

[J]. 中华医学遗传学杂志, 2008, 25(5): 610.

[3] Simonneau G, Galie N, Rubin LJ, et al. Clinical classification of pulmonary hypertension[J]. J Am Coll Cardiol, 2004, 43(12 Suppl S): S5-12.

[4] 徐希奇, 赵红, 荆志成. 遗传性出血性毛细血管扩张症合并肺动脉高压的临床表型与分子遗传学特点[J]. 医学研究通讯, 2005, 34(3): 63-66.

[5] Harrison RE, Flanagan JA, Sankelo M, et al. Molecular and functional analysis identifies ALK-1 as the predominant cause of pulmonary hypertension related to hereditary haemorrhagic telangiectasia[J]. J Med Genet, 2003, 40(12): 865-871.

(收稿日期: 2012-08-22 修回日期: 2012-10-20)

• 短篇及病例报道 •

腹部挤压伤后腹股沟疝致阴囊破裂 1 例

张家模

(重庆医科大学附属永川医院泌尿科 402160)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.07.055

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)07-0840-01

1 临床资料

患者, 男, 65 岁, 车祸伤后左侧阴囊破裂肠外露 2 h 入院。患者既往发现左侧腹股沟可复性包块 5 年, 大小约 5 cm × 4 cm, 不能掉入阴囊。入院前 2 h, 患者骑摩托车与货车相撞后腹部受挤压, 阴囊破裂致肠、睾丸外露。查体: 体温 36.5 °C, 脉搏 85 次/分, 血压 110 mm Hg/82 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 体型消瘦, 急性面容, 心肺未见明显异常, 腹部呈“舟状腹”, 左侧阴囊底部见一长约 6 cm 不规则破口, 睾丸脱出, 长约 70 cm 小肠外露于阴囊破口, 颜色红润。上下腹部 CT 扫描未见明显的脏器损伤及出血。术中还纳肠管、高位结扎疝囊、固定睾丸、修补缝合阴囊破口, 留置阴囊引流条。术后予以抗炎及换药处理, 10 d 后治愈出院。

2 讨论

腹股沟疝的疝内容大多为肠管及大网膜, 容易形成嵌顿并发坏死, 严重时引起疝囊壁自发性破裂^[1]。另外, 有文献报道分娩过程中腹股沟斜疝致大小阴唇交界处破裂^[2]。但外力引起疝囊及阴囊破裂者极其罕见, 本例引起阴囊破裂的可能原因: (1) 患者高龄, 消瘦, 组织退行性变, 疝囊、阴囊组织菲薄、疏松, 平滑肌、腹股沟韧带、睾丸鞘膜组织松弛, 失去了原有的韧性和坚固; (2) 车祸时患者瞬间受巨大暴力挤压, 腹腔压力骤然

增高, 骤升的腹腔压力作用于腹腔脏器及腹膜, 腹腔压力从而向腹股沟疝内环口传递, 疝囊、腹股沟管、阴囊皮肤不能抵御腹腔内压力^[3]。基于以上两种原因, 产生了阴囊的气球样爆破。通过对本例患者的诊断治疗体会如下: 腹股沟疝诊断明确, 应及时手术治疗, 避免形成嵌顿性疝的形成及此类现象的发生。一旦发生, 应及时还纳疝内容物, 避免肠管嵌顿坏死。如有坏死需尽可能在腹腔外切除坏死肠段, 腹腔外冲洗, 降低腹腔感染机会, 从而减少术后并发症。同时行高位结扎术封闭内环口, 另外留置阴囊引流条可以有效减轻局部感染。

参考文献:

- [1] Ohene-Yeboah M. Entero-scrotal fistula in a Ghanaian adult: a case report of the spontaneous rupture of a neglected strangulated inguinal hernia[J]. Hernia, 2011, 15(4): 455-457.
- [2] 韩静杰. 分娩过程中腹股沟斜疝疝壁破裂 1 例[J]. 现代妇产科进展, 2005, 14(2): 156.
- [3] 欧桂生, 林罗坚, 杨俊标, 等. 挤压胸腹部致会阴阴囊破裂睾丸脱出 1 例[J]. 中国法医学杂志, 2002, 17(S1): 49-51.

(收稿日期: 2012-08-14 修回日期: 2012-10-19)

作者简介: 张家模(1982~), 住院医师, 硕士, 主要从事泌尿系疾病研究。

(上接第 838 页)

人胃镜高位反转观察贲门入口紧密包裹胃镜镜身, 胃底较深。HH 患者大多数为贲门入口宽松, 贲门与镜身包裹松弛。本文胃镜下 HH 患者中 69 例均可见贲门入口增宽呈裂口状或椭圆形, 不能紧密包裹内镜镜身, 并发现胃底大多变浅。食管裂孔失去收缩作用致贲门入口松弛, 是形成 HH 的重要原因。故在内镜下反转观察发现贲门入口不能紧密包裹镜身, 胃底变浅, 应作为 HH 在内镜诊断的重要指标。

3.5 膈上疝囊形成 HH 患者在内镜下表现为胃黏膜翻入纵膈, 当翻入食管腔内数厘米时可在膈上出现由胃黏膜形成的疝囊(操作时可挤压腹部以增加腹部压力, 可提高检出率)。本文统计 13 例(18%)有疝囊形成, 与相关报道相符。在临床上严重的恶心、呕吐者, 部分于内镜下可见特征性的“双环征”。

膈上疝囊、双环征形成诊断 HH 特征性指标。

总之, 儿童电子胃镜对儿童 HH 的诊断将齿状线上移, 食管末端生理形态的改变, 贲门入口松弛以及膈肌上疝囊形成, 4 项指标作为 HH 的内镜诊断标准是可行的, 在诊断 HH 上具有重要意义。

参考文献:

- [1] 许积德. 小儿内科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 120.
- [2] 张刚, 刘丽娟. 胃镜诊断食管裂孔疝价值分析[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(12): 1859-1860.

(收稿日期: 2012-08-22 修回日期: 2012-10-18)