

Cheng L Z, Zhong C P, Cai W Q. Modern histology[M]. Shanghai: Shanghai science and technology literature publishing company, 2003. 231–280.

[19] Ryu J, Treadwell B V, Mankin H J. Biochemical and metabolic abnormalities in normal and osteoarthritic human articular cartilage[J]. Arthritis Rheum, 1984, 27(1):49–57.

[20] Teshima R, Treadwell B V, Trahan C A, et al. Comparative rates of proteoglycan synthesis and size of proteoglycans in normal and os-

teoarthritic chondrocytes[J]. Arthritis Rheum, 1983, 26(10):1225–1230.

[21] Mankin H J, Johnson M E, Lippiello L. Biochemical and metabolic abnormalities in articular cartilage from osteoarthritic human hips. III. Distribution and metabolism of amino sugar-containing macromolecules[J]. J Bone Joint Surg Am, 1981, 63(1):131–139.

[22] Nehrer S, Minas T. Treatment of articular cartilage defects[J]. Investigative Radiology, 2000, 35(10):639–646.

(责任编辑:冉明会)

个案与短篇

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.02.010

腹茧症 1 例

王瑞锋¹, 周虹²

(1. 重庆医科大学附属儿童医院感染消化科, 重庆 400014; 2. 重庆医科大学附属第二医院妇产科, 重庆 400010)

【中国图书分类法分类号】R656.7

【文献标志码】B

【收稿日期】2011-11-16

1 病例报告

患者,女,24岁,G₀P₀,因B超发现盆腔包块2年余入院,包块无明显长大或消退,无腹胀腹痛,无异常阴道流血流液,无发热消瘦,大小便正常。患者既往月经规则,分别于23年前行“肠梗阻手术”,3年前行“左卵巢囊肿切除术”,具体过程不详。体格检查:下腹正中见约10cm纵行手术疤痕,右旁正中见约7cm手术疤痕,向腹腔凹陷。妇科检查:右附件区扪及约60mm×60mm囊性包块,活动欠佳,压痛。B超提示:右附件区见94mm×51mm×61mm囊性包块,内为无回声,有分隔。入院诊断:盆腔包块待查:①卵巢囊肿?②输卵管积液?③包裹性积液?积极完善术前准备后,在全麻下行剖腹探查术,剔除原下腹部正中纵行手术疤痕,逐层进腹(解剖结构欠清),术中见:壁层腹膜缺如,肠曲、子宫、附件表面有多层灰白色、质韧、厚薄不均的膜状纤维组织覆盖,如蚕茧样,无法进入腹腔,在子宫位置,纤维膜状组织后可扪及正常大小子宫,质中,活动,但双附件区纤维组织增厚,无法扪及。在右附件区上方肠曲间扪及直径约60mm大小囊性包块,剪开层层包裹的膜状组织,穿刺抽出黄色清亮液体,吸尽囊液,探查囊腔为盲端,分离并切除少许囊壁送病检。为避免损伤,未继续分离。止血后,生理盐水冲洗盆腔,置入防粘液,常规关腹。囊壁病检结果示:纤维结缔组织囊壁,囊壁充血、出血,少许炎细胞浸润,局部见几个腺体,腺上皮无明显异型。术后诊断为:①盆腔包裹性积液;②腹茧症。患者术后恢复好,痊愈出院。

作者介绍:王瑞锋(1986-),男,硕士,

研究方向:感染消化疾病。

通信作者:周虹,女,副教授,Email:zhouhong2006126@126.com。

2 讨论

腹茧症(Abdominal cocoon, AC)又名先天性小肠禁锢症、小肠茧状包裹症、包膜内粘连性肠梗阻、小肠节段性纤维包裹症群、腹腔茧状包裹症等,发病机制不明,是一种罕见的腹部疾病,以盆腹腔部分或全部脏器被一层或多层纤维包裹为主要特征,包裹内容物以小肠最为常见,形似蚕茧。由 Foo KT 等^[1]于 1978 年首次报道并命名。

腹茧症分为原发性和继发性,原发性腹茧症发病原因不明,无腹部手术及外伤等病史,可能为先天发育异常(如大网膜缺如);继发性腹茧症有相对明确的病因,如外伤手术后、盆腔炎、结核性腹膜炎、病毒感染、药物影响、长期腹膜透析、地域和性别因素(屠金夫等^[2]分析 203 例腹茧症中,男:女=1.2:1)等。大多数患者无明显临床表现,有时可有腹痛、腹胀、恶心、呕吐等,腹部可出现质软包块,活动或非活动性,严重时可引起肠梗阻。B超可见包裹有肠管的肿块或囊性包块,X线下可发现全部或部分小肠积聚于某一部位,钡餐可见部分小肠肠管呈“扭麻花状”或“菜花征”聚集在脐周部^[3],CT可见包块内为折叠的小肠,肠管狭窄处被增厚的腹膜包裹(如图1),MRI可直接显示肥厚、迂曲的肠管,肠腔内气体、液体以及与大网膜粘连的情况。在出现以上情况时,均应考虑到腹茧症的可能,提高对该病的认识,从而可避免一些并发症和不必要的肠切除。适时的剖腹探查或腹腔镜检查也可提高该病诊断率^[4]。术中见小肠为一层连续的灰白色、质韧、形似蚕茧的包膜所覆盖,其临近脏器亦可被此膜覆盖,可确诊为腹茧症^[4,5]。无任何症状或症状轻微者可予以观察或保守治疗,如病情加重,出现肠梗阻、肠穿孔、腹膜炎等手术指征,均应

(下转 150 页)