

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^[3]。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^[4],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^[5]。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

患者疝环直径约 2 cm,予以回纳网膜组织后间断缝合腹直肌鞘关闭疝环,随访 1 年后未见复发。其余 3 例患者则直接关闭切口留待Ⅱ期处理。1 例股疝患者术前考虑为淋巴结炎,经门诊积极抗感染治疗后局部出现破溃并少量脓液溢出,遂拟行局部扩创引流术。术中见肿块为网膜组织合并感染,考虑为股疝,遂急诊转至病房手术室手术。1 例腰疝患者局部肿块直径为 4 cm,术中见局部粘连致密,将局部肿块组织切除后扪及筋膜缺损而确诊,遂转入病房住院治疗。

2 讨论

2.1 误诊原因分析 绝大多数的体表皮下肿块通过仔细体格检查即能分辨出肿块的性质,其误诊的概率应该很小,但在本组患者肿块均生长在少见类型疝好发的部位,且疝内容物有时为嵌顿之大网膜组织,无明显的特异性症状,故术者在主观意识上未能考虑到此类疾病的鉴别诊断。本组 1 例腰疝患者就诊时术者沿袭了外院“神经纤维瘤”的诊断,认为患者肿块疼痛是由于切口神经末梢传导敏感或微神经瘤的形成导致的,未加以进一步的反思和鉴别,而该患者局部肿块未能回纳的原因主要与患者在外院多次注射封闭后局部粘连有关,故应结合患者病史综合判断。此外,某些腹外疝可能存在一些少见的临床表现而误导术者的诊断,如本组中 1 例股疝患者肿块的部位非常典型,但由于术者未曾见过疝内容物合并局部感染的情形,故否定了股疝的诊断,以至于延误了患者手术时机,导致该患者股疝术后切口严重感染。

B 超检查在对定性有疑问的肿块进行鉴别诊断时提供了重要的参考价值,可以避免误诊并指导手术的实施。然而 B 超仍然存在一定的缺陷,不同的仪器或者不同的检查操作者可能会得出不同的结果,这种情况应得到足够的重视。一般情况下,腹外疝的 B 超影像学表现为筋膜和腹膜的强回声连续性中断,筋膜强回声缺损视为疝内口^[1]。但在疝环较小时,B 超的分辨能力非常有限,尤其是当疝内容物较多时脂肪团常掩盖其疝环的显露,不易明确诊断。另外 B 超提示肿块为低回声光团时则会联想到肿块内积液(如冷脓肿等)的情况,可能更加误导疾病诊断。

2.2 误诊预防措施 通过上述原因分析,作者认为预防少见类型或非典型腹外疝误诊的措施在于:(1)提高医生自身的业务水平,包括了解其他同行的误诊经历等。本组患者误诊分别发生于 4 位不同的医生,故应提倡经验的总结和传授。(2)掌握各种腹外疝的知识,熟悉某些疝非典型的临床表现^[2],尤其对于少见疝好发部位应有足够的认识,如腹壁中线或中线旁,

• 短篇及病例报道 •

双侧半月线,股内侧及腰三角等区域,做好体表肿块的鉴别诊断。本组 1 例腰疝患者既往有肾切除术病史,即应高度怀疑术后患侧继发腰疝,此外腰疝还需与腰部软组织肿瘤、肾积水、肾肿瘤或腰背部寒性脓肿等疾病相鉴别^[3]。(3)充分评估各种辅助检查的作用及其结果,结合患者的临床特征选择相应的影像学检查方法,以便及时作出正确的诊断。(4)皮下肿块仍需要仔细触诊,少数患者可以扪及明显的疝环处腹壁缺损存在^[4]。对于难以确诊的体表肿块,应尽量在充分的术前准备下实施手术,以备及时地中转其他类型手术。而若高度怀疑体表肿块为腹外凶嵌顿之表现,即应及早手术治疗。(5)常规体表肿块手术中也应随时警惕腹壁疝的可能,即使在完整切除肿块后也应扪触肿块周围有无薄弱的区域,尤其是肿块基底部,以避免遗漏病情。

2.3 误诊后应对措施 对于疝环较小且局麻可以达到修补条件者,可考虑直接应用不可吸收线间断缝合关闭疝环修补筋膜缺损,否则应考虑使用合成纤维网片进行修补^[4-5]。Mingolla 等^[6]报道了 1 例上腰疝(Grynfeltt 疝)患者误诊为皮下脂肪瘤,经术中确诊后采用超普网塞行一期修补,术后随访 4 个月未见复发,此病例值得借鉴。若患者不能耐受局麻下手术而为保证修补的质量,则应积极做好医患沟通,避免发生医疗纠纷并争取在条件允许的情况下行Ⅱ期疝修补术。

参考文献:

- [1] 陈双. 腹股沟疝外科学[M]. 广东:中山大学出版社, 2005:58-62.
- [2] Satorras-Fioretti AM, Vázquez-Cancelo J, Pigni-Benzo L, et al. Abdominal wall hernias of unusual presentation[J]. Cir Esp, 2006, 79(3):180-183.
- [3] 杨越涛, 张晓华, 姚元章, 等. 右腰下三角疝合并右斜疝 1 例[J]. 重庆医学, 2007, 36(20):2134.
- [4] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷. 外科学[M]. 7 版, 北京:人民卫生出版社, 2008:1287.
- [5] 孙旭日, 李新丰, 洪本祖, 等. 腰上三角疝 3 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2008, 8(4):974-975.
- [6] Mingolla GP, Amelio G. Lumbar hernia misdiagnosed as a subcutaneous lipoma: a case report[J]. J Med Case Reports, 2009, 12(3):9322-9328.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2012-03-02)

马方综合征合并左室心肌致密化不全 1 例报道

杜志峰¹, 侯瑞田², 丁华杰³, 王胜利⁴

(承德医学院附属医院:1. 骨伤科;2. 心内科;3. 超声科;4. 影像科, 河北承德 067000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)18-1892-03

1 临床资料

患者,女,15 岁,因父母发现其持物不稳及不能完成跳绳动作而就诊,追问患者偶发头痛。查体:体形消瘦,眼球前凸,颈静脉无怒张,两侧胸廓不对称,漏斗胸(轻度),双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音;心尖搏动范围正常,心率 80 次/分,心

脏相对浊音界正常,各瓣膜听诊区未闻及杂音。周围血管无毛细血管搏动及水冲脉。腹部及神经检查阴性,双下肢无水肿。蜘蛛指(双手纤长),指征及腕征阳性,脊柱侧弯,足弓过高,关节松弛,双上肢肌力正常,右下肢肌力 4 级,左下肢肌力 5 级,各病理征阴性。血、尿常规及各项生化检查未见异常;24 h 动