

闭孔疝5例诊治分析及文献复习

王金 郑杰 卢家俊 姜明 沈红波^{通讯作者}

四省边际中心医院 浙江 衢州 324000

摘要:目的:探讨闭孔疝的临床诊治经验。方法:回顾性分析2016-2020年我院收治5例闭孔疝患者临床诊疗过程,结合文献学习,分析闭孔疝的临床诊断、治疗方法和手术时机,总结临床经验。结论:多排螺旋CT及其冠状位重建有助于早期诊断,确诊后均应急诊手术治疗,总体预后效果良好。

关键词:闭孔疝;肠梗阻;诊断;手术

闭孔疝是一种临床少见的疝疾病,其发生率占全部疝的比例低于0.073%-1.00%^[1,2]。随着我国逐渐步入老龄社会,平均寿命提高,闭孔疝的发病率有所增加。临床多见于老年消瘦女性,其发生机制为各种因素导致的疝内容物嵌顿或突出于髌骨的坐骨支和耻骨之间形成的闭孔管,通向腹腔外。闭孔疝的就诊多数是以急腹症就诊,由于闭孔位置深,临床除肠梗阻外,常无特殊表现,容易误诊漏诊。本文就我院收治的5例闭孔疝的诊治过程及相关文献做一复习。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2016-2020年我院收治的5例闭孔疝患者临床资料,术前评估患者总体身体状况,包括年龄、症状、体征、既往生育史、体重指数、便秘史、CT检查,同时麻醉科会诊评估麻醉风险。其中5例患者均为老年女性,年龄75-85岁,平均79岁,伴有妊娠分娩史3-6次,平均4次,瘦小体型,体重指数(BMI)15.3-18.1 kg/m²,平均16.3 kg/m²,4例合并慢性肺病,3例伴有明显便秘史;临床表现:患者均以腹胀、腹痛伴恶心呕吐症状来院就诊,体格检查其中3例可见全腹膨隆,下腹部压痛,轻度肌紧张,叩诊呈鼓音,听诊可闻及肠鸣音亢进;术前5例患者均CT检查明确闭孔疝后行手术治疗。

1.2 方法

5例患者均有肠梗阻或不全性肠梗阻的临床表现,其中1例为闭孔疝修补术后2月再发腹痛来院就诊,急诊行剖腹探查见肠管嵌顿坏死行“坏死小肠切除+双侧闭孔缝合修补术”;余4例中,2例伴有梨状肌综合征,1例伴有Romberg-Howship征,术中探查见无坏死肠管及组织,均予以“kugel平片修补术”治疗。

2 结果

5例患者中1例患者因肠管坏死,术中予以闭孔单纯缝合修补,其余4例应用无张力修补术治疗,手术时间55-

96min,平均时间为65 min,平均住院时间为10.5d,所有患者均一期愈合出院。术后常规随访0.5-1年,均未见疝复发。

3 讨论

在解剖学上女性的闭孔较男性的宽大,易受腹腔内压力的影响,随着年龄增长、营养不良、多次妊娠以及增加腹内压的慢性疾病如慢性肺病、便秘等危险因素,导致女性更易得此病。通常男女发病比为:1:6-9^[3,4],因而也被称为“小老太太疝”。本病初期缺乏特异性症状,体征不典型,大部分患者多以腹痛、肠梗阻为首发症状急诊入院,一旦延误治疗,极易导致闭孔疝嵌顿,引起肠坏死,病死率较高。

闭孔为耻骨上下支与坐骨围成的孔,位于骨盆的前侧壁,其外侧为髌关节、股骨干,内侧为耻骨弓、会阴、股薄肌,下方为耻骨支,闭孔血管和闭孔神经被脂肪包裹由此通过。当闭孔疝形成时疝内容物包括小肠、结肠、输卵管、网膜、卵巢等。通常闭孔疝的疝囊口小,肠管壁疝的比例较高,因此早期多为不完全肠梗阻,临床表现常不典型。同时由于疝块较小,体检常无法探查,患者一般情况差且合并疾病较多,急诊就诊时容易忽视引起腹痛的原因,容易漏诊、误诊。闭孔疝典型的临床表现为闭孔神经痛,即Howship-Romberg征,其是闭孔疝的典型体征:疼痛位于大腿内侧,屈曲大腿可缓解疼痛,伸直、内收或向内旋转可加重疼痛,文献报道发生率仅为10-50%^[5],且此症状常被肠梗阻症状所掩盖。本文5例患者均为老年多产消瘦女性,疝内容物均为肠管壁,临床表现为腹痛为主,伴不全性肠梗阻,例1伴Howship-Romberg征。

闭孔疝由于位置深,临床常不易触及肿块,仅表现为腹痛或肠梗阻,而且多数时候表现为不全性肠梗阻,无特征性临床表现,为临床诊断带来了较大的困难,既往多数的闭孔疝是在剖腹探查术中发现。腹部X线除提示肠梗阻外,对闭孔疝的诊断价值有限。腹部超声因受肠道内气体的干扰,

价值不大。随着多排螺旋 CT 的应用,特别是下腹部的增强 CT 检查,成为临床诊断闭孔疝的标准^[6]。但由于患者常为老年女性,基础疾病较多,加之闭孔疝发生率低,临床医生重视不够,急诊就诊时未行腹部 CT 增强扫描而遗漏。本文 5 例患者均表现为腹痛伴肠梗阻,在全腹部增强 CT 时发现,其中 1 例患者放射科遗漏闭孔疝的诊断,是在临床医师提醒下才发现为闭孔疝,故提高临床相关科室对闭孔疝的认识和警惕性,有助于提高诊断。笔者认为在多排螺旋 CT 的冠状位重建可以清晰显示肠管从闭孔疝出,有助于提高诊断。有报道^[7]MRI 平扫能可靠诊断闭孔疝,但缺乏临床对照需进一步研究。

由于解剖因素,闭孔疝环缺乏弹性,容易嵌顿,确诊后尽早手术已成共识。但因为患者有无急性嵌顿以及肠管坏死分急诊及择期手术;而且闭孔疝患者多发于老年消瘦患者,营养状况普遍较差,可能伴发一种或多种全身疾病,家属顾及患者高龄和较差的全身情况而多选择非手术的保守治疗措施,待出现肠梗阻保守治疗无法缓解或因嵌顿肠管坏死穿孔引起的腹膜炎症状再急诊手术。本文病例中的复发性闭孔疝患者就是在术后再发肠梗阻,家属要求保守治疗,在 2 个多月后出现腹膜炎再次急诊就诊,行肠切除+双侧闭孔疝的疝囊颈部的间断缝合修补。急诊手术患者常有腹膜炎体征,或肠壁缺血明显,手术时放置补片修补风险较大,多采用间断缝合修补术,这种方法容易复发,术后的并发症也较多。T. Karasaki^[8]等回顾性分析了 80 例手术修补患者,发现有补片与无补片两组间在术后并发症和 3 年后复发率都有显著地统计学差异,无补片修补患者多为急诊手术。本文该复发闭孔疝患者因腹膜炎急诊手术行无补片的间断修补,术后 2 个月再次出现反复腹痛。提示患者在早期诊断后应尽早行补片修补术,同时因此类患者高龄,基础疾病较多,择期手术能进行充分的术前准备,术中可行补片修补能有效减少术后的并发症发生及复发的风险。急诊嵌顿的患者在明确诊断后经过必要的术前准备,早期无腹膜炎时行补片修补有助于减少复发风险本文余 4 例患者经过积极地术前准备后行 kugel 平片修补,术后随访 0.5-1 年无复发。

闭孔疝修补的手术方式有多种,开放手术的直接间断缝合、游离大网膜及子宫圆韧带为材料的修补及补片修补和腹腔镜下修补术^[9]等多种方法。因受术前诊断水平的限制,目前主要以下腹部的剖腹探查切口的直接修补术较常用,其主要有以下优点:(1)该术视野清晰,暴露闭孔周围血管神经,减少周围创伤,进而更好得行腹腔探查;(2)当肠嵌顿发生坏死或穿孔时,为肠修补、切除、吻合提供便利^[10];(3)而对于肠管修补或切除患者,可以更好的进行腹腔引流及冲洗。有研究^[8]指出腹腔镜修补术能有效减少择期手术患者的术后主要并发症的发生和死亡率,但该研究因

总体样本量少,未予以进一步探究。

总之,提高广大的临床医生对闭孔疝的认识和警惕性。早期行增强全腹部 CT 扫描,必要时行冠状位重建明确诊断,积极的早期手术,尽量采用补片修补,其能有效改善闭孔疝患者的预后,减少闭孔疝的复发。

参考文献:

- [1]Maharaj D, Maharaj S, Young L et al. (2002) Obturator hernia repair—a new technique[J]. *Hernia* 6:45-47.
- [2]Otsuki Y, Konn H, Takeda K, et al. Midline extraperitoneal approach for obturator hernia repair[J]. *Keio J Med*, 2018, 67(4):67-71.
- [3]HODGINS N, CIEPLUCHA K, CONNEALLY P, et al. Obturator Hernia: A Case Report and Review of Literatures (J). *Int J Surg Case Rep*, 2013, 4(10):889-892.
- [4]Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Maroto-Genover A. Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment[J]. *Hernia*, 2008, 12(3):289-297.
- [5]SáNC, Silva VCM, Carreiro PRL, et al. Rare case of incarcerated obturator hernia: Case report and review of literature[J]. *Int J Surg Case Rep*, 2017, 37:157-160.
- [6]Light D, Razi K, Horgan L. Computed tomography in the investigation and management of obturator hernia[J]. *Scott Med J*, 2016, 61(2):103-105.
- [7]Louis Vitone Abraham Joel Andrew Masters et al. Obturator Hernia - MRI Image[J], *Indian J Surg*, 2013, 75(4):322.
- [8]T. Karasaki Y, Nomura N, Tanaka. Long-term outcomes after obturator hernia repair: retrospective analysis of 80 operations at a single institution[J], *Hernia* 2014(18):393-397.
- [9]D. C. K. Ng K. L. M. Tung C. N. Tang et al. Fifteen-year experience in managing obturator hernia: from open to laparoscopic approach[J], *Hernia* 2014(18):381-386.
- [10]Burt BM, Cevasco M, Smink DS. Clinical images. Classic presentation of a type II obturator hernia[J]. *Am J Surg*, 2010, 199(6):75-76.

作者简介:

王金(1990-),男,汉族,安徽寿县,硕士,主治医师,普外科。