白线疝的诊断与手术治疗分析

戴观荣,江 玲,程黎阳,丁洪亮,张玉新 (广州军区广州总医院普通外科,广东 广州 510010)

[摘 要] **目的** 探讨白线疝的诊断和治疗方法。**方法** 分析 12 例白线疝的临床资料,手术治疗白线疝 12 例,对无疝囊型行突出的腹膜前脂肪组织切除术,对有疝囊型切开疝囊后还纳疝内容物,结扎疝囊颈,切除疝囊。然后根据白线缺损大小分别采用单纯横行对合缝合、Onlay 无张力补片修补术修补白线缺损。**结果** 12 例手术均获成功,2 例术后合并肾功能不全、感染,予以血透、抗感染治疗后均康复出院,无复发。**结论** 白线疝症状、体征无特异性,但可发生嵌顿、绞窄而危及生命,临床上应引起重视。对于有症状的、较大的、难复、嵌顿或绞窄性白线疝均应及时行手术治疗。

[关键词] 白线疝;诊断;治疗
[中图分类号] R656.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)01-0022-03

Analysis on diagnosis and treatment of white line hernia

DAI Guan-rong, JIANG Ling, CHENG Li-yang, DING Hong-liang, ZHANG Yu-xin (Department of General Surgery, General Hospital of Guangzhou Military Area, Guangzhou Guangdong 510010, China)

Abstract: Objective To investigate the diagnosis measures and treatment methods of white line hernia. **Methods** Analyze the clinical data of 12 cases of white line hernia who were treated by surgery. We performed peritoneal adipose tissue before resection on hernia without hernial sac type. And for those with hernial sac type, apothesis of material in hernia were firstly made, then ligated the hernia sac neck and resection were made. Then according to the white line defect size, we used pure involution suture and Onlay without tension patch repair to repair defect in the white line. **Results** Surgery of all the 12 cases were successful. 2 cases of them merged postoperative renal dysfunction and infection, and after hemodialysis and anti-infection treatment, they both recoverd well without recurrence. **Conclusion** There is no specific symptoms and signs in white line hernia, but incarceration and strangulation may cause life threaten, so we should pay more attention to it. For symptomatic, large, difficult, incarcerated or strangulated white line hernia, we should take timely surgical treatment.

Keywords: white line hernia; diagnosis; treatment

白线疝是指自从腹部正中腹白线上的裂隙突出的疝,由于上腹部两侧腹直肌内缘之间的距离较宽,白线区腹壁缺乏坚强的腹直肌的保护而强度较弱,所以本病绝大多数发生于上腹部,故又称为上腹疝[1-2]。由于是少见疝,临床容易误诊误治,为提高临床诊断率和治愈率,本文回顾分析我院 2007 年 1 月至 2012 年 4 月前后收治并手术治疗的白线疝 12 例,探讨上腹白线疝的诊断和治疗。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 12 例,其中男 3 例,女 9 例;年龄 9~74 岁,平均 49.6 岁。8 例患者有腹痛症状,且多为上腹部隐痛,活动或站立时加重,休息或平卧时缓解,伴腹胀、恶心及呕吐,其中有 3 例因嵌顿出现腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排便排气等肠梗阻表现急诊来院,1 例肠坏死。4 例主因上腹部包块就诊。病程最短 2 年,最长30余年。11例患者可在脐上触及包块,1例在脐上、脐下均可触及包块,外观类圆形或不规则形,直径 1.5~20 cm 不等,平均4.5 cm,其中 4 例肿块大于 10 cm,最大 1 例患者上腹部可见一大小约 20 cm×20 cm 肿物(图 1)。嘱患者咳嗽后肿物突出均明显,活动可,但基底部移动困难。平卧位时可回纳 6 例,肿块还纳后可在白线处扪及缺损或疝环口。曾在外院误诊为脂肪瘤 3 例,漏诊 2 例。门诊误诊为脂肪瘤 3 例。伴有肥胖 4 例,慢性咳嗽 4 例,肾功能不全 1 例,子宫多发肌瘤 1 例。

术前常规行 B 超检查,超声检查均表现为脐上腹正中线附近腹壁上的肿块,呈圆形或椭圆形,直径在 1.5~20 cm 之间,加压探头可见肿物稍变形。其中,8 例表现为圆形、椭圆形的实性中强回声反射,其内回声较均匀,边界清晰,后方回声增强,可见侧方声影,考虑疝内容物为大网膜;4 例表现为圆形、椭圆形的强回声与无回声相间的混杂性反射,呈肠道样回声表现,但



图 1 患者术前上腹部正中突出肿块(箭头所指处)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201401008
[收稿日期] 2013-10-13 [修回日期] 2013-11-12

无气体反射,可能为疝出肠道气体量少,疝出时间长,气体已被吸收,边界清晰,后方回声增强,考虑疝内容物为大网膜和肠管,其中 1 例伴有腹腔积液。超声显示上腹部白线部位连续性中断或白线与壁层腹膜连续性中断,断端(疝环)直径小于 1 cm 者 7 例,1 ~3 cm 有 3 例,大于 3 cm 有 2 例。

3 例术前行 CT 检查,可见上腹壁皮下包块,腹壁连续性中断,诊断为白线疝。其中 1 例表现为腹正中线处软组织内块影,边缘尚光整,其内为含气肠子及腹膜组织影,局部呈蒂状入腹腔内与组织相连,腹部肌肉组织呈小口状缺损,约 6 ~7 cm,腹腔内肠管扩张,肠内气体较多,考虑白线疝伴肠梗阻(图 2)。

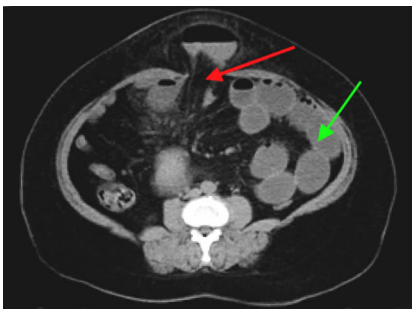


图 2 术前 CT 可见疝环口(红色箭头所指处)和周围扩张肠管(绿色箭头所指处)

1.2 治疗方法

全组 9 例为择期手术,急诊手术 3 例。门诊 3 例误诊为脂肪瘤,行局部麻醉于门诊手术,术中见其与腹膜外脂肪粘连,遂缝合切口后择日手术。3 例局部麻醉,6 例硬膜外椎管内麻醉,3 例气管插管全身麻醉。术中发现 3 例未见明显疝囊,突出肿物为腹膜外脂肪及肝圆韧带,3 例无疝囊型白线疝,分离显露白线缺损,将突出的腹膜前脂肪和肝圆韧带回纳至白线后方,7 号丝线修补缝合白线缺损;9 例有明显疝囊,内环位于上腹白线,以脐上 2 ~6 cm 处多见。5 例疝囊内容物为大网膜,2 例为大网膜和部分横结肠,1 例为大网膜、部分胃、右半结肠及大部分小肠,1 例为嵌顿并坏死小肠及部分大网膜。在切开疝囊后回纳疝内容物或从颈部切除疝内容物,仔细结扎或缝扎止血后,自疝囊颈切除疝囊。8 例直接修补白线缺损,1 例因白线缺损过大行腹膜前平片无张力修补。

2 结果

1 例因白线疝嵌顿致肠坏死行小肠部分切除加白线疝修补术,1 例因疝囊过大与周围组织发生粘连,术后均发生切口感染,予以抗感染、切口换药等治疗 3 周后出院,余 10 例术后 7 d 拆线痊愈出院。随访 1 年以上,患者症状消失,可进行正常活动和体力活动,疝无复发。

3 讨论

白线疝是一种先天性白线发育薄弱或交错的纤维异常[3-4],大部分白线疝(高达 75%)无症状,仅在检查时发现白线处皮下肿块,而腹内压增加时肿块向前腹壁突出明显,回纳后可在白线区触到疝孔而确诊。有部分白线疝为难复性疝,肿物脱出后不能回纳,不能在白线区扪及疝孔,诊断可结合超声结果。本组 25% 患者主要表现为上腹部包块及其压痛,部分患者有恶心、呕吐、嗳气和食后饱胀,主要是因为疝内容物对腹膜或内脏牵扯引起的反射性幽门痉挛,易误诊为阑尾炎、消化性溃疡病或胰腺、胆道疾患[5-6]。遇到有上述症状的患者应仔细检查上腹壁是否可触及包块、腹白线处是否有缺损,触及包块时应了解包块质地及边界情况,如白线上有肿块无压痛,可用拇指和食指夹住肿块并向外轻轻牵拉,如诱发疼痛,可帮助确诊[7]。

超声检查对腹白线疝的诊断具有较好的临床价值,不仅可清晰显示肿块大小、形态、疝内容物,而且可定性诊断[8]。根据本组案例,可见白线疝的内容物多数为腹膜外脂肪组织、大网膜或小肠,超声分别呈现为等回声、偏强回声、不均质回声伴肠型、肠气及蠕动现象,也有疝内容物为肝圆韧带及肝脏左外叶疝出并嵌顿者或血管案例的报道[9]。超声可以为术前疝内容物的性质提供较为准确的信息,但部分疝内容物为脂肪样中低回声,如不仔细问诊、查体或考虑到白线疝的可能,容易误诊为脂肪瘤[5],而行单纯脂肪瘤切除术,曾有将大网膜组织误认为脂肪瘤,切除后导致腹腔内大出血的报道。所以,如 B 超结果显示为脂肪组织,不能只考虑临床常见的脂肪瘤、纤维肉瘤或皮脂腺瘤,术中应检查是否有蒂状连于腹白线处或腹白线处有缺损,争取在术前或术中能确诊,及时改变术式,给予修补。本组有 3 例在术前被误诊为脂肪瘤,误诊率达 25%,主要原因是其临床表现的不典型和多样性、辅助检查无特异性、临床医师对白线疝未引起重视,所幸的是患者均在术中确诊为白线疝择期二次手术,未造成严重后果。CT 对白线疝的诊断有很大价值,有助了解腹壁白线缺损范围、疝囊大小、疝内容物情况等,可为手术者提供重要信息,有条件患者应争取术前 CT 检查。本组 1 例患者术前 CT 结果提示:上腹部正中 6 ~7 cm 疝环口,腹腔内肠管扩张,术中确诊为白线疝,疝内容物为坏死小肠。

白线疝如无明显症状可无需手术治疗,但随着病程延长,肿块可越来越大,而且白线疝也会发生肠绞窄,后果严重。本组有 1 例患者为老年肥胖非洲妇女,误诊为消化道疾病予以对症处理后症状缓解,未行进一步治疗。后病情加重转入我院,行急诊剖腹探查术、腹壁疝复位术、小肠部分切除吻合术,术中可见 3 cm 白线裂口,腹腔内有 50 mL 渗液,脱出部分肠管已发生缺血性坏死,切除坏死肠管及部分大网膜组织,间断横行缝合筋膜修补缺损,术后合并脓毒血症、肾功能不

全,病情危重,后经过约 1 个月的积极抗感染、营养支持、纠正内环境等综合治疗后病情好转。对于有症状的、较大的、难复、嵌顿或绞窄性白线疝均应及时行手术治疗,以免延误治疗时间,造成严重后果[10]。手术切口一般为纵切口,只有当患者白线疝较小或肌肉不发达时才考虑横切口。本组 12 例均采用纵切口,对无疝囊的白线疝,将突出于腹膜前的脂肪组织向外牵拉至基底部,切断后缝扎止血,然后再修补腹壁缺损。对有疝囊的白线疝,在切开疝囊后,仔细检查疝内容物明确其无缺血、坏死后可还纳腹腔。由于白线疝的内容物多与疝囊壁有粘连,不能回纳时可于疝囊颈部分离疝内容物,严密止血后回纳,再将疝囊自颈部切断缝扎。若疝颈部的疝囊薄分离困难时,不必硬性分离,强求高位结扎疝囊,可将疝囊壁连同腹壁筋膜一并缝合进行修补。对 Ritcher 疝、嵌顿绞窄性白线疝,在打开疝囊后,若没有肠管坏死,再行松解并将疝内容物回纳,如有肠管坏死则必须先拉住肠袢而后才进行松解,以防坏死肠管滑入腹腔,本组有 1 例疝内容物为坏死性肠管。修补方法比较简单,白线缺损不大的可单纯直接修补,将筋膜用粗丝线直接间断横缝,对于缺损比较大的或筋膜较薄弱者一般建议补片修补[11-12]。本组 11 例均采用单纯横行对合缝合,1 例因白线缺损较大使用 Onlay 无张力补片修补术,均取得满意效果。

[参考文献]

[1] 李正之,吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学中册[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2000:921 - 922.
[2] 张启瑜. 钱礼腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:77.
[3] Korenkov M, Beckers A, Koebke J, et al. Biomechanical and Morphological Types of the Linea Alba and its Possible Role in the Pathogenesis of MidlineIncisional Hernia[J]. Eur J Surg, 2001, 167(2): 909 - 914.
[4] 唐健雄. 疝病学新概念:从发病机制谈腹壁疝的治疗[J]. 外科理论与实践,2010,15(6):570 - 572.
[5] 王向瑜. 白线疝误诊为腹壁脂肪瘤 2 例分析[J]. 吉林医学,2012,33(17):3808.
[6] 何 伟. 腹白线疝误诊 6 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(25):6192 - 6192.
[7] 陈若飞,蒲建元,陈 伟. 腹横筋膜与腹膜前疝修补术 103 例分析[J]. 局解手术学杂志,2013,22(4):413 - 415.
[8] 贾化平,梁会泽,孙志英,等. 超声对白线疝的诊断价值[J]. 临床超声医学杂志,2012,14(10):686 - 688.
[9] 张志华,董艳秋,刘宪平. 腹壁白线疝合并多发皮下脂肪瘤一例[J]. 实用医技杂志,2012,19(4):447 - 447.
[10] 中华医学会外科学分会疝和腹壁外科学组. 成人腹股沟疝、股疝和腹部手术切口疝手术治疗方案(2003 年修订稿)[J]. 中华外科杂志,2004,42(14):834 - 835.
[11] 阿迪力,赛福丁. 腹白线疝充填式无张力疝修补术探讨[J]. 实用医学杂志,2010,26(14):2603 - 2604.
[12] 姚 京,费 阳. Onlay 技术修补白线疝 31 例[J]. 武警医学,2010,21(2):158 - 160.

(编辑:周小林)

(上接第 21 页)

2 结果

2 组在渗漏例数上比较,观察组明显少于对照组,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义,见表 1。

表 1 2 组患者渗漏情况比较(例)

组别	n	渗漏例数	渗漏大于 5 cm	渗漏小于 5 cm
对照组	325	8*	5*	3*
观察组	334	1	0	1

*:与观察组比较,$P < 0.05$

3 讨论

对 CT 增强放疗定位患者采用了注射流程再造程序,胸腹部必要时采用 U 型固定装置,明显降低了渗漏的发生,其原因在于:使用注射流程再造程序首先保证了留置针在血管内,通过快速地推注生理盐水可观察血管是否通畅;通过推注造影剂后护士观察 10 s 这个流程,发现患者在观察时或离开检查室后不易发生渗漏,即使发生,渗漏量也少于对照组。在推注造影剂时用手指轻轻按压穿刺点,可对抗高压注射时对血管产生的侧压,减轻骤然增加的冲击力,防止造影剂从穿刺点渗漏;还有穿刺成功后,见回血后将留置针软管再送 1 cm 以上,这一点很重要,因为部分护士将留置针的钢针及软管一次性送到位,没有送软管的步骤,导致软管未进入血管或只进入血管一小部分,患者手稍微活动留置针软管就滑出了血管外引起渗漏。

对胸腹部 CT 增强放疗定位时必要时使用 U 型固定装置,因该固定装置硬度好,可使前臂与手掌保持伸直位,不能弯曲,而且手指可以活动抓住小柱子,即使装置紧压小柱子或手指活动也不会影响流速,起到了良好的固定作用,保证了手的姿势及推注顺利进行。

总之,根据肿瘤科患者血管及血液高凝状态的特点,做到选择合理的穿刺时间和穿刺静脉,有熟练的操作技能,能妥善地固定,使用注射流程再造程序,并且有强烈的责任感,便可以有效地降低渗漏的发生率。

[参考文献]

[1] 王爱菊,王大维,姜 洪. 多层螺旋 CT 增强扫描造影剂渗漏的预防和护理[J]. 黑龙江医学,2011,4(35):307 - 308.
[2] 汪恒望,程君丽,胡野漫. 造影剂渗漏 42 例临床分析[J]. 咸宁学院学报,2012,26(1):65 - 66.
[3] 易佳丽,白红梅,刘毛辉,等. 化疗药物渗漏引起组织损伤的机理和防护[J]. 局解手术学杂志,2007,16(2):106.
[4] 蔡宇辉,范健容. 注射流程再造在预防高压静脉注射造影剂渗漏中的应用[J]. 现代临床护理,2012,11(4):73 - 74.

(编辑:左艳芳)