

个案与短篇

DOI: 10.11699/cyxb20131229

闭孔疝的诊治探讨(附 1 例分析)

汲广岩¹, 邢 雷², 黄剑波¹, 孔令泉¹, 厉红元¹, 竺东长¹, 王子卫¹, 吴凯南¹

(1. 重庆医科大学附属第一医院普外科, 重庆 400016; 2. 浙江省肿瘤医院乳腺外科, 杭州 310022)

【中国图书分类法分类号】R541.7

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-05-19

闭孔疝(obturator hernia, OH)是经闭孔管穿出的疝,是一种少见的腹外疝。文献报道其发病率仅占腹壁疝的 0.05%~1.40%,常起病隐匿,局部体征不明显,多以不明原因的肠梗阻入院。易被延误诊断及治疗,导致严重后果。本文将探讨 OH 的临床诊治,并附 1 例分析。

1 临床资料

患者女性,83 岁,G₆P₆,因“肛门停止排气、排便 12 d”入院,入院诊断为:急性肠梗阻,肺部感染,低钾血症。入院前及入院当天呕吐 5 次,为黑色胆汁样物,查体:合作,消瘦,全身皮肤黏膜无黄染,心肺未见明显异常,腹部稍膨隆,未见胃肠型及蠕动波。腹软,全腹轻压痛、无反跳痛及肌紧张,未扪及明显包块,肠鸣音正常。肛查:进指顺利约 7 cm,未扪及明显包块,退出指套无血染。腹部立卧位平片提示小肠不全性肠梗阻,给予禁食禁饮,胃肠减压等对症支持治疗。CT 检查提示腹部空肠肠梗阻,左侧闭孔区脓肿可能性大,因患者腹部体征不明显,生命体征平稳,血常规未见明显异常。请影像医师复读 CT 修正诊断为:小肠梗阻远端移行带由左侧闭口区向外突出,部分突出于闭孔外侧,考虑为 OH 导致的梗阻可能性大(图 1)。于当天在全麻下急诊行剖腹探查+OH 松解术。术中取左下腹旁正中切口,术中探查见腹腔未见渗血及渗液,小肠中份对系膜缘嵌顿于左侧闭孔处,近端小肠扩张、充气明显,未见缺血坏死,远端小肠、结肠未见扩张,钝性松解

OH,为部分肠壁疝(部分对系膜缘肠壁嵌顿约 2 cm),嵌顿肠壁色红润,蠕动存在。选择无血管神经区八字缝合闭孔裂口,大网膜覆盖。关腹,手术结束。患者术前存在肺部感染及肺大泡,脱机困难,术后转入 ICU 治疗。术后第 3 天顺利脱机后转回普通病房。于术后第 8 天顺利出院。

2 讨论

闭孔是人体中最大的骨性间隙,是由髋骨的耻骨支和坐骨支共同围成的圆孔,该孔的大部分被附着在闭孔周围的闭孔膜所掩盖,在闭孔膜的外上方,有一指尖大小的裂隙,即闭孔管的内口,外口开口于内长收肌、股动脉和耻骨形成的三角区(闭孔神经及血管由此通过),是连接骨盆与大腿内收肌区的管状间隙,腹腔内脏器经闭孔脱出至股三角,称之为 OH^[1]。本病多见于老年体弱消瘦且有多次妊娠的妇女,又称之为“小老妇人疝”。由于闭孔小且无弹性,很容易发生嵌顿。疝内容物大部分为小肠。OH 的发病率世界范围内变化较大,亚洲发病率较高,西方国家发病率相对较低^[1]。文献报道其发病率仅占腹壁疝的 0.05%~1.40%,OH 大约 63%的临床表现是肠梗阻^[2],约 0.2%~1.6%^[1]的小肠梗阻系本病所致。

因闭孔神经行径闭孔管,并且主要支配股内侧肌群,但有关节支配髋关节和膝关节,闭孔神经受压后,大腿内侧及膝部疼痛、麻木、感觉异常,髋关节伸直、内收牵拉闭孔外肌时,均可使疼痛加重。平卧、屈曲和内收时症状减轻,这种症状称之为 Howship-Romberg 征^[1],为 OH 的特征性表现。据报道,此征发生率达 15%~50%^[2]。Hanington-Kiff 征也是特异性的表现,即患侧大腿内收肌反射消失,由于闭孔神经受压所致。用食指在膝上方 5 cm 处越过内收肌,用锤叩打可激发这一反射,并见该肌收缩。与对侧的亢进反射相比,患侧的内收肌反射减弱,提示闭孔神经受压。目前大多数学者认为 Hanington-Kiff 征比 Howship-Romberg 征更具特异性^[1]。

有时腹股沟区可扪及大小不等的包块。阴道或直肠指诊可在骨盆内前壁触及压痛的条索物或包块,有报道阳性率 40%。另外,因为肠梗阻血运障碍后血性渗液逐层渗出,可致腹股沟韧带中部下方出现皮肤淤血,该征象也是 OH 特异性体征,但出现晚,对早期诊断意义不大。

文献报道 CT 术前 OH 确诊率可达 78%~100%,在 CT 平扫不能确诊时,则可行 CT 三维重建,在冠状面和矢状面均可见通过闭孔突出的疝囊及疝内容物,对诊断 OH 更加直观可

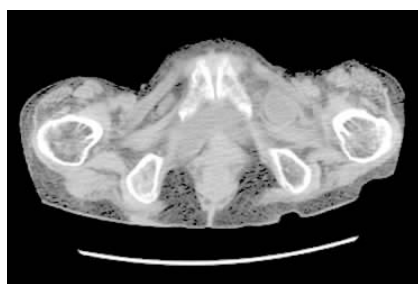


图 1 盆腔 CT 提示左侧 OH

Fig.1 Axial CT image of the pelvis indicating a left obturator hernia

作者介绍:汲广岩,Email:jijuangyan168@163.com,

研究方向:胃癌、结肠癌的诊治。

通信作者:王子卫,Email:wangziwei571@sina.com。

个案与短篇

DOI: 10.11699/cyxh20131230

临床误诊肝脏原发恶性纤维组织细胞瘤 1 例及文献回顾

杨 柳¹, 杨达荣¹, 徐红梅¹, 吴时军¹, 米 粲²

(1. 重庆市合川区人民医院病理科, 重庆 401520; 2. 重庆医科大学基础医学院病理学教研室, 重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R365

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-04-15

恶性纤维组织细胞瘤 (malignant fibrous histiocytoma, MFH) 是起源于间叶组织的恶性肿瘤, 好发于成年人, 常发生于四肢软组织、腹膜后和躯干, 而原发于肝脏的 MFH 极为罕见^[1-2]。本文报道 1 例临床误诊的肝脏原发 MFH, 检索并阅读复习国内外相关文献四十余篇。综合报道如下。

1 临床资料

患者男, 59 岁, 因“反复右上腹疼痛 10 d”入院。B 超显示: 右肝靠肝门处约 3.2 cm × 2.9 cm 不均质回声团, 考虑右肝占位。CT 显示肝内胆管扩张, 其内密度不均, 右叶胆管内条性高密度影。增强 CT 未见明确占位。影像学诊断: 考虑肝内胆管多发性结石致高位胆道梗阻; 肝右叶局限性萎缩。血清学: 总胆红素 47.2 μmol/L, 直接胆红素 29 μmol/L, 间接胆红素 17.5 μmol/L, 谷丙转氨酶 78 U/L, 谷草转氨酶 78 U/L,

谷酰转氨酶 347 U/L, 碱性磷酸酶 672 U/L; 肿瘤标记物甲胎蛋白 (alpha-fetoprotein, AFP)、癌胚抗原 (carcinoembryonic antigen, CEA) 值正常, CA19-9 偏高。影像学及临床均未查见身体其他部位有占位性病变或相关临床症状, 因此临床依据肝内胆管结石诊断, 行右半肝切除、肝门成型、胆道探查、胆囊切除; 术中见右肝内胆管肿瘤, 右肝后叶胆管内结石。切除标本大体检查: 肝组织及肿块, 共大小 12 cm × 10 cm × 6 cm, 呈棕褐色。其中见胆管扩张, 直径约 3.0 cm。肿块位于扩张胆管内, 沿胆管长轴生长, 大小约 6 cm × 5 cm × 3 cm, 呈分叶状, 边界清楚, 切面灰白, 有灶性出血, 质中偏硬。镜下特点: 瘤组织呈结节状, 肿瘤由排列呈车辐状的较肥胖的梭形细胞、组织细胞及大量散布于瘤组织中的破骨细胞型巨细胞和瘤巨细胞构成, 还可见骨样组织及成熟骨组织。瘤细胞核分裂多见, 有出血及坏死 (图 1)。免疫组化: 瘤组织 VIM(+++)、CD68(++)、bcl-2(-)、SMA(-)、Desmin(-)、CD117(-)、CD34(-)、HepPar1(-)、CK-19(-)、CEA(-)、CK(-)、S-100(-)、AFP(-)、HMB45(-)、EMA(-)、CK8/18(-)、CK7(-)、CK20(-)、Ki67 阳性率约 40% (图 2)。

作者简介: 杨 柳, Email: yn_colourful@163.com,
研究方向: 肿瘤病理。

靠。在病人存在不明原因的肠梗阻时, 腹部和盆腔的联合增强 CT 检查是必要的。X 片只能在疝出现嵌顿后, 显示腹腔内梗阻近端扩张的含气、液平面的小肠。如有充气的肠管盲端指向疝处, 甚至见积气的肠袢进入闭孔可确诊^[1]。

此类病人嵌顿肠管坏死率极高, 一经确诊, 手术是唯一有效方法。1851 年 Henry obre 首次成功修补了 OH, 手术径路一般多采用经腹入路, 经疝囊松解、小肠复位或切除坏死肠段并行肠吻合后, 处理 OH 的方法如下: 经疝囊颈夹住疝囊体底部, 将疝囊翻至腹内切开, 显露闭孔管上口, 缝合其旁闭孔内肌和闭孔筋膜而封闭此口, 缝合张力偏高者, 可用假体网片贴补, 结扎疝囊颈并切除囊体。但用网片修补者存在术后感染等风险, 在采用此类方法时须谨慎^[2]。有学者称不必强调把疝囊拖回腹腔切除再修补, 因为伸入钳夹组织有一定盲目性, 有损伤闭孔神经和血管的可能, 尤遇年迈体弱全身情况较差者更不允许进行费时而又困难的操作。将闭孔筋膜和闭孔内肌缝合或做一沿闭孔边缘荷包缝合后腹膜组织以缩小闭孔内口即可达到治疗目的。

目前关于 OH 复发的报道较为罕见, 约占所有 OH 的

10% 且大多集中在进行单纯修补术的病人当中^[3]。在修补 OH 时须探索对侧闭孔。本病的死亡率较高^[4], 其死亡率波动在 0%~25%, 术后往往并发心肺等并发症, 其中心脏并发症占据所有并发症的 14%, 肺脏占 10%^[2]。

参 考 文 献

- [1] Mandarri M T, Zeng S B, Wei Z Q, et al. Obturator hernia—a condition seldom thought of and hence seldom sought[J]. Int J Colorectal Dis, 2012, 27(2): 133–141.
- [2] Nasir B S, Zendejas B, Ali S M, et al. Obturator hernia: the Mayo clinic experience[J]. Hernia, 2012, 16(3): 315–319.
- [3] Pandey R, Maqbool A, Jayachandran N. Obturator hernia: a diagnostic challenge[J]. Hernia, 2009, 13(1): 97–99.
- [4] Seewoo V, Jin X, Yang W, et al. Increased mortality from delayed diagnosis and treatment of obturator hernia in elderly patients[J]. Am Surg, 2012, 78(4): 229–231.

(责任编辑: 冉明会)