****

**金英杰直播学院**

**临床重点学科**

**整理教辅：白果老师**

**2019 年 10月 24 日**

1. **腹股沟管：腹股沟斜疝，成人腹股沟管长4~5cm,由两口四壁组成。管内男性有精索，女性有子宫圆韧带穿行。内口即深环，位于腹股沟韧带中点上方2cm处。**
2. **Hesselbach三角：又称直疝三角， 外侧边是腹壁下动脉，内侧边是腹直肌外缘，底边是腹股沟韧带，直疝在此形成。直疝多发生于年老体弱者，基底较宽，不易嵌顿。**
3. **股管：是股疝的通道，股管下口为卵圆窝，位于腹股沟韧带内下方，大隐静脉在此进入股静脉。**
4. **腹外疝类型**

**①易复性疝：疝内容物易回纳入腹腔。**

**②难复性疝：疝内容物不能完全回纳入腹腔。**

**③嵌顿性疝：疝内容物强行进入疝囊形成嵌顿性疝。**

**④绞窄性疝：疝内容物被嵌顿过久，动脉性血循环障碍失去活力甚至坏死**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要点 | 斜疝 | 直疝 | 股疝 |
| 发病年龄 | 青少年、儿童 | 老年男性 | 中老年女性 |
| 突出途径 | 经腹股沟管，进入阴囊 | 经直疝三角，不进入阴囊 | 腹股沟韧带下方卵圆窝处 |
| 疝块外形 | 椭圆或梨形 |  | 半球形 |
| 压迫深环(内口)试验 | 增高腹内压疝块不再突出 | 仍可突出 | 仍可突出 |
| 精索和疝囊的关系 | 精索在疝囊后方 | 精索在疝囊前外方 |  |
| 疝囊颈与腹壁下动脉的关系 | 疝囊在腹壁下动脉外侧 | 疝囊在腹壁下动脉内侧 |  |
| 嵌顿机会 | 较多 | 一般不嵌顿 | 最容易嵌顿 |

1. **手术治疗适应症：以下三种疝立即手术①所有绞窄性疝，②所有股疝，③大于4小时的嵌顿疝。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 疝囊结扎术 | 疝修补术 | | |
| 无张力修补 | 经腹腔镜修补 | 疝囊结扎修补 |
| 适  应  症 | ①一岁以上小儿②所有绞窄疝 | ①年老体弱、腹壁肌肉薄弱的复杂疝和复发疝首选 , ②首选平片无张力疝修补术 | ①双侧腹股沟疝，②尤其是多次复发或隐匿性疝 | ①所有绞窄性疝 , ②所有股疝 ,③大于4小时的嵌顿疝 |
| 优点 | 传统手术 | 术后疼痛轻、恢复快、复发率低 | 创伤小 ,疼痛轻 ,恢复快复发率低 ,无局部牵扯感等 | 传统手术 |
| 缺点 | 易复发 | 可有排异反应和感染的危险 | 手术费用高 | 易复发 ,恢复慢 ,术后有局部牵扯感 |

1. **腹部损伤分类——开放性(最常见肝)、闭合性(最常见脾)**
2. **实质性脏器破裂  
   ①肝、脾、胰、肾等或大血管损伤主要表现是腹腔内出血，表现为面色苍白、脉率加快，严重时可出现失血性休克。  
   ②体征最明显处可能是损伤所在部位。**
3. **空腔脏器破裂  
   ①胃肠破裂常出现是弥漫性腹膜炎——胃液、胆汁、胰液刺激最强， 肠液次之，血液最轻。  
   ②腹膜后十二指肠破裂的病人，腹膜刺激征不明显。可出现右上腹和腰背部疼痛、睾丸疼痛、阴囊血肿和阴茎异常勃起等**
4. **诊断性腹腔穿刺术和腹腔灌洗术尤其适用于伤情较重的患者**
5. **B超检查主要用于诊断实质性脏器的损伤**
6. **立位X线检查：主要用于诊断空腔脏器的损伤**
7. **探查次序  
   先探查肝、脾→膈肌、胆囊→从胃开始,逐段检查十二指肠第一段 、空肠、回肠、大肠以及其系膜→盆腔脏器→再后则切开胃结肠韧带显露网膜囊，检查胃后壁和胰腺→如有必要最后还应切开后腹膜探查十二指肠二、三、四段。**
8. **脾脏是腹部损伤中最常受损的器官；主要表现 ——左上腹部外伤+失血性休克；治疗原则 ——边抗休克边紧急手术**
9. **肝破裂在开放性腹部损伤中占首位，主要表现 ——右上腹部外伤+失血性休克+腹膜刺激征；手术方式——单纯缝合,肝动脉结扎或肝部分切除**
10. **胰腺损伤常由上腹部强力挤压所致，常合并十二指肠损伤，易漏诊，弥漫性腹膜炎表现；诊断性腹穿液中高淀粉酶含量可确诊；治疗原则：紧急手术，术后放置引流3-4w以防胰瘘**
11. **肠管损伤**

**1.小肠破裂——早期即产生明显的腹膜炎表现。**

**2.结肠破裂——腹膜炎出现较晚，但较严重(细菌多)。**

**3.直肠损伤——直肠指检可发现直肠内有出血，有时还可触摸到直肠破裂口。**

