



人体中隐藏的“缺口”——疝气

◎四川省崇州市三江街道社区卫生服务中心普外科 程 鹏

“肚子上鼓个包，不痛不痒就不用管”——这是很多人对疝气的误解。但从普外科临床数据来看，约15%的疝气患者会出现“嵌顿”（突出的组织卡住无法回纳），严重时可能导致肠坏死、感染性休克，甚至危及生命。疝气的本质是“体内器官或组织通过腹壁薄弱区突出形成的包块”，常见于儿童、老人及术后人群，及时识别类型并科学治疗才能避免危险。

先识类型：常见4种疝气，症状各不同

疝气按发生部位可分为多种类型，其中以下几种在普外科门诊最常见，可通过好发人群和症状初步判断——

1.腹股沟疝：男性最常见，“阴囊鼓包”要警惕。好发人群：成年男性（占腹股沟疝患者的90%）、早产儿（腹壁发育不完善）。典型症状：站立、咳嗽或用力时，腹股沟区（大腿根）出现圆形或椭圆形包块，质地柔软，平躺或用手按压可回纳；男性患者包块可能掉入阴囊，导致阴囊增大，行走时可能有坠胀感，不痛但影响活动。

2.脐疝：婴幼儿高发，“肚脐鼓包”别忽视。好发人群：1岁以内婴儿（尤其是早产儿、低体重儿），成人多见于肥胖、多胎产妇或长期腹压高（如慢性咳嗽、便秘）者。典型症状：婴儿哭闹、用力排便时，肚脐处突出乒乓球大小的包块，安静或按压后可缩小；成人脐疝多为固定包块，质地较硬，可能伴随腹部隐痛，且几乎不会自行愈合。

3.股疝：女性更危险，“大腿根深部包块”易漏诊。好发人群：中年女性（尤其是多次分娩、肥胖者），因女性骨盆较宽，股管（腹壁薄弱区）更易容纳突出组织。典型症状：包块位于大腿根深部，体

积较小（多如核桃大小），站立时隐约可见，平躺后难回纳，早期无明显疼痛，易被误认为“淋巴结肿大”。

科学治疗：疝气不自愈，手术是核心方案

很多人认为“疝气能靠吃药、戴疝气带治愈”，但普外科医生明确：疝气的本质是腹壁缺损，药物无法修复薄弱区，疝气带仅能暂时缓解症状，无法根治，手术是唯一治愈方式。

1.非手术治疗：仅适用于特殊人群。适用情况：1岁以内婴儿脐疝（直径<2cm）、年老体弱无法耐受手术者（如合并严重心脏病、肺功能不全）。具体措施：婴儿可使用专用脐疝带，定期观察；老年人可通过戴疝气带减少包块突出，同时治疗慢性咳嗽、便秘，但需每3个月复查，警惕嵌顿。

2.手术治疗：分“微创”与“开放”，按需选择。目前普外科治疗疝气的手术主要有两类，各有适用场景：腹腔镜微创手术，适用于腹股沟疝、脐疝、切口疝（较小者），通过3个0.5~1cm的小孔完成手术，用人工补片修补腹壁缺损，优点是创伤小、恢复快（术后1~2天出院，1周可正常活动）、疼痛轻、复发率低（<1%）；开放手术，适用于嵌顿疝（需紧急处

理）、巨大切口疝、婴幼儿疝气，通过腹部小切口（3~5cm）直接修补缺损，必要时放置补片，优点是操作直观，适合复杂情况，术后3~5天出院，1个月内避免剧烈活动。

术后护理：两点注意事项，降低复发率

疝气术后复发率约1%~5%，科学护理能显著降低风险。

1.控制腹压：术后3个月内避免搬重物（<5kg）、剧烈咳嗽、用力排便，有慢性咳嗽者需遵医嘱服药，便秘时用开塞露辅助，避免腹压过高导致补片移位。

2.伤口护理：术后保持伤口干燥，若渗液、红肿需及时就医；腹腔镜手术伤口小，术后1周可洗澡；开放手术伤口需2周后拆线，拆线前避免沾水。

疝气不是“小毛病”，而是需要及时干预的腹壁缺损性疾病。婴幼儿脐疝需观察自愈可能，成人疝气几乎都需手术，嵌顿疝更是急症，延误治疗可能危及生命。若发现身体出现可复性包块（站立变大、平躺缩小），尤其是老人、女性、术后人群，应及时到普外科就诊，通过超声检查明确类型，尽早制定治疗方案，才能避免小问题拖成大麻烦。☺