质和规模, 大的教学医院、省市医院专科可分细一些, 区县医院可少分一些, 更基层的医院甚至可不分外科专科。

外科中, 各专科成立以后, 其余未被包括在专科范畴内的即称为普通外科, 一般包括颈部、乳部、腹部, 周围血管和淋巴系统, 皮与皮下组织。在实际工作中, 有时普通外科又可分出一些专科, 如胃肠外科、肛肠外科、肝胆外科, 胰腺外科, 周围血管外科、头颈部外科等。普通外科还有另外一种涵义, 即包括外科学的一些共同基础内容, 如无菌术、伤口愈合、体液平衡、外科营养、创伤和手术后代谢反应等。因此, 外科专科医生都应经过普通外科的训练, 故普通外科亦称为基本外科。严格说普通外科和基本外科这二个名词都不确切, 由于尚没有更适当的名词, 所以现在仍沿用“普通外科”的名称。

现代外科学由国外介绍至我国约有一百年历史, 但在新中国成立以前, 我国外科水平较好的仅限于少数医学院校附设的大医院。新中国成立以后, 外科学在我国才得到广泛普及和迅速提高。许多只能在大城市医院施行的手术现在已能在县一级甚至乡镇医院进行。有些外科诊疗工作, 如烧伤、断肢再植、小肝癌的普查和治疗、食管癌的早期诊断和治疗效果、肝胆管结石的诊治经验、显微外科的成就等, 均已进入世界先进行列。目前, 我国外科不仅在临床上取得了很大的成绩, 而且在实验室研究方面亦已深入开展。预料在新形势下, 我国外科将取得更大的成就。

(曹克九)

腹部创伤

腹部创伤根据创伤性质分为穿透性腹部创伤(如刀伤、弹伤等), 非穿透性腹部创伤即闭合性或钝性腹部创伤(如挤压伤、爆炸伤等), 医源性创伤(如内镜镜检查、腹腔穿刺、腹膜透析、钡灌肠造影等所致腹部伤)。根据受损脏器又可分为实质内脏损伤(如肝、脾、肾、胰等)及空腔内脏损伤(如肠、胃、膀胱等)。穿透性腹部创伤时, 常见受伤脏器依次为肝、小肠、胃、结肠、腹膜后血管、肠系膜及网膜、脾、横膈、肾、胰、十二指肠等, 其中以下腔静脉、胆道、十二指肠、胰、膀胱等损伤死亡率最高; 闭合性腹部损伤最常受伤脏器依次为脾、肾、小肠、肝、肠系膜及胰等, 其中以肝、横膈及腹膜后脏器损伤死亡率最高。

诊断时除病史、体检、实验室检查(包括血球压积、白细胞计数、尿常规、血清淀粉酶等)、X线检查(观察有无骨折、异物、气腹、腹膜后积气、腰大肌影等)外尚可采用核素扫描检查(主要针对肝、脾损伤)、超声检查(肝、脾损伤, 肝、脾周围血肿)、CT检查(同超声检查)、血管造影(脾、肾、肝、胰、十二指肠损伤)及腹腔灌洗等方法。

腹部创伤的严重性与是否伴有内脏损伤及受损脏器数目、程度有关。对穿透性腹部创伤一致主张常规剖腹探查。但近来, 自腹腔灌洗等法被广泛应用于腹部创伤中后, 在有条件作严密观察时, 可对部份患者进行选择性价

腹探查。因闭合性腹部创伤时不易判断内脏有无损伤, 故在决定手术方面常有困难, 而需固定人员动态严密观察, 方能做出决定。腹腔灌洗、动脉造影及肾孟造影等法有助于手术的决定。若发生下列情况之一时, 应即进行手术探查, 即出现腹腔游离气体、腹膜刺激症状、在排除其它原因条件下低血压经治疗未能改善、腹腔灌洗检查阳性、胃肠道出血等。探查时应检查所有可能受伤脏器, 手术方法则需视具体受伤脏器及受伤程度而定。

(周光裕)

腹部切口

腹部切口是腹部手术必经途径。不同部位或脏器的手术采用不同的切口, 所以种类甚多。按常用切口形状可分为纵切口、横切口、斜切口、复合切口和胸腹联合切口五种。

纵切口 分三种。①正中切口: 经腹正中线切口, 可在脐上、脐下或绕脐部。此切口对腹腔脏器显露满意, 并可根据需要向上或向下延伸。脐上的腹白线缝合后坚实牢靠, 愈合佳; ②旁正中切口: 为距腹中线右或左侧约2cm的脐上或脐下纵切口。分别切开腹直肌前鞘及后鞘, 将腹直肌向外侧牵开。手术野显露与正中切口相似, 术后发生切口疝可能小, 但切开及缝合稍费时间; ③经腹直肌切口: 同旁正中切口, 但皮肤、腹直肌鞘及腹直肌在同一平面切开。此切口切开及缝合均方便、费时短, 但切口内侧腹直肌的神经供应将被切断。

横切口 较常用于上腹部手术, 可切断两侧腹直肌和腹膜, 优点为切断的肋间神经较少。切口的两端较低、中间较高, 呈向上弧形, 可用于胃、肝、胰或结肠手术。Pfannenstiel切口为耻骨上横切口, 切开两侧腹直肌鞘并牵开两侧腹直肌。可用于妇科手术。

斜切口 McBurney切口为右下腹斜形分肌切口, 常用于阑尾手术; Kocher切口为右季肋下斜切口, 常用于胆道手术, 尤适用于肥胖体型者。

复合切口 联合各种纵形及横形切口, 可用于术中以延伸切口, 增加显露, 又称字母型切口, 例如T形切口(包括倒T形、横T形)、L及J形、反L形切口(“J”)、倒V形切口(“Λ”)等。

胸腹联合切口 切口跨越胸壁及腹壁, 胸壁部份可经肋间或肋床, 腹壁部份可横形切断腹直肌或弧形经腹直肌。可根据手术要求选择胸壁切口高度, 常经第7~8肋床或肋间隙。

腹部切口可根据以下几点选择采用: ①诊断是否明确, 是否需要腹腔探查及手术性质进行选择, 以保证延伸时不发生困难; ②尽可能少损伤腹壁神经; ③参照病人体型(包括腹壁厚度)、性别、年龄及一般情况; ④急症抢救手术或病人一般情况差时, 为争取时间, 可选用最便于切开及缝合; ⑤应避免以往腹部切口感染灶或切口下粘连、腹壁窦道、瘘口或造口处。

腹部纵切口对体型瘦长、一般情况较差及诊断不明需要探查者较为有利, 其缺点是术后疼痛较明显, 切口较易

裂开。一般以正中切口或旁正中切口常用。脐下部则以旁正中切口为合理。横切口对腹壁皮肤感觉和腹直肌影响少,术后疼痛及切口裂开亦少,但不适用于体型瘦长、肋弓偏狭者。斜切口对腹壁损伤较大,但若诊断明确,切口不需过度延伸即可显露病变部位,可采用如阑尾、胆囊等手术。胸腹联合切口可显露胸腹两腔,创伤较大,术时长,术后胸腹腔并发症的机会亦多,术后疼痛亦较剧。但胸腹联合切口对手术显露满意,减少了术中困难,便于手术操作,可用于全胃或贲门癌切除术、右半肝切除术、有粘连的巨脾切除术、肾巨大肿瘤切除术、胸腹(包括横膈)联合贯穿伤手术等。

(周光裕 董方中)

腹部切口并发症

腹部切口并发症包括切口浆液积聚、血肿、感染、切口崩裂及疤痕疙瘩等,在腹部手术后并不少见。一般发生率为2~5%,视手术类型、疾病性质、病人状况及污染程度而异。

腹部切口浆液积聚 多因止血不严或腹壁对合欠佳所致。肥胖病人亦可因皮下脂肪液化而成。病人可不发热,切口局部亦无红肿。检查时可见切口局部变软。少量浆液积聚可于针吸后加压包扎,量多时应切开引流并作二期缝合。如不加处理可继发感染。

腹部切口血肿 常系止血不严所致。凝血机制异常及高血压病人多见。病人诉切口处胀痛,并有低热。小血肿若无感染可自行吸收,巨大或扩展性血肿常需切开止血再缝合。

腹部切口感染 感染率视手术性质而异,无菌手术一般低于1%,感染手术后(阑尾炎穿孔、结肠急症手术)可高达20~25%。术中若能遵循外科操作原则,减少污染并选用抗生素等则可减少切口感染。病因一般为常见化脓性细菌,近来革兰阴性菌及厌氧菌感染日渐增多。感染一旦确诊即应切开引流。脓液应作细菌培养及涂片检查。若能保持引流通畅则不需加用抗生素。

腹部切口崩裂 为腹部手术后严重并发症,其死亡率可高达10%以上。一般见于术后5~8天,可表现为切口全层崩裂内脏外露或深层部份崩裂,日后发展成切口疝。切口崩裂原因很多。年迈全身情况差、营养不良、贫血及维生素缺乏等可导致切口不愈;腹腔压力增加包括术后剧咳、腹胀等亦为不利因素。手术操作技术常起关键性作用,例如切口选择不当(纵切口及上腹部切口崩裂多见),组织损伤及止血不全、缝合材料选择不当等均与切口崩裂有关。在发现切口崩裂前常可见多量浆液性分泌物自切口溢出,此时即应警惕切口崩裂的可能。一旦发现切口崩裂,病人情况允许且无明显感染时,应即予再缝合。但若病人情况危重,切口感染明显或有明显腹膜炎时可暂将切口填塞并用胶布将切口拉合,但术后将发生切口疝。

腹部切口疤痕疙瘩 病因不明,可能与手术创伤后局部胶原组织过量积聚有关。在有疤痕疙瘩倾向病人中多

见。疙瘩进行性生长可影响外观。部份病人诉疤痕部不适,可试用强的松疤内注射,或切除疙瘩后局部放射治疗。

切口疝 参见“切口疝”条。

(周光裕 董方中)

腹壁感染

腹壁感染指腹前壁软组织感染,包括皮肤、筋膜、肌肉、和脂肪等组织的感染。其临床表现及处理原则与身体其他部位皮下软组织感染相同。

腹壁坏死性筋膜炎 为腹壁筋膜严重浸润性感染,可因腹壁皮肤及深部血管血栓形成而导致广泛皮肤、筋膜坏死,肌肉层可不受损。一般为混合性感染,致病菌包括革兰阳性球菌,如链球菌、葡萄球菌,革兰阴性杆菌及厌氧菌等。应尽早作彻底清创,切除所有坏死皮肤及筋膜。同时用大剂量抗生素。需要时给予输血、血浆等支持治疗。

脐炎 按发病年龄可分为新生儿脐炎及成人脐炎。①新生儿脐炎:一般因脐带切断或换药时污染引起。常见致病菌有金黄色葡萄球菌及溶血性链球菌。轻症可仅有局部感染,1~2周后表现为脐部充血水肿,状如“息肉”。因新生儿脐部血管仍保持通畅,局部淋巴引流亦丰富,重症时感染可迅速发展,造成局部皮肤坏死,并可通过未闭锁的脐动、静脉引起菌血症,或扩散至邻近腹膜引起腹膜炎。应积极进行局部和全身抗炎治疗。有脓液积聚时须切开引流。②成人脐炎与新生儿脐炎不同,发展较慢,预后亦佳。本病大多因不注意脐部卫生引起,少数病人因脐部较深或形态异常而使清洁有困难。病人有脐部或脐周痛感或压痛,在脐基部可见恶臭脓性分泌物及积痂。可伴有腹股沟淋巴结肿大,但感染很少浸润脐周腹壁组织。脐部清洁、局部热敷治疗有效。少数有全身症状者可加用抗生素治疗。

(周光裕)

腹壁肿瘤

腹壁肿瘤系腹前壁软组织肿瘤,可分良性及恶性两种。腹壁良性肿瘤约占腹壁各类肿瘤的60%,占腹壁原发性肿瘤的80%。以发病率高低为序依次为脂肪瘤、真皮内痣、血管瘤、上皮样乳头状瘤、纤维瘤、神经纤维瘤、角化过度、淋巴管瘤、皮样囊肿、痣及硬纤维瘤等。处理原则同身体其他部位同类肿瘤。腹壁单发性神经纤维瘤可予常规切除。多发性神经纤维瘤病(von Recklinghausen病)因肿瘤数目较多,大小不一且分布极广,一般仅切除有疼痛或有其他症状的肿瘤。某些部位的痣(如腰部),因经常受慢性刺激应予切除,以防恶变。硬纤维瘤为无包膜浸润性纤维瘤,发生于腹壁筋膜层或筋膜肌层,很少转移,女性较多见,尤多见于妊娠或近期分娩后妇女。最好发部位为腹直肌腱膜,查体时如嘱病人使腹直肌收缩,肿瘤可更为明显(Bouchacourt或Fothergill征),以此点可与腹腔内或腹膜后肿瘤相鉴别。腹壁硬纤维瘤临床表现一

般似良性,并无转移,但常浸润腹壁,并可多发;因此手术切除必须广泛和彻底,以免复发,需要时腹壁缺损可予整形修复。放疗仅用于不能手术的病人。

腹壁恶性肿瘤可分为原发性和继发性两种。①原发性腹壁恶性肿瘤:包括肉瘤和癌。肉瘤多见于前腹壁,始于腹壁深层,体积不大时不易被发现。可经血液播散而不向淋巴结转移。常见的有神经原性肉瘤、梭形细胞肉瘤、滑膜肉瘤、横纹肌肉瘤等。肉瘤一般对放疗不敏感,需要手术广泛切除。腹壁原发癌有上皮样癌,基底细胞癌及腺癌,应手术切除;②继发性腹壁恶性肿瘤:可来自卵巢、胃、子宫、支气管、肾、乳房及乙状结肠的原发癌。好发部位为脐,常为散在的多发性皮肤结节,且可转移至腋、腹股沟或股淋巴结。在手术时也可将癌细胞误植于切口内而长成继发癌。

(周光裕)

先天性脐病

先天性脐病系脐肠管和脐尿管因先天发育异常所引起的疾病,有别于脐正常发育后所致的后天性疾病。脐肠管(卵黄管)和脐尿管一般于胚胎第7~8周完全闭合,并与小肠和膀胱失去联系。脐肠管完全未闭可遗留脐肠瘘(图1, a);如仅部分未闭,则根据未闭合部位,可出现不同病变,近脐端部分未闭,形成不与肠管相通的脐囊(图1, b₁),两端闭合仅中间部分未闭则形成卵黄管囊肿(图1, b₂),远脐端(近肠端)部分未闭则为美克尔(Meckel)憩室(图1, b₃)。如脐肠管完全闭合仅在脐遗留少许粘膜则为脐粘膜息肉(图1, c),完全闭合后亦可遗留索状带(图1, d)。

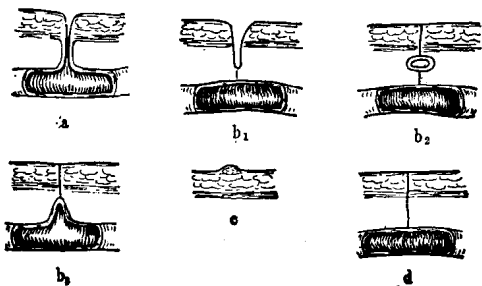


图1 脐肠管异常示意图

脐尿管的先天性异常与此相似,相应的畸形为脐尿管瘘(图2, a)、脐尿管囊(图2, b₁)、脐尿管囊肿(图2, b₂)、脐尿管膀胱憩室(图2, b₃)。这些先天性异常的临床表现是婴儿脐带脱落后脐部经常有分泌物,脐粘膜息肉、脐部的囊和瘘都有这种症状,但脐瘘外口有时可见肠内容物或尿液流出。X线囊造影可用于鉴别诊断。囊肿一般较小,仅于继发感染时才出现症状。索状带一般无症状,但有可能引起肠梗阻。这些病变的治疗是手术切除。

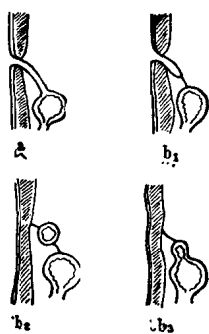


图2 脐尿管异常示意图

脐疝出也是一种先天性脐疾病,是由于脐环未缩小所致(参见“脐疝”条)。

(周光裕)

腹外疝

腹内脏器通过腹壁先天性或后天性缺损,或薄弱部位而突出于体表外者称为腹外疝。腹外疝极常见,并常以突出的解剖部位命名,如腹股沟疝、股疝、白线疝等。腹壁薄弱和腹内压增高为腹外疝发病的主要因素。腹壁薄弱有先天性和后天性两种原因。先天性原因指某些正常解剖上穿过腹壁的管道如腹股沟管、股管等。后天性原因有手术切口愈合不良、外伤、感染所致腹壁缺损,腹壁神经损伤,年老体弱、长期卧床造成的肌肉萎缩等。腹内压增加可因慢性咳嗽(慢性支气管炎、支气管扩张症等)、排尿困难(前列腺肥大、尿道狭窄等)、习惯性便秘、妊娠、腹水、腹内肿瘤等所致。

典型腹外疝具有疝环、疝囊、疝内容物及疝外被盖组织四个组成部份。疝环为疝突出腹壁的缺口处,经此疝囊突出于腹壁外;疝囊为壁层腹膜由疝环处向外突出呈袋状。疝囊与腹膜连接处称颈,扩大部分称体,最低部位称底;疝内容物指腹腔突入疝囊内的脏器如大网膜、小肠、结肠、膀胱等,其中以大网膜及小肠最多见;疝外被盖指疝囊外各层腹壁组织,可因不同疝的部位而不同,通常为皮肤、皮下组织、筋膜及肌肉。

临床表现可分为四种类型:①能复性疝:指疝内容物突入疝囊后易被回纳者;②难复性疝:指内容物一旦突出体表后难以回纳者,巨大疝内容物过多或疝内容物(包括大网膜及小肠等)与疝囊发生粘连难以复位的主要原因。另外,当部分无完整腹膜包绕的脏器(如盲肠、膀胱等)构成疝囊壁的一部分而形成所谓滑疝时,也是使疝难以复位原因之一;③嵌闭性疝:指腹内压突然增高使疝内容物强行通过较狭的疝环进入疝囊,并因疝环收缩使疝内容物不能再回复者;④绞窄性疝:疝内容物在被嵌闭后使内容物发生血液循环障碍甚至坏死者。因此,嵌闭性疝和绞窄性疝系同一种病理发展过程的不同阶段,在临床上鉴别常有困难。当嵌闭性疝内容物仅为肠壁一部份,而肠系膜及肠系侧肠壁未受累时称肠管壁疝(Richter疝)。当嵌闭疝内容物为两个以上肠襻使肠襻呈W形状者称逆行性嵌闭疝(Maydl疝)。Littre疝则指嵌闭内容物为美克尔憩室的嵌闭性疝。

绝大多数腹外疝需要手术治疗,手术目的是闭合腹壁缺陷,防止复发。手术方法很多,必须根据疝的部位、大小、腹壁组织强弱等予以选择。疝的外科治疗一般是择期手术,但在确诊或疑有绞窄时则应及早手术,切断松解导致绞窄的疝环,恢复疝囊内肠管或其他内容物的血运,避免发生坏死。如尚未坏死,可在疝囊内容物还纳入腹腔后将疝修补,但还纳前必须肯定整个肠襻或受压部位的局部肠壁没有坏死发生。如肠襻已坏死而尚无穿孔可先作肠切除吻合,然后作疝修补;如已穿孔并发生疝囊感染则不应作疝修补,只能闭合疝环腹膜后,腹壁各层对齐

缝合并放置引流,术后加强抗感染治疗。在疝囊有明显感染时切开松解疝环应注意避免腹腔污染。

(周光裕)

腹股沟疝

腹腔内脏在腹股沟部突出于体表外者称腹股沟疝,是最为常见的腹外疝,约占各类疝的90~95%。男性发病率远较女性为高。腹股沟疝可分斜疝及直疝两种。两类疝的病因、解剖关系及手术方法皆有所不同。

腹股沟斜疝 最为常见,约占各类疝的70~75%。其疝囊自腹股沟外侧经内环进入腹股沟管,穿过该管再自皮下环突出于体表外。疝囊位于精索的前内侧,在男性可下降入阴囊内。其发生原因与随睾丸从腹膜后下降至阴囊的腹膜鞘状突未闭锁有密切关系。一般成人中约20%有鞘状突未闭,但不一定发生腹股沟疝。可分为不完全性斜疝(疝囊位于腹股沟部,尚未突出皮下环者)、完全性斜疝(疝囊已突出皮下环者)和阴囊疝(疝囊进入阴囊或大阴唇)。

临床症状可因疝囊大小和有无并发症而异。当婴儿啼哭或大小便用力时可在腹股沟部见到肿块隆起,除鞘闭外,可无特殊不适。在成人中,腹股沟斜疝多见于青少年,一般不引起任何症状,或在体检时被发现。若腹股沟处有可回纳性肿物,在咳嗽用力时外环处有冲击感,则诊断并无困难。男性阴囊疝可于阴囊内触及扁长带蒂肿物。婴儿期发病者可在出生一年内自愈,一般均逐渐增大,影响劳动并可引起并发症。最常见的严重并发症是发生绞窄,唯有早期手术将疝修补才能防止。对于婴儿、高龄患者或同时患有其他严重疾病而不能耐受手术者,能复性疝可采取姑息治疗,长期使用疝带;鞘闭或绞窄时应立即手术治疗。

术前应纠正疝的诱发因素,如慢性咳嗽、排尿困难、习惯性便秘等。手术治疗方法甚多,但至今尚未统一认识。术后复发率为5~10%,随时间延长而增高。手术主要步骤是切开腹股沟管将疝囊内容物还纳;疝囊分离,高位结扎和切除;缩小内环使其仅能通过精索,在女性则可完全缝合;修补和加强腹壁缺损。具体方法上有精索前或精索后修补及利用腹股沟韧带或耻骨上韧带修补等。在婴幼儿只需切除疝囊,缩小内环,腹壁各层可对合缝合。腹股沟韧带修补法有三种基本方式:①精索原位修补法:亦称 Ferguson 法,将腹横肌与内斜肌的联合肌腱在精索浅面缝合于腹股沟韧带。方法简单易行,但对腹股沟后壁加强较差,常用于儿童腹股沟疝修补;②精索腱膜下移位法:亦称 Bassini 法;将联合肌腱在精索深面缝合于腹股沟韧带,腹外斜肌腱膜重叠缝合于精索浅面,对腹股沟后壁加强亦较差,可用于青壮年较小的斜疝;③精索皮下移位法:亦称 Halsted 法,先将联合肌腱在精索深面缝合于腹股沟韧带,再将腹外斜肌腱膜也在精索深面重叠缝合,使精索位于皮下,以消除腹股沟管并加强腹股沟后壁。此法常用于较大斜疝和腹股沟后壁或联合肌腱较弱的老年病人,但如腹壁组织过弱,术后易复发直疝。此外,尚有

耻骨韧带修补法或 McVay 法,是将腹横筋膜和联合肌腱在精索内侧缝合于耻骨韧带(Cooper 韧带),其主要根据为腹横筋膜止于耻骨韧带而非腹股沟韧带。此法远期复发率仅为4.3%,缺点在于手术野显露较深,需注意避免损伤股静脉。耻骨韧带虽坚实,但缺乏腹股沟韧带的弹性,修补后组织张力较大,缝线易断;可闭合股管,也适用于股疝的修补。以上诸法无一能完全令人满意。手术方法选择视术中所见及术者习惯而异。术中应注意止血,防止血肿或继发感染,避免损伤腹壁神经,必要时可加作减张切口,选用不吸收缝线,并注意可能并存的直疝或股疝。滑疝修补在疝囊高位结扎方面略有不同,应先将疝囊上的盲肠(乙状结肠)游离,重建系膜,还纳入腹腔内,再切除疝囊,同时注意勿损伤肠管血运。斜疝较易发生绞窄,处理参见“腹外疝”条。

腹股沟直疝 疝囊经以腹壁下动脉、腹直肌外缘及腹股沟韧带构成的腹股沟三角区突出体表。在正常情况下,腹股沟三角受腹壁肌肉(腹内斜肌)收缩时“掩闭器作用”的保护,故不易发病。与腹股沟斜疝不同,直疝不经过腹股沟内环,而从腹股沟三角区将联合肌腱推开后进入腹股沟管。直疝发病率远较斜疝为低,约为各类疝的10~20%。绝大多数发生于老年男性,常为双侧性。女性罕见。直疝发病原因与斜疝不同,主要由于后天腹壁削弱,加上腹腔压力增高所致。病人一般主诉于站立用力或劳动时在腹股沟部内侧有半球形隆起,无疼痛,不下降至阴囊,下垂感亦不明显,平卧时隆起极易还纳,罕有发生绞窄者。据此可与斜疝鉴别,但有时两种疝囊可同时存在。

治疗为手术修补。术后复发率较斜疝高,一般为10~20%,复发性疝再修补后则复发率更高。因直疝疝颈极少有鞘闭的威胁,而手术治疗复发率又高,所以对凡有慢性疾患使腹压增高的老年病人或复发性直疝可用疝带治疗。手术方法与腹股沟斜疝相似,因腹壁的基本缺陷在腹股沟三角,因此手术修补成功关键在于加强此三角区。以 McVay-Halsted 联合法(将联合肌腱及腹股沟韧带均缝合于耻骨韧带)复发率较低。腹股沟处腹壁组织薄弱或复发性腹股沟直疝,可用自体阔筋膜、牛筋膜、皮肤片及各种网状合成材料片(如 Marlex 等)加强腹股沟三角区。

(周光裕 董方中)

股疝

疝囊在腹股沟韧带下经股环、股管而于卵圆窝突出者称股疝。股管前界为腹股沟韧带,内界为陷窝韧带,后界为耻骨肌筋膜,外界为股静脉。股疝较腹股沟疝少见,约占各类疝的2~5%,女性较多见,约占女性各类疝的20~30%。因为女性骨盆宽平,联合肌腱和陷窝韧带发育较差,股管上口较为宽大,易于腹内压增高时发病。发病原因可能为先天性和后天性因素的综合。虽多发于中年以后,但亦与股环大小及腹股沟后壁止于耻骨韧带的宽狭有关,故在先天因素基础上,有腹内压增高时即可将腹