



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

WAI KE HU LI



主编：周庆湘
主讲：周佳





外科护理



第十六章 腹外疝病人的护理

FU WAI SHAN BING REN DE HU LI



目录

> 第一节 概述

> 第二节 腹股沟疝病人的护理

> 第三节 其他腹外疝



第一节 概述

体内某个脏器或组织离开其正常解剖部位，通过先天或后天形成的薄弱点、缺损或孔隙进入另一部位，称为疝（hernia）。疝多发生于腹部，以腹外疝（abdominal external hernia）多见。腹腔内的脏器或组织连同腹膜壁层，经腹壁薄弱点或孔隙，向体表突出，称为腹外疝。腹外疝常见的有腹股沟疝、股疝、脐疝、切口疝等，以腹股沟疝最多见。

一、病因

腹壁强度降低和腹内压力增高是腹外疝发病的两个主要原因。

1. 腹壁强度降低 常见因素有：①某些组织穿过腹壁的部位是先天形成的腹壁薄弱点，如精索或子宫圆韧带穿过腹股沟管、脐血管穿过脐环、股动静脉穿过股管等处；②腹白线发育不全；③腹部外伤、感染、手术切口愈合不良、腹壁神经损伤、年老体弱、肥胖等所致肌肉萎缩等。

2. 腹内压力增高 是形成腹外疝的主要诱因。常见情况有慢性咳嗽、长期便秘、排尿困难(如良性前列腺增生、膀胱结石)、腹水、妊娠、搬运重物、婴儿经常啼哭等。

二、病理解剖

典型的腹外疝由疝囊、疝环、疝内容物和疝外被盖组成。

1. 疝囊 是壁腹膜憩室样突出部，由疝囊颈、疝囊体、疝囊底三部分组成。疝囊颈是疝囊比较狭窄的部分，是疝环所在的位置。

2. 疝环 又称疝门，是疝突向体表的门户，是腹壁薄弱区或缺损所在。临床上各类疝通常以疝门部位作为命名依据，如腹股沟疝、股疝、脐疝、切口疝等。

3. 疝内容物 是进入疝囊的腹内脏器或组织，以小肠最为多见，大网膜次之。盲肠、阑尾、乙状结肠、横结肠、膀胱等均可作为疝内容物进入疝囊，但较少见。

4. 疝外被盖 指疝囊以外的各层组织，通常由皮下组织和皮肤等组成。



三、临床类型

1. 易复性疝 最常见，腹外疝在站立或活动等腹内压增高时突出，于平卧、休息或用手向腹腔推送时，很容易将疝内容物回纳入腹腔。
2. 难复性疝 疝内容物不能或不能完全回纳入腹腔内，但并不引起严重症状。引起难复性疝发生的较常见原因是：疝内容物反复突出，致疝囊颈受摩擦而损伤，产生粘连，导致内容物不能回纳。此类疝的内容物多数是大网膜。难复性疝同易复性疝一样，疝内容物并无血运障碍，未发生器质性病理改变，故无严重的临床症状。



三、临床类型

3. 嵌顿性疝 疝囊颈较小而腹内压突然增高时，疝内容物可强行扩张疝囊颈而进入疝囊，随后被疝环卡住，不能回纳。

4. 绞窄性疝 肠管嵌顿如不能及时解除，肠壁及其系膜受压情况不断加重可使动脉血流减少，最后导致完全阻断，即为绞窄性疝。此时肠系膜动脉搏动消失，肠壁逐渐失去光泽、弹性和蠕动能力，最终坏死变黑。嵌顿性疝和绞窄性疝实际上是一个病理过程的两个阶段，临床上很难截然区分。



第二节 腹股沟疝病人的护理

腹股沟疝(inguinal hernia)是指发生在腹股沟区域的腹外疝,男性多见,男女发病率之比约为15:1,右侧较左侧多见。通常将腹股沟疝分为斜疝和直疝2种。腹股沟斜疝是最常见的腹外疝,发病率约占全部腹外疝的75%-90%,占腹股沟疝的85%-95%,多见于儿童及成年人;腹股沟直疝多见于老年人。



一、病因与发病机制

产生腹股沟疝的病因尚未完全清楚，但与病人性别、年龄、家族史有关。总体上，腹股沟疝的发生包括先天性和后天性因素。

1. 先天性解剖异常 婴儿出生后，若鞘突不闭锁或闭锁不完全，就成为先天性腹股沟斜疝的疝囊，当啼哭、排便等致腹内压力增加时，肠管、大网膜等即可进入未闭锁或闭锁不全的鞘突形成疝。胚胎发育中右侧睾丸下降比左侧略晚，鞘突闭锁也较迟，故右侧腹股沟疝较多。

2. 后天性腹壁薄弱或缺损 任何腹外疝都存在腹横筋膜不同程度的薄弱或缺损。此外，腹横肌和腹内斜肌发育不全或萎缩对发病也起重要作用。

二、护理评估

（一）健康史

了解病人的年龄、性别、职业，女性病人生育史；了解营养、

发育等状况，是否吸烟，有无慢性咳嗽、便秘、排尿困难、腹水等腹内压增高的情况，有无腹部手术、外伤、切口感染等病史。

（二）身体状况

1. 腹股沟斜疝

（1）易复性斜疝：除腹股沟区有肿块和偶有胀痛外，并无其他症状。肿块常在站立、行走、咳嗽或劳动时出现，多呈带蒂柄的梨形，可降至阴囊或大阴唇。用手按住肿块同时嘱病人咳嗽，可有冲击感。若病人平卧休息或用手将肿块向腹腔推送，肿块可向腹腔回纳而



2. 腹股沟直疝 常见于年老体弱者，其临床特点有别于腹股沟斜疝。主要表现为病人站立时，在腹股沟内侧端、耻骨结节上外方出现一半球形肿块，并不伴有疼痛或其他症状。由于直疝疝囊颈宽大，疝内容物又直接由后向前突出，故平卧后疝块多能自行回纳腹腔而消失，直疝很少进入阴囊，极少发生嵌顿。疝内容物常为小肠或大网膜。



(2) 难复性斜疝：除胀痛稍重外，主要特点是疝块不能完全回纳。滑动性斜疝除疝块不能完全回纳外，还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。

(3) 嵌顿性斜疝：多发生在强体力劳动或用力排便等腹内压骤增时。表现为疝块突然增大，并伴有明显疼痛，平卧或用手推送不能使疝块回纳。肿块紧张发硬，且有明显触痛。嵌顿内容物如为大网膜，局部疼痛常较轻微；如为肠袢，不仅局部疼痛明显，还可伴有腹部绞痛、恶心、呕吐、停止排便排气、腹胀等机械性肠梗阻的表现。疝一



旦嵌顿，自行回纳的机会较少，多数病人症状逐步加重，如不及时处理，将发展为绞窄性疝。肠管壁疝嵌顿时，由于局部肿块不明显，又不一定会有肠梗阻的表现，容易被忽略。

(4) 绞窄性斜疝：临床症状多较严重，但在肠袢坏死穿孔时，疼痛可因疝块压力骤降而暂时缓解，故疼痛减轻而肿块仍存在者，不可认为是病情好转。绞窄时间较长者，由于疝内容物发生感染，侵及周围组织，引起疝外被盖组织的急性炎症；严重者可发生急性腹膜炎及脓毒症而危及生命。



(三) 辅助检查

1. 透光试验 因疝块不透光，故腹股沟斜疝透光试验呈阴性；而鞘膜积液多为透光，呈阳性，可以进行鉴别诊断。但因幼儿的疝块组织菲薄，常能透光，勿与鞘膜积液混淆。

2. 实验室检查 疝内容物继发感染时，血常规示白细胞计数增多和中性粒细胞比值升高；肠管绞窄时，大便常规出现隐血试验阳性或可见白细胞。

3. 影像学检查 疝嵌顿或绞窄时，腹部X线可见肠梗阻征象。

（四）心理-社会状况

病人有无因疝块长期反复突出影响工作和生活而感到焦虑不安，对手术治疗有思想顾虑。病人及家属对预防腹内压增高等相关知识缺乏认识。

（五）处理原则

成人腹股沟疝一旦形成无自行愈合的可能，手术仍是目前唯一的治愈手段和方法。腹股沟疝早期手术效果好、复发率低；若不及时处理，疝块逐渐增大，终将加重腹壁的损坏而影响劳动力，术后复发



率增高。因此，除少数特殊情况外，腹股沟疝一经确诊，应择期手术治疗。

1. 非手术治疗

(1) 棉线束带法或绷带压深环法：适用于1岁以下婴儿。因为婴幼儿腹肌可随躯体生长逐渐强壮，疝有自行消失的可能。可采用棉线束带或绷带压住腹股沟管深环，防止疝块突出。

(2) 医用疝带的使用：适用于年老体弱或伴有其他严重疾病而禁忌手术者。白天可在回纳疝内容物后，将医用疝带一端的软压垫

顶住疝环，阻止疝块突出。但长期使用疝带可使疝囊颈经常受摩擦而增厚，增加嵌顿疝的发病率，并可促使疝囊与疝内容物粘连，增加难复性疝的发病率。

(3) 手法复位：嵌顿性疝在下列情况下可先试行手法复位：①嵌顿时间在3-4h内，局部压痛不明显，无腹部压痛或腹肌紧张等腹膜刺激征者；②年老体弱或伴有其他较严重疾病而估计肠袢尚未绞窄坏死者。复位手法应轻柔，切忌粗暴，复位后还需严密观察腹部情况，注意有无腹膜炎或肠梗阻的表现。



2. 手术治疗 腹股沟疝最有效的治疗方法是手术修补，可分为开放手术和腹腔镜手术两类。嵌顿性疝原则上视病情行紧急手术，以防疝内容物坏死并解除伴发的肠梗阻。绞窄性疝的内容物已坏死，更需紧急手术。

(1) 传统的疝修补术：基本原则是高位结扎疝囊、加强或修补腹股沟管管壁。

1) 疝囊高位结扎术：显露疝囊颈，予以高位结扎或贯穿缝合，然后切除疝囊。单纯性疝囊高位结扎适用于婴幼儿或儿童，以及绞



窄性斜疝因肠坏死而局部严重感染者。

2) 加强或修补腹股沟管管壁：成年腹股沟疝病人都存在不同程度的腹股沟管前壁或后壁的薄弱或缺损，在疝囊高位结扎后，加强或修补薄弱的腹股沟管前壁或后壁，才能彻底治疗，预防复发。

(2) 无张力疝修补术：使用修补材料进行无张力疝修补是目前外科治疗的主要方法。传统的疝修补术存在缝合张力大、局部有牵拉感、疼痛及修补的组织愈合差、易复发等缺点。

现代疝手术强调在无张力情况下，利用人工高分子材料网片进行修补，具有创伤小、术后疼痛轻、康复快、复发率低等优点。无张力疝修补术不破坏腹股沟区的正常解剖层次，仅在腹股沟管的后壁或腹膜前间隙放置补片，加强了薄弱的腹横筋膜和腹股沟管后壁。但嵌顿性疝行急诊手术者以及腹股沟管未发育完全的儿童不提倡使用人工补片技术。

(3) 经腹腔镜疝修补术(laparoscopic inguinal herniorrhaphy, LIHR) :其基本原理是从腹腔内部用网片加强腹壁



缺损或用钉(缝线)使内环缩小。目前 LIHR手术得到越来越多临床应用肯定，病人能够更快地恢复正常生活和工作。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与疝块嵌顿或绞窄、手术创伤有关。
2. 知识缺乏： 缺乏腹外疝成因、预防腹内压增高及促进术后康复的有关知识。
3. 潜在并发症： 术后阴囊水肿、切口感染。



四、护理措施

（一）非手术治疗的护理/术前护理

1. 卧床休息 疝块较大、年老体弱或伴有其他严重疾病暂不能手术者，减少活动，多卧床休息；建议病人离床活动时佩戴医用疝带，避免腹腔内容物脱出而引起嵌顿疝。

2. 消除引起腹内压增高的因素 有慢性咳嗽、腹水、便秘、排尿困难、妊娠等可引起腹内压增高的因素而暂不行手术者，积极

治疗原发病，控制症状。指导病人注意保暖，预防呼吸道感染；指导病人戒烟；指导病人多饮水、多吃蔬菜等粗纤维食物，保持排便通畅；妊娠期间在活动时可使用疝带压住疝环口。

3. 棉线束带或绷带压深环法的护理 1岁以内婴儿若疝较小或未发生嵌顿或绞窄，一般暂不手术。在使用棉线束带法或绷带压深环法时，应注意局部皮肤的血运情况，睡觉时可不用；避免长时间的哭闹，防止嵌顿疝的形成。



4. 嵌顿性/绞窄性疝的护理 ①观察病人疼痛程度及腹部情况，若出现明显腹痛，伴疝块突然增大、发硬且触痛明显、不能回纳腹腔，应高度警惕嵌顿疝发生的可能，立即报告医师，并配合处理。②若因疝的嵌顿、绞窄，引起肠梗阻等情况，应指导禁食、给予胃肠减压，遵医嘱进行纠正水、电解质及酸碱平衡失调、抗感染等治疗，必要时备血，做好急诊手术准备。③行手法复位的病人，若疼痛剧烈，可遵医嘱注射吗啡或哌替啶，以镇痛、镇静并松弛腹肌。



手法复位后24h内严密观察病人生命体征，尤其是脉搏、血压的变化，注意观察腹部情况，注意有无腹膜炎或肠梗阻的表现。如有这些表现，配合医师做好紧急手术探查的准备。

5. 完善术前准备 年老体弱、腹壁肌肉薄弱或复发疝的病人，术前应加强腹壁肌肉锻炼，并练习卧床排便和使用便器等；术前2周戒烟；术前晚灌肠，清除肠内积粪，防止术后腹胀及排便困难；术前完成阴囊及会阴部的皮肤准备；病人进手术室前，嘱其排尿，以防术中误伤膀胱。



(二) 术后护理

1. 休息与活动 传统疝修补术后当日取平卧位，膝下垫一软枕，使髋、膝关节微屈，以降低腹股沟区切口张力，有利于切口愈合和减轻切口疼痛。术后卧床期间鼓励床上翻身及活动肢体，一般术后3-5d 病人可离床活动。采用无张力疝修补术者一般术后当日或次日即可下床活动，年老体弱、复发性疝、绞窄性疝、巨大疝等病人应适当延长卧床休息时间。



(二) 术后护理

2. 饮食护理 根据麻醉方式及病人情况给予饮食指导。若无恶心、呕吐，在局部麻醉下行无张力疝修补术者术后即可进软食或普食；经腹腔镜疝修补术者术后6-12h无恶心、呕吐可进食少量流质，之后逐渐恢复到软食或普食。行肠切除吻合术者术后应禁食，待肠功能恢复后方可进食。

3. 预防腹内压增高 注意保暖，防止受凉引起咳嗽，指导病



人在咳嗽时用手掌按压以保护切口和减轻震动，以防引起的切口疼痛；保持排便通畅，便秘者给予通便药物，避免用力排便；因麻醉或手术刺激引起尿潴留者，需及时发现并处理，必要时导尿。

4. 预防阴囊水肿 因阴囊比较松弛、位置低，渗血、渗液易积聚于此。为避免阴囊内积血、积液和促进淋巴回流，术后可用丁字带或阴囊托托起阴囊，并密切观察阴囊肿胀情况。

5. 预防切口感染 切口感染是引起疝复发的主要原因之一。

一旦发现切口感染征象，应尽早处理。预防切口感染的措施包括：

- ①病情观察：注意体温和脉搏的变化；观察切口有无红、肿、疼痛，阴囊部有无出血、血肿。②切口护理：术后切口一般不需加沙袋压迫，但有切口血肿时应予适当加压；保持切口敷料清洁干燥，不被粪尿污染；若敷料脱落或被污染，及时更换。③合理应用抗生素。

(三) 心理护理

向病人及家属进行疾病知识教育，解释造成腹外疝的原因、诱发因素和手术治疗的必要性，了解病人的顾虑所在，尽可能地予以解除，使其安心配合治疗。

(四) 健康指导

1. 活动指导：病人出院后应逐渐增加活动量，3个月内避免重体力劳动或提举重物等。

2. 饮食指导：调整饮食习惯，保持排便通畅。
3. 防止复发：减少和消除引起腹外疝复发的因素，并注意避免增加腹内压的动作如剧烈咳嗽、用力排便等。
4. 定期随访：若疝复发，应及早诊治。



第三节 其他腹外疝

一、股疝

腹腔内脏器或组织通过股环、经股管向卵圆窝突出形成的疝，称为股疝(femoral hernia)。股疝的发病率占腹外疝的3%-5%，多见于40岁以上妇女。



(一) 病因

女性骨盆较宽大、联合肌腱和腔隙韧带较薄弱，使股管上口宽大松弛而易发病。妊娠是腹内压增高的主要原因。

(二) 病理生理

疝内容物常为大网膜或小肠。由于股管几乎是垂直的，疝块在卵圆窝处向前转折时形成一锐角，且股环本身较小，周围多为坚韧的韧带，因此股疝容易嵌顿。在腹外疝中，股疝嵌顿者最多，高达60%。



一旦嵌顿，可迅速发展为绞窄性疝。

（三）临床表现

平时无症状，多偶然发现。疝块往往不大，表现为腹股沟韧带下方卵圆窝处有一半球形突起。一部分病人可在久站或咳嗽时感到患处胀痛，并有可复性肿块。股疝如发生嵌顿，除引起局部明显疼痛外，常伴有较明显的急性机械性肠梗阻，严重者甚至可以掩盖股疝的局部症状。



（四）处理原则

因股疝极易嵌顿、绞窄，确诊后，应尽早手术治疗。

（五）护理措施

重点在于消除引起腹内压增高的因素，及时发现和处理嵌顿性/绞窄性疝。具体护理措施参见本章第二节中腹股沟疝病人的护理。



二、切口疝

腹腔内器官或组织自腹壁手术切口突出形成的疝，称为切口疝（incisional hernia）。临床上比较常见，其发生率约为腹外疝的第三位。若切口发生感染，发病率可达10%；若切口裂开再缝合者，发病率可高达30%。



(一) 病因

1. 解剖因素 腹部切口疝多见于腹部纵向切口，最常发生于经腹直肌切口，其次为正中切口和旁正中切口。

2. 手术因素 手术操作不当是导致切口疝的重要原因。如留置引流物过久，切口过长导致切断肋间神经过多，腹壁切口缝合不严密，缝合时张力过大而致组织撕裂等情况均可导致切口疝的发生。



3. 切口愈合不良 切口愈合不良也是引起切口疝的一个重要因素。其中切口感染所致腹壁组织破坏所引起的腹部切口疝占50%左右；切口内血肿形成、肥胖、高龄、合并糖尿病、营养不良或使用皮质激素等，均可导致切口愈合不良。

4. 腹内压增高 手术后腹胀明显或肺部并发症导致剧烈咳嗽等。



(二) 临床表现

1. 症状 多数病人无特殊不适。较大的切口疝有腹部牵拉感，伴食欲减退、恶心、便秘、腹部隐痛等表现。

2. 体征 腹壁切口瘢痕处逐渐膨隆，有肿块出现。肿块通常在站立或用力时更为明显，平卧休息则缩小或消失。切口疝疝环一般比较宽大，很少发生嵌顿。



（三）处理原则

腹壁切口疝一经发生，不能自愈，需要手术修补。

（四）护理措施

不宜手术或暂不宜手术者，推荐采用适当的腹带包扎以限制切口疝的增大和发展；对于巨大切口疝，术后适当延迟下床活动时间，加用腹带包扎3个月或更长时间以确保切口的完全愈合。其他护理措施参见本章第二节中腹股沟疝病人的护理。



三、脐疝

腹腔内脏器或组织通过脐环突出形成的疝，称为脐疝(umbilical hernia)。脐疝有小儿脐疝和成人脐疝之分，以前者多见。

(一) 病因

1. 小儿脐疝 为先天性，因脐环闭锁不全或脐部组织不够坚固，经常啼哭和便秘等致腹内压增高时发生，多属易复性。

2. 成人脐疝 为后天性，多见于中年经产妇女，也见于肝硬化腹水、肥胖等病人。

（二）处理原则

婴儿脐疝大多数可通过脐部筋膜环的逐步收缩而在1岁内自愈，因此2岁前，除发生嵌顿需立即手术外，其他情况均可暂时等待，采用非手术疗法促使自愈；如已满2周岁，但脐疝直径超过1.5cm者宜用手术治疗；5岁以上儿童及成人脐疝均应采取手术治疗。



谢谢观看

