

(c-Kit)突变和 c-Kit 自动激活有关。Kit 基因编码 Kit 蛋白(CD117)参与了细胞的信号转导<sup>[9]</sup>。Zappulla 等<sup>[10]</sup>将突变的 Kit 基因整合到小鼠体内,制造出了小鼠 SM 模型,证实了突变的 Kit 能导致肥大细胞异常增殖。有学者认为 MC 发病有家族倾向<sup>[11]</sup>,常染色体显性遗传与疾病发生有一定相关性。2000 年 WHO 将其分为:(1)CM。①色素性荨麻疹/斑丘疹 CM,持久性毛细血管扩张斑点型;②弥漫性 CM;③孤立性皮肤肥大细胞瘤。(2)惰性 SM(ISM)。(3)SM 伴克隆性非肥大细胞系的血液病(SM-AHNMD)。(4)侵袭性 SM(ASM)。(5)肥大细胞白血病(MCL)。(6)肥大细胞肉瘤(MCS)。(7)皮外肥大细胞瘤(ECM)。实际上是局限性(CM,MCS,ECM)与系统性(ISM,SM-AHNMD,ASM 和 MCL)两大类。本文报道的属于 ISM。诊断主要靠病理检查,对怀疑有 SM 者可以测定血清中类胰蛋白酶水平(是诊断 SM 重要线索,但不是特异性标志),必要时借助骨穿和免疫组化确诊。肥大细胞有异染颗粒,用特殊染色(吉姆萨或甲苯胺蓝)可证实之,有特异性。本文病例 2 患者甲苯胺蓝染色不满意,可能为术后标本常规处理方法而导致异染颗粒减少或完全消失所致。治疗尚无特殊方法,原则是避免触发因素,缓解症状,防止并发症,目的是消除肥大细胞释放介质引起的症状及控制肥大细胞增生,由于 MC 有良性也有恶性,它可以从单一皮损到极度恶性 MCL,因此,对患者应有选择地进行检查,明确分型,指导治疗。良性局灶孤立病变者可手术切除,恶性者化疗。本文病例 2 患者为单发食管的 MC,而皮肤及血液系统均未累及,实属罕见,检索中国知网近 30 年的文献库,未见单发食管的报道。虽然 ISM 病程进展缓慢,预后较好,但本例尚残留部分肿瘤组织于食管内,至于术后的远期疗效及复发情况还需要跟踪随访。

#### 参考文献:

- [1] Kelly KJ, Lazenby AJ, Rowe PC, et al. Eosinophilic esophagitis attributed to gastroesophageal reflux: improvement with an amino acid-based formula[J]. Gastroenterology, 1995, 109(5): 1503-1512.
- [2] Ronkainen J, Talley NJ, Aro P, et al. Prevalence of oesophageal eosinophils and eosinophilic oesophagitis in a-

dults: the population-based Kalixanda study [J]. Gut, 2007, 56(5): 615-620.

- [3] Arora AS, Yamazaki K. Eosinophilic esophagitis: asthma of the esophagus[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2004, 2(7): 523-530.
- [4] Blanchard C, Rothenberg ME. Basic pathogenesis of eosinophilic esophagitis [J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2008, 18(1): 133-143.
- [5] 郭长吉, 林三仁. 嗜酸性食管炎[J]. 中国实用内科杂志, 2008, 28(9): 784-786.
- [6] Gonsalves N, Policarpio-Nicolas M, Zhang Q, et al. Histopathologic variability and endoscopic correlates in adults with eosinophilic esophagitis [J]. Gastrointest Endosc, 2006, 64(3): 313-319.
- [7] Aceves SS, Bastian JF, Newbury RO, et al. Oral viscous budesonide: a potential new therapy for eosinophilic esophagitis in children[J]. Am J Gastroenterol, 2007, 102(10): 2271-2279.
- [8] Müller S, Pühl S, Vieth M, et al. Analysis of symptoms and endoscopic findings in 117 patients with histological diagnoses of eosinophilic esophagitis [J]. Endoscopy, 2007, 39(4): 339-344.
- [9] Dirnhofer S, Zimpfer A, Went P. The diagnostic and predictive role of kit (CD117)[J]. Ther Umsch, 2006, 63(4): 273-278.
- [10] Zappulla JP, Dubreuil P, Desbois S, et al. Mastocytosis in mice expressing human Kit receptor with the activating Asp816Val mutation [J]. J Exp Med, 2005, 202(12): 1635-1641.
- [11] Ben-Amitai D, Metzker A, Cohen HA. Pediatric cutaneous mastocytosis: a review of 180 patients[J]. Isr Med Assoc J, 2005, 7(5): 320-322.

(收稿日期: 2011-12-09 修回日期: 2012-02-29)

#### • 短篇及病例报道 •

## 闭孔疝 1 例诊治分析

贺旭<sup>1</sup>, 陈胤<sup>2</sup>, 穆宇<sup>2</sup>

(中国人民解放军三二四医院: 1. 医务处; 2. 普通外科, 重庆 400020)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 18. 046

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)18-1890-02

闭孔疝是指腹腔脏器经髂骨闭孔向股三角突出的腹外疝, 临床出非常少见。国外文献报道仅占全部疝的 0.05%~0.70%, 术前确诊率仅为 15.00%~80.00%<sup>[1]</sup>。因发病率低、临床罕见, 术前多误诊为股疝或炎性包块, 而延误治疗。近年来, 随着人口老年化, 闭孔疝发病率有上升趋势<sup>[2]</sup>, 因此, 早期诊断与及时治疗有重要意义。现将本院 2011 年 4 月 9 日收治的 1 例闭孔疝报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 77 岁, 因腹痛、腹胀伴呕吐, 肛门停止排气排便 10 余天入院。入院前于外院治疗症状无缓解。入院查体: 全

腹饱满、脐周压痛、反跳痛及肌紧张不明显。全腹叩诊呈鼓音。左侧大腿内侧饱满, 局部皮肤轻微红肿, 触及大小约 5 cm×3 cm 质软包块, 触痛明显, 无液波感及搏动感。术前行全腹 CT 检查示左侧腹股沟疝伴小肠梗阻。术前诊断为股疝嵌顿, 遂急诊行手术治疗。取左侧腹股沟疝修补切口(左侧髂前上棘至左耻骨结节连线中点上方 2 cm 至左耻骨结节下内侧), 术中探查发现股管空虚, 包块位于股管内侧深面, 考虑左侧闭孔疝, 向上延长切口后进腹探查, 明确肠管及网膜经闭孔疝出嵌顿, 近端肠管明显扩张、水肿, 黏膜下有出血点, 远端肠管空虚。松懈粘连后小心将疝内容物拖出, 见疝入小肠色黑、肠壁有破口、系膜

血管无搏动,遂行肠切除肠吻合术。闭孔处腹膜荷包缝合关闭闭孔。术后诊断为绞榨性闭孔疝,术后治愈出院。

## 2 讨论

**2.1 病因** 闭孔管为长约 2~3 cm 的骨性通道,闭孔膜外上缘与耻骨上支之间的裂隙,斜向前内下方,连接盆腹腔与大腿的内收肌,只能容纳一指尖,几乎无伸展性。该病常见于年老体弱,多次分娩的女性患者,因骨盆各种肌肉及筋膜松弛并合并慢性咳嗽、便秘等腹内压增高因素,造成盆底腹膜紧张及以后过于松弛而易形成闭孔疝。

**2.2 诊断** 闭孔疝临床罕见,多数医师对此病认识不足,缺乏经验,不能及时确诊,而导致治疗延误,病情加重。Howship-Romberg 征是早期具有特征性的体征,即闭孔神经受压征,表现为腹股沟区及大腿内侧的刺痛、麻木、酸胀感,并向膝内侧放射,当咳嗽、伸腿外展、外旋是症状加重,屈曲内收内旋则减轻<sup>[3]</sup>。年老体弱女性,肠梗阻合并该体征,则高度怀疑闭孔疝。而盆腔 CT 具有诊断价值<sup>[4]</sup>,表现为闭孔与耻骨肌之间有出现低密度肿块,肿块表现为较对侧明显不同的含气密度及肠管扩张。本例患者由于临床医师及放射科医师认识不足,未行 Howship-Romberg 征查体,而术前诊断为股疝,虽然未延误手术时机,但因术前诊断股疝而选择了股疝的手术入路,导致术中延长手术切口,增加创伤。故临床医师及放射科医师不能满足于常见病的诊断,全面询问病史、体格检查尤为重要,特别是对无手术史老年女性患者,应高度警惕闭孔疝的存在。并且当为部分肠壁嵌顿早期,肠梗阻症状不明显,仅表现为股部包块伴疼痛,Howship-Romberg 征查体及盆腔 CT 就显得尤为重要。

**2.3 治疗** 手术治疗是惟一有效的治疗方法,因闭孔管为骨性结构,几乎无延展性,闭孔疝容易发生嵌顿、绞榨。及早手术是降低病死率及围术期顺利康复的前提。手术方式有经腹途径、经耻骨后腹膜外途径、经腹股沟韧带下方大腿根部途径及腹股沟途径。然而腹膜外途径不能直视嵌顿肠管的情况,术后还需密切观察病情,有再次手术的可能,因此,大多数学者认为

· 短篇及病例报道 ·

经腹途径最理想。其优点在于:手术野开阔,便于操作,不易发生副损伤,有利于肠梗阻的确诊并能顺利进行肠切除手术;闭孔内口显示清除,可直视下修补,不易损伤闭孔神经及血管,并且修补可靠;便于肠坏死时腹腔污染的清洗及引流<sup>[5]</sup>。本例手术先采用腹股沟区入路后向上延长切口进腹,对坏死肠管切除、闭孔口修补均满意。

**2.4 预后** 因该病多发于年老体弱患者,本身基础疾病多,术后恢复大多不顺利。本例患者术后出现伤口愈合不良、肺部感染,经长期住院治疗康复出院,住院时间长达 25 d,总花费近 6 万元。术后半年电话随访无复发。因此,早期明确诊断与及时的手术治疗是关键。

总之,临床医师因充分认识该疾病,对老年妇女有原因不明的肠梗阻时,要警惕闭孔疝可能。认真的体格检查对发现该病非常重要,盆腔 CT 对该病有诊断价值。早期及时手术是预后良好的关键。

## 参考文献:

- [1] Yokoyama T, Munakata Y, Ogiwara M, et al. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography[J]. *Am J Surg*, 1997, 174(1): 76-78.
- [2] 陆昌保. 老年嵌顿性闭孔疝 5 例分析[J]. *中国误诊学杂志*, 2006, 6(4): 724-725.
- [3] 吕瑞光, 杨秀峰, 折占飞. 闭孔疝诊断和治疗体会[J]. *中华疝和腹壁外科杂志: 电子版*, 2010, 4(4): 429-431.
- [4] Terada R, Ito S, Kidogawa H, et al. Obturator hernia; the usefulness of emergent computed tomography for early diagnosis[J]. *J Emerg Med*, 1999, 17(5): 883-886.
- [5] 周长虹, 张华东. 闭孔疝 7 例诊治及失误探讨[J]. *重庆医学*, 2000, 29(6): 563.

(收稿日期: 2012-01-18 修回日期: 2012-04-19)

# 少见类型腹外疝 6 例误诊体会

余招焱, 朱 昕, 郝朗松

(贵州省人民医院普外科, 贵阳 550002)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.047

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)18-1891-02

腹外疝是普外科常见疾病之一,然而某些类型的疝在临床上较为少见或其临床表现不典型,容易造成误诊。本科将近 10 余年来发生的 6 例腹外疝误诊为其他性质肿块的情况,予以总结分析,以引起临床足够的重视。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 6 例患者中男 2 例,女 4 例;年龄 27~76 岁;病程时间为 1~5 年。术前肿块直径为 1.5~4 cm,既往均无明显肿块可自行消失现象。局部有症状者 4 例,表现为肿块间歇性胀痛并进行性增大。3 例老年女性患者有 4~7 次的妊娠分娩经历。慢性阻塞性肺疾病者 2 例,前列腺增生症者 1 例。体检可见肿块边界清晰、质韧、难以回纳、稍触痛,1 例肿块合并感染者局部存在脓性分泌物渗出。术前 4 例患者曾行 B 超检查,提示为腹壁皮下脂肪层实性占位或局部呈现不均质低回声肿块,未见明显血流信号,其中 1 例患者间隔 1 个月再次 B

超检查提示可疑腹壁疝,未引起术者重视。

**1.2 误诊情况** 本组患者中 2 例为上腹部白线疝,1 例为下腹部半月线疝,1 例为股疝,2 例为腰疝。患者误诊为脂肪瘤或肌纤维瘤 3 例;淋巴结炎 1 例;1 例腰疝患者曾行患侧肾切除术,3 个月前在院外诊断为切口神经纤维瘤,并行多次局部注射封闭治疗,肿块疼痛症状部分缓解,患者为求根治而要求手术治疗;另 1 例上腰疝患者在骨科初次就诊时考虑为腰椎结核并局部冷脓肿形成,而后查腰椎 MRI 检查提示椎体及椎间盘无明显异常,椎旁软组织影突出至皮下层,方明确为腰疝。

**1.3 治疗情况** 本组中 5 例患者均在局部浸润麻醉下行手术治疗,术中探查可见肿块为包膜完整的脂肪瘤样组织,分离包膜见与皮下组织粘连明显,无脂肪瘤样的疏松间隙。部分肿块基底较宽大,似与腹腔相通,切开包膜后为团状网膜,并可扪及疝环存在,部分患者疝环周围筋膜结构明显薄弱。1 例白线疝