维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2006, Vol. 15, No. 2

闭孔疝的术前诊断和手术治疗14例临床分析

吴先麟，蔡 巍，张光全，廖 忠，何 方，廖国庆 （成都市第六人民医院普通外科，四川 成都 610051）

［摘 要］ **目的** 探讨闭孔疝术前诊断和手术方法，为临床诊断和治疗闭孔疝提供参考依旧。**方法** 对我院1985－2005年收治闭孔疝14例闭孔疝的病史，临床表现，影像学检查及手术情况进行回顾性分析。**结果** 早期病例9例均是以发生绞榨性肠梗阻剖腹探查明确诊断，手术采取直接拉拢修补。近期病例5例术前诊断闭孔疝，手术采用Brad补片修补。**结论** 闭孔疝手术中注意闭孔神经压迫症状，特别是Howship-Romberg征对本病有重要意义，腹部CT扫描为标准方法，手术采用补片修补操作简便，安全，可靠。

［关键词］闭孔疝；诊断；手术
［中图分类号］R256.45；R605 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2006)02－0096－02

Diagnosis and surgical treatment of obturator hernia: a retrospective analysis of 14 cases

WU Xian-lin, CAI Wei, ZHANG Guang-quan, LIAO Zhong, HE Fang, LIAO Guo-qing (Department of General Surgery, The Sixth People's Hospital of Chengdu City, Chengdu 610051, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis and surgical method of obturator hernia. **Methods** The clinical data of 14 cases of obturator hernia from 1985 to 2005 were retrospectively analyzed of the history, clinical manifestation, CT imaging and operation method. **Results** The diagnosis was made definite after exploratory laparotomy for intestinal obstruction in the early 9 cases, and they adopted patching directly. The diagnosis of the later 5 cases was made before operation, and they applied Brad mesh patching. Only three patients died after operation, 2 owing to infecive shock and 1 to respiratory failure caused by pulmonary infection. **Conclusion** Howship-Romberg sign is important in diagnosing obturator hernia. The abdomen CT scanning is the standard method. Brad mesh patching is simple, safe and reliable in treating obturator hernia.

Keywords: obturator hernia; diagnosis; surgery

闭孔疝为罕见的腹外疝。国外文献报道仅占全部疝的0.05%～0.7%[1]。闭孔疝术前误诊率高，极易合并嵌顿和绞窄。本文对我院1985年1月至2005年12月共14例闭孔疝的病史，临床表现，影像学检查及手术情况进行回顾性分析并复习相关文献，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组14例均为女性。年龄63～90岁，平均73.1岁，生育史为4～8次，平均5.7次，发病至入院时间为2～18 d，平均8.3 d，入院后至手术时间为4 h～7 d，平均65 h。12例患者体形瘦弱型，2例患者体形中等。14例均有腹痛，呕吐，伴肛门停止排便及排气。两侧腹股沟区均未扪及包块。肛查均未发现异常。4例阴道检查扪及闭孔区压痛性条索状包块，9例有腹股沟及大腿前侧疼痛，5例Howship-Romberg sign阳性。腹部X片检查均提示低位小肠梗阻，2例完全性小肠梗阻，12例不完全性小肠梗阻。5例腹部CT扫描发现疝影。

1.2 手术方法

本组病例均进行手术治疗。9例采用下腹部经腹直肌切口，5例采用下腹部正中切口。术中均证实为单侧嵌顿性闭孔疝，左侧4例，右侧10例，疝内容物均为小肠，全部为肠壁疝，10例为绞窄坏死，行肠切除吻合术，4例行复位术。14例均经腹术中行闭孔疝修补术，9例采用7号丝线"8"字缝合直接拉拢疝孔口，5例以Brad平铺补片修剪为3 cm×3 cm大小腹膜外修补。

2 结果

手术后死亡3例，其中2例死于感染中毒性休克，1例死于肺部感染呼吸功能衰竭，其余11例痊愈出院。

3 讨论

3.1 闭孔疝的解剖和病因

坐骨支和耻骨形成闭孔，由闭孔内外肌及其膜覆盖，闭孔膜在上部分开，而在下部融合一起，闭孔管的上外壁由耻骨组成，其余边界由闭孔肌和膜组成，长2～3 cm，宽0.2～0.5 cm，上下斜行，其中含有闭孔神经血管和包绕的脂肪垫。闭孔疝常见于70～80岁体弱多次生育的女性，本组63～90岁。平均生育5.7

［作者简介］吴先麟（1973－），男，四川省南充市人，主治医师，主要从事普通外科临床方面的研究。电话：(028)84332033-8028

［收稿日期］2005－11－20 ［修回日期］2005－12－15

维普资讯 http://www.cqvip.com

次。该年龄组发病率明显高于其他年龄组，可能与盆腔更宽大和倾斜，闭孔横径大，且与多次妊娠的腹内压增高有关，近来研究已证实，胶原代谢缺陷也是疝发生的一个重要原因。

3.2 闭孔疝的诊断

闭孔疝的主要症状是肠梗阻，本组14例均有肠梗阻表现。由于闭孔疝多是肠壁疝，早期多是不全性肠梗阻，表现可以不典型。既往无手术史，腹股沟区无明显包块，这是由于闭孔的位置深在，疝囊口小，加之闭孔覆盖被膜的阻力，故疝块一般很小，腹股沟区常无明显包块[2-4]。肛查时手指无法触及闭孔，本组肛查均为阴性。本组9例有大腿根部疼痛，5例有典型的Howship-Romberg征，疼痛位于大腿内侧这是由于压迫闭孔神经，其前股皮下支受刺激引起疼痛，屈曲大腿常可以缓解疼痛，伸直，内收或向内旋转可加重疼痛，文献报道这一征象存在25%～50%病例中。此组病例中35.7%发现，但本组病例中早期9例未行Howship-Romberg征检查，近期5例行Howship-Romberg征检查均阳性，故实际中的发生率可能比文献更高，常因临床医生不熟悉而遗漏。阴道检查可以扪及闭孔区压痛的包块，近期病例行阴道检查证实。因此，详细的询问病史，对年老体弱，多次妊娠生育的女性，既往无手术史，有低位小肠梗阻表现。注意有无大腿根部的疼痛，仔细的体格检查，注意有无Howship-Romberg征阳性，重视阴道检查。影像学特点：本组14例患者均行腹部X摄片检查，均提示低位小肠梗阻表现无特异性。有文献提出如紧邻耻骨上支有腹内气泡或在闭孔区有气影，可提示嵌顿性闭孔疝。但患者早期多为不全性肠梗阻，而且盆底组织影像重叠，诊断闭孔疝价值有限。近期5例均行腹部CT扫描，发现疝影。影像是在耻骨肌和闭孔外肌之间，闭孔外肌的上下束之间及闭孔内外肌之间发现疝影。并且可以观察到扩张的近端肠管和塌陷或正常管径的远端肠管之间的“移行带”。腹部CT检查可以把术前诊断闭孔疝的准确率显著提高。所以腹部CT应被列为标准方法[2]。诊断要点：①老年体弱多次妊娠生育女性，无腹部手术病史，出现急性小肠梗阻；②出现Howship-Romberg征；③阴道指检扪及闭孔区条索样肿物，有触痛；④腹部CT发现疝影。

3.3 闭孔疝的治疗

闭孔疝一旦确诊，应立即手术。本组前9例以绞窄性肠梗阻剖腹探查，以下腹部经腹直肌切口入腹，术中明确闭孔疝诊断。近期5例术前确诊闭孔疝，以下腹部正中切口入腹。虽有文献提出，术前明确诊断，可以由腹膜外径路，但显露血管和神经以及肠切除困难。而闭孔疝的病人术前对肠管的生机判断有一定的困难，故作者认为以下腹部正中切口入腹为宜。腹腔镜路径尚需进一步病例报道支持。手术定位梗阻的部位后，立即回纳肠管，如有肠绞窄坏死，则行肠切除吻合术。回纳肠管时，由于闭孔管口小，注意防止肠管被挤破。还纳困难时可以于疝环口内侧下方切开，慎防损伤外上方闭孔神经和血管，本组前9例采用7号丝线直接间断缝合拉拢修补缺损，近期5例先于疝环口内侧下方切开，松解肠管后，打开后腹膜，在显露闭孔神经和血管后，采用巴德平铺补片修剪为3 cm×3 cm大小于腹膜外修补缺损，用4号线固定并固定于耻骨梳韧带上，闭孔神经由其贴壁自由进出闭孔，修补完成后稳妥关闭后腹膜。邻近自体筋膜如腹直肌鞘也可以为修补的材料，但操作较为复杂。有作者在讨论中提到老年体弱患者采用闭孔筋膜与肌肉缝合，实际上这是不可能的，因为老年体弱患者除坚硬固定的闭孔筋膜外，其旁并无肌肉可供缝合，也不能缝合。直接缝合还有损伤闭孔神经的危险和修补不可靠，疝复发。闭孔疝修补时必须先显露闭孔神经，任何修补皆不允许压迫损伤闭孔神经。

闭孔疝的死亡率高，这是由于本病误诊率高[5]，术前诊断困难，而闭孔疝易发生嵌顿和绞窄，肠绞窄坏死的的机会也高，而在术中还纳肠管时，由于闭孔管小，嵌顿紧，还纳困难，容易造成肠管被挤破，术中肠切除吻合的机率高[6]。由于病人年老体弱加之合并其他疾病和手术打击，肠切除率越高，死亡率越高。所以提高术前诊断率，及时手术，是降低死亡率最有效的方法。

[参考文献]

[1] Hennekinne MS,Pessaux P,Du-Plessis R,et al. Strangulated obturator hernia: a report of 17 cases [J]. Ann Chir,2003,128(3):159-162.
[2] 孙雨良. 闭孔疝[J]. 国外医学·外科分册,2003,30(2):100-101.
[3] 马雪平,王晋峰,赵国发,等. 经典的疝修补术后复发疝32例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2003,12(3):198-199.
[4] Nakayama T,Kobayashi S,Shiraishi K,et al. Diagnosis and Treatment of obturator hernia[J]. Kein J Med,2002,51(3):129-132.
[5] 潘光栋,李跃进,程南生. 闭孔疝误诊2例报告[J]. 中国普外基础与临床杂志,2004,11(6):546.
[6] 曾玉剑,杨家印,林琦远. 闭孔疝诊治的探讨[J]. 四川医学,2005,26(7):728-729.

(编辑:郭光金)