维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol. 11, No. 4

十二指肠旁疝的诊治分析

张 勇* 王明库* 孔凡民**

【摘 要】 **目的** 阐述十二指肠旁疝的术前诊断及处理原则。**方法** 回顾性分析了急诊入院十二指肠旁疝7例。5例急诊剖腹探查,2例观察治疗6~8 h后手术。术中证实为十二指肠旁疝,行疝环松解及缝合关闭术。2例行坏死肠段切除,4例行撕裂浆膜修补术。**结果** 6例恢复正常,2周后进软食出院。1例术后2周进普食出现轻度不全梗阻。**结论** 十二指肠旁疝临床少见,术前诊断困难。应仔细询问病史,密切观察,术中正确处理,提高诊治水平。

【关键词】 十二指肠旁疝;肠梗阻

Analysis on the diagnosis and treatment of paraduodenal hernia *Zhang Yong, Wang Mingku, Kong Fanmin. Department of Surgery, Agriculture Cultivating Hong xinglong Center Hospital, Suangyasan* 155811

【**Abstract**】 **Objective** To elaborate the pre-operative diagnosis and principle of management of paraduodenal hernia. **Methods** A total of 7 cases of paraduodenal hernia were analysed retrospectively. All cases were admitted from emergency clinic and proved to be paraduodenal hernia after exploratory laparotomy. Among them 5 cases were undergone emergency exploratory laparotomy and 2 cases were conservatively treated for 6~8 h and then operated. Relaxation and suture the hernia analus were performed. Among them excision of the necrotic part of intestine was performed in 2 cases and repair the ruptured serosa in 4 cases. **Results** Six cases were recovered and discharged two weeks after operation and might take soft diet. One case when taking ordinary diet slight obstruction occurred. **Conclusion** Paraduodenal hernia is difficult to diagnose before operation, attentive history taking, pay close attention to the patient, proper management during operation are essential.

【**Key words**】 Paraduodenal hernia; Intestinal obstruction

十二指肠旁疝临床少见,多因急性肠梗阻就诊。术前明确诊断较困难,常经手术证实而确诊。我院自1983年至2001年共收治十二指肠旁疝7例。现报告如下。

资料与方法

一、临床资料

本组7例,男5例,女2例。年龄16~55岁,平均30岁。病程2 h~5 d,其中12 h以内4例,24 h内2例,5 d内1例。

二、临床表现

均为急性起病,既往有腹部胀痛不适病史3例,最长者为5年。饮食不节及饱餐或剧烈运动后发作4例。主要表现为腹痛、呕吐较剧烈伴轻度腹胀等高位肠梗阻的症状,腹痛位于中上腹部。入院时有5例表现为完全肠梗阻症状,2例为不完全性肠梗阻症状。腹部压痛及反跳痛4例,可见肠型及肠鸣音亢进5例,便血3例,腹部包块1例。

三、辅助检查

X线平片均见小肠异位、排列紊乱成团。腹腔穿刺有血性液体3例,白细胞增高6例,中性粒细胞核左移5例,二氧化碳结合力降低(<20 mmol/L)6例。

四、手术方法

入院时均诊断为急性肠梗阻,其中,1例术前考虑有腹内疝的可能。5例完全性肠梗阻行急诊剖腹探查,2例不全性肠梗阻入院观察治疗6 h及8 h后发展为完全性肠梗阻急诊手术。术中发现左侧十二指肠旁疝4例,右侧十二指肠旁疝3例。均行疝环松解及缝合关闭术,其中2例行坏死肠段切除,4例行撕裂浆膜修补术。所有病例均行扩张肠管减压术。

结 果

6例术后恢复正常,2周后进软食出院。1例术后2周进普食有轻度不全肠梗阻表现,经饮食调整及口服中药后恢复正常。

* 作者单位:155811 黑龙江省农垦红兴隆中心医院外科
** 中国医科大学第一临床学院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

讨 论

一、十二指肠旁疝的形成

十二指肠旁疝约占腹内隐窝疝的半数，位于十二指肠空肠交界处小肠系膜后。可分为左及右侧十二指肠旁疝二种，以左侧多见。左侧十二指肠旁疝，小肠由肠系膜下静脉处的疝口进入小肠系膜的左侧，肠管位于降结肠系膜后方，而在左侧肾、输尿管之前，仅有回肠末段位于腹腔内。右侧十二指肠旁疝，小肠由肠系膜上动脉或回结肠动脉后方的疝口向右进入横结肠及升结肠系膜后方而形成[1]。

二、十二指肠旁疝的诊断

十二指肠旁疝可终身无症状，而仅在其他外科手术或尸解中偶然发现，约50%病人可反复发生不同程度的肠梗阻[2]。其发病年龄可自新生儿直到老年人。多数有腹痛与恶心呕吐，如一旦发生绞窄，则便血的症状也可出现。根据本组误诊病例回顾性分析，作者认为下列情况下可考虑本病：1.有慢性发作腹痛、恶心呕吐、腹胀病史，多次非手术治疗而缓解。2.有较明显的绞窄性肠梗阻表现，却无外伤史，无腹腔炎症史及腹部手术者。3.急性发生的典型肠梗阻症状而无肠梗阻的典型体征者。4.腹腔穿刺有血性液体。5.饮食不节及饱餐或剧烈运动后出现阵发性腹痛。6.临床查体中躯干过伸或前屈时腹痛加重。对诊断可疑者，首先行腹部立卧位平片检查，反复比较积液积气及胀气肠袢变化及位置。观察十二指肠旁疝的X线特殊征象是：(1)小肠排列变位或紊乱，可见扩张异位的小肠袢；(2)挤在一起的肠袢，在推压或体位改变时不能分开。X线钡餐检查在急性发作期一般不进行，可加重梗阻。而服水溶性碘剂进行造影较安全，主要表现为一团小肠聚集在异常部位，与装在口袋内相似。B超及CT可直接显示肠管在异常间隙部位和肠管的扩张与萎缩程度，既能定位，又能鉴别肠套叠、肠肿瘤等其他病变。在病情许可的情况下，肠系膜上下动脉造影有助于诊断。

三、手术时机及方法

因为内疝有发生绞窄的潜在危险，当内疝的诊断明确后手术治疗是唯一的选择[3]。在行手术时，对于右侧十二指肠旁疝，可在升结肠和盲肠外侧作一平行于升结肠经过腹膜囊的切口，将右半结肠移到左边而使在囊内的小肠松解。腹膜的分离可自盲肠的下端开始，向上至十二指肠右侧疝囊颈。这条切口线是十分安全的，因为它位于回结肠血管的后面，而回结肠血管在疝囊颈的前缘走行。通过此切口将疝囊内的小肠松解。用常规的方法检查并处理绞窄的肠管。左侧十二指肠旁疝松解时，如疝囊颈较紧，可以试着轻轻地用手指扩张并试图将嵌顿的肠袢复回，随后退回其余的小肠。如粘连妨碍操作，则沿着降结肠外侧游离，将降结肠及系膜转向中间，使被它包绕的小肠显露出来，便于还纳。如病情紧急，大部分小肠均已突入十二指肠左侧疝囊，肠壁已变色，腹腔血性渗液较多，必要时可结扎切断疝囊颈的前面，即其中的肠系膜下静脉和左结肠动脉，以便快速松解小肠。突出的肠管回纳后，疝环应缝合关闭。对少见的情况，如术中突入的肠管已自行复位，需仔细观察，肠管有无突入的痕迹，根据术前检查的结果，检查与封闭那些可能产生内疝的间隙。

总之，十二指肠旁疝临床少见，术前诊断困难，应仔细询问病史，认真观察病情，术中仔细处理，防止副损伤。

参 考 文 献

1.韩积义，崔自介.腹部外科诊断和鉴别诊断学.北京：人民卫生出版社，1984.170.
2.黄志强.现代腹部外科学.长沙：湖南科学技术出版社，1997.134.
3.吴阶平，裘法祖.黄家驷外科学.中册.第6版.北京：人民卫生出版社，1999.1079.

(收稿日期：2002-06-12)

(上接337页)

费等可变费用和人员工资、管理费等相对不变费用)后的净值，其计算公式是：预计平均每年业务收入净额 = 平均每年检查总人次 × (平均每人次收费标准—平均每人次检查成本)

一般来说，投资回收期越短越好。通常医院先预定一个回收期，然后将各投资方案进行比较，小于等于预定回收期的方案，可以采用，反之则否决。因此，投资回收期法的决策方法是：算出的回收期 ≤ 预定回收期——采用；算出的回收期 > 预定回收期——否决。

2.净额系数法：这种方法是算一个投资方案时，把预定回收期内全部业务收入净额同投资总额相比，用相对数来分析投资效果的一种方法，其计算公式如下：上式中预计回收期内全部业务收入净额预计回收年限 × 平均每年业务收入净额。根据前例数计算：

$$\text{投资回收期} = \frac{\text{预计回收期内全部业务收净额}}{\text{投资总额}}$$

从上述计算可以看出，当净额系数大于1时，表明投资后的货币收入大于投资额，故此方案用相对数来表示也是可行的。由此看出，净额系数额越大越好。因此，净额系数法的决策方法是：净额系数 ≥ 1——采用；净额系数 < 1——否决。医疗设备投资的决策，通过以上论证原则、论证内容和论证方法，可以从不同侧面对各投资方案进行综合评价，从而作出正确的投资决策。

(收稿日期：2002-09-31)