维普资讯 http://www.cqvip.com

23-25 闭孔疝 诊断 外科手术 17

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

# 闭孔疝的诊断与手术

贵阳医学院校医院 朱育洪

（贵州贵阳，邮政编码 550004）

R656.21

闭孔疝临床少见，约占全部腹外疝的 0.073%，肠梗阻病例的 0.4%，常因临床医师对其认识不足而延误诊治，并因其常伴嵌顿或绞窄、肠坏死穿孔而后果严重，死亡率高。本文就其解剖特点、病理基础、临床特征、诊断和手术治疗进行讨论，并附 3 例报告。

**病例报告**：例 1. 女，69 岁，已婚，因间歇性腹痛腹胀一年多，阵发性加剧 3 天，排气排便停止一天而急症入院。入院前一年多开始常有腹痛腹胀，伴恶心及右大腿内侧放射性痛或牵扯性痛，曾多次就医均不能确诊，经休息、服药或打针后缓解。入院前 3 天因多吃饭后又发生腹痛。入院前一天腹痛阵发加剧，疼痛放射至右腹内侧，伴腹胀，恶心及逐渐加重的频繁呕吐，吐出胃内容、黄色苦水及棕色混有沉渣液体，排气排便亦停止。尿少色深黄。正常分娩 7 次，流产 2 次，最后一次分娩在 30 年前。

体检：急性病容，眼眶下凹，皮肤干燥，弹性明显减低。呼气无特殊气味。心阴性。腹胀，可见明显肠型及蠕动波。未扪及腹块，全腹均有轻度压痛，无肌紧张及反跳痛。肠鸣亢进，可闻高调肠鸣。肛指检查：右前方稍丰满，软，无明显触痛。化验：二氧化碳结合率为 8.72mmol/L。

**临床诊断**：急性机械性肠梗阻（肠扭转?）并脱水，酸中毒。

**手术发现**：取右中下腹直肌切口进入腹腔未见渗出物及游离气体，空肠及回肠上段明显胀气，回肠下段嵌入右闭孔内，其近端肠管明显胀气，远端肠管明显缩小，肠壁呈灰白色，肠系膜静脉淤血。将嵌入段肠管轻轻提出，长约 3cm，呈紫色，但无坏死，将肠管复位后用中号丝线作荷包缝合关闭闭孔。常法缝合腹壁各层，结束手术。术后诊断：右侧嵌顿性闭孔疝并急性机械性肠梗阻，脱水，酸中毒。痊愈出院。

例 2. 女，77 岁，已婚，因腹痛阵发加剧排气排便停止 7 天伴恶心呕吐而急诊入院。

入院前 7 天因吃 2 个米粑粑后即弯腰锤煤块，2 小时后突感满腹持续胀痛，伴阵发绞痛，床上辗转难忍，疼痛放射至右下肢。腹痛约 16 小时后曾至本市某院就诊，以肠梗阻收入院，经输液，服中药、灌肠等治疗后排便少量，右下肢放射痛消失，但腹痛仍存，因惧手术於住院一天后自请出院。入院前 5 天腹痛加剧，服药即吐，喷射性，吐出咖啡色和粪臭味物，排气排便停止。47 岁时停经，妊娠分娩一次。

体检：急性痛苦病容，脱水征。下腹稍膨隆，软，痛时可见肠型及蠕动波。满腹轻压痛、右下腹为最著，无肌紧张及反跳痛。肠鸣活跃。腹透见小肠扩张。有液气平面。印象：完全性肠梗阻，较低位。化验：二氧化碳结合率为 21.5mmol/L。血清钾 4.2～3.3mmol/L。心电图：窦性心动过速，左房肥大，低钾或及心肌损害心电图表现。

临床诊断：闭孔疝并急性机械性肠梗阻，脱水，酸中毒。低血钾或及心肌损害，左房肥大。

**手术所见**：入院后积极补液抗酸中毒治疗后，送病人入手术室，血压突然降至 8.0～9.3/5.3～6.7KPa，经快速输液、输血后血压回升，尔后剖腹探查见腹腔内有血性渗出液及少量粪渣。回肠嵌入右闭孔，距回盲部约 20cm 的回肠末段扭转约 180 度，坏死穿孔，弥漫性腹膜炎。将坏死段回肠作楔形切除端端吻合，缝合闭孔，结束手术。

术后诊断：绞窄性右闭孔疝并回肠末段扭转，坏死、穿孔、急性弥漫性腹膜炎，脱水，酸中毒。

术毕病员情况不佳，回病房后血压测不出，经升压等处理后血压回升在 8.8～8.0/0.7～0KPa，但不稳定，脉搏扪不清。术后第 2 日出现神志障碍全身情况恶化。术后第 3 天病员家属自请出院。

例 3. 女，67 岁，因腹痛，排气排便停止 4 天而急症入院。入院前 4 天清晨起床后即觉右下腹隐痛，无恶心、呕吐、下午腹痛加剧，解便一次，少量，腹痛不减，注射阿妥品后可缓解 1 小时后又加重，自己可听到腹内咕噜声。入院前 1 天，腹痛阵发加剧，伴频繁呕吐，吐出黄色苦水。3 年前曾因急性阑尾炎，作阑尾切除术。生育 10 胎，现有 3 男 1 女健在，

体检：急性病容，脱水征。腹部稍胀，未见肠型及蠕动波。下腹部均有压痛，无肌紧张及反跳痛，肠鸣活跃伴气过水声。入院诊断：粘连性肠梗阻，阑尾切除术后。

**手术所见**：入院后经禁食、输液、胃肠减压，灌注番泻叶液、灌肠等治疗后，未见肠梗阻缓解，决定手术解除梗阻。经右下腹直肌切口入腹，可见淡棕黄色液约 1000ml。大量小肠膨胀，紫红色，探查发现几乎全小肠顺时针向扭转 360 度。快速作逆时针向复位后，肠壁色泽渐转红润。距回盲部约 30cm 回肠为梗阻交接部，该处肠管呈锐角向下，由右闭孔处疝出，闭孔可容食指尖，分离后提出疝入之小肠，见约长 5cm 坏死，穿破。经穿破处减压，作肠切除端端吻合术。缝合闭孔。放置

维普资讯 http://www.cqvip.com



腹腔引流，关闭腹腔，结束手术。术后诊断：绞窄性右闭孔疝，并急性小肠扭转，肠坏死穿孔，急性弥漫性腹膜炎。痊愈出院。

## 讨 论

**解剖特点**：闭孔疝是脏器从髋骨闭孔经闭孔管突出於股三角的疝。闭孔经大部分被腱性闭孔筋膜覆盖，但前上部无筋膜覆盖。闭孔管系一纤维骨性管道，管壁由骨质、坚韧的腱膜及肌肉边缘组成。其上界为耻骨上支深面的闭孔沟，下界为硬而无弹性的闭孔膜，并位於闭孔膜上方，长约 2～3cm，从骨盆前侧壁斜行向前向下并向内侧，位于耻骨肌的深面。其内口至体表的层次为腹膜、闭孔内肌、闭孔膜、闭孔外肌和耻骨肌。闭孔神经及动静脉由无筋膜覆盖之闭孔上部经此管道自盆腔通向股部。它们的关系是神经在前方、动脉在中间、静脉在后方。闭孔神经在闭孔外分为前、后两支，支配闭孔外肌，耻骨肌和股内收肌群。其关节支支配髋、膝关节，感觉支和隐神经交通并支配股膝和小腿内侧。

闭孔疝发生后，其疝囊经闭孔管，尔后表现为以下 3 型：①突出于闭孔外肌上缘到耻骨肌深面，临床以此型为多见；②突於闭孔肌深面；③从闭孔外肌的上、中两份之间突出。不论其表现为哪一类型，但终因部位深在，疝块或疝囊不大而不易在股部发现，有时仅在作肛指或阴道指诊时可在骨盆前壁扪及压痛的索状物或波动性肿块。

闭孔疝的病理基础：主要有以下几点：①闭孔管为一纤维骨性管道，闭孔疝一旦发生极易形成嵌顿或绞窄；②疝内容物若为小肠，则常发生腹痛、呕吐等肠梗阻症状，但部分病例常为部分肠壁嵌顿，形成 Richter 氏疝而不出现肠梗阻症状，却易发生肠壁坏死、穿孔。术前误诊率高达 77.3%（顾明辉等，1988）。肠壁坏死率高达 50%以上（smell，1976）；③若疝内容物为网膜或女性附件嵌入，则诊断更为困难；④常因闭孔神经受压而出现间歇性从腹股沟区向股膝内侧疼痛而误认为股、膝疾病。

临床特征：①好发於老年、体弱、消瘦妇女，合并有慢性咳嗽、便秘等腹内压增高者；②多次妊娠分娩，使盆底肌肉薄弱无力，骨盆侧腹膜及盆底筋膜松驰，增加了闭孔管部位的薄弱程度。加之女性骨盆宽大，闭孔上部横径大於男性，从而使腹腔内脏器更易从闭孔上部脱出；③闭孔神经刺激征，闭孔疝一旦发生，疝块即可压迫闭孔神经产生疼痛，表现为患侧股内侧，膝部酸胀、刺痛、麻木、髋伸直或旋转活动时疼痛加重，因此，病人常屈髋卧位以减轻疼痛。当内收牵拉闭孔内肌时，可使闭孔神经受压而使疼痛加重，称为 Howship～Romberg 氏征阳性，约 50%以上病人出现此征（钱礼，1984）。是为诊断闭孔疝之早期重要依据，Somell 等（1976）指出除闭孔神经痛外，在膝内侧上方约 10cm 左右部位常可发现一感觉过敏区；④本病少见，早期常因股、膝疼痛而误诊为风湿性肌炎，关节炎而误诊误治。术前确诊率为 21.5%～31.3%（Sinha，1983）。⑤部份病例在腹股沟韧带下方卵圆窝内侧可扪及圆形痛性肿块，应考虑闭孔疝的可能而不应只想到是股疝；⑥阴道或肛查可能在骨盆前壁扪及痛性条索状物或肿块；⑦腹部 X 线平片有时可见到耻骨上缘有固定的充气肠曲阴形，且不因体位变化而改变，朱学忠等（1963）认为此一 X 线影像有助于诊断；⑧CT 显示闭孔管外口处有蒂状块影是诊断本病的证据（罗俊治等，1996）。

治疗：早期确诊，早期手术是治疗闭孔疝唯一的有效方法，是降低疝内容坏死率的关键。如未能及时确诊和手术，则予后严重，在发生疝内容绞窄期的手术死亡率约高达 75%（黄家驷，1960）。

**术前准备**：患者多为老年体弱伴有慢性肺、心、肾疾病；或因并发肠梗阻、肠坏死导致水电解质酸碱平衡紊乱，因此术前准备要充分，必须作好有关基础治疗和防治感染。

**手术径路的选择**：一般有耻骨上横切口（Cheathe—Henry 径路，1981），腹股沟切口（Milligan 径路，1974）和经下腹正中或旁正口切口三种，林言箴（1986）认为经腹切口径路利於良好地显示闭孔疝的环口，利于辨识肠管梗阻的情况，辨识肠壁生机，处理病变肠管；利于保护闭孔神经和血管。此一径路已为多数临床术者认同，我院 3 例均采用此种入路顺利完成手术，Bergtein 提出作下腹正中或弧形切口，腹膜前修补最为理想，当发现有淤血或肠管发黑时才打开腹膜，否则在腹膜前回纳疝内容和修补，可无术后肠粘连发生之虑。近期亦有经腹腔镜下修补的报告。

手术注意事项：①从下腹正中或旁正中切开腹腔后，将小肠向上牵开，显露闭孔内口，用手指轻柔地探查和扩张狭窄环，回纳肠管；②勿强力牵拉肠管，以防破损或断裂，有困难时可用尖刀沿疝囊内侧闭孔管的内下方，将部分闭孔内肌和闭孔筋膜切开松解，但注意不能从其外上方切开，以免损伤闭孔神经和血管，招致难以止住的大出血；③必要时可在股部肿块表面相当于闭孔管外口，卵圆窝内下方处作一纵切口显露疝囊底部，用手直接推挤疝块协助复位；④仔细辨认肠壁生机，如已发生坏死肠瘘、腹膜炎，应结合病人具体情况作肠切除肠吻合或肠外置术。术中应尽可能清除腹盆腔内感染积液，并可用含抗生素液体冲洗以减低感染。

疝囊和闭孔口/管的处理：对于疝囊可用钳钳夹底部，将其内翻，再作高位缝扎。闭孔口管如缺损不大，可用粗丝线将闭孔膜与耻骨膜缝合数针即可。如缺损较

维普资讯 http://www.cqvip.com



大，可用其邻近的子宫圆韧带、骨膜筋膜瓣、自体阔筋膜覆盖修补，或用纤维网片覆盖缝合。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1997－03－05）

# 臂丛神经阻滞加痛点封闭治疗肩周炎

黑龙江省佳木斯医学院附属第一医院麻醉科 刘玉秋

（黑龙江佳木斯，邮政编码 154002）

肩关节周围炎，以往常用服药、按摩、针灸、理疗、自我功能锻炼等方法进行治疗，但效果常不很满意，特别是重度肩周炎患者，常使症状日趋严重，影响日常生活。我们从 1994 年 2 月以来，采用高位臂丛神经阻滞后，手法松解加痛点封闭治疗 70 例重度肩周炎，收到较好的效果，现报告如下：

**资料与方法** 本文 70 例，男 32 例，女 38 例，年龄 55～83 岁，平均 62 岁，病史 1 个月～2 年，平均 6 个月。诊断标准，轻度：疼痛轻，活动时加重。主动活动肩关节能达正常范围。中度：疼痛较重，活动时加剧，被动活动肩关节能达正常范围。重度：疼痛较重，活动受限，外展＜70°(90°)，内收＜30°(45°)，前屈＜120°(135°)，后伸＜10°(45°)，本文 70 例均属重度。80%以上病例是经服药、按摩、针灸等方法治疗过。首次诊查时，要认真检查肩关节活动受限的程度，确定粘连的部位和明显的疼痛点后，以 1%利多卡因 15～18ml，行臂丛神经阻滞（高位肌间沟），待阻滞完善（疼痛缓解，肌肉松弛）后，将上臂由内前上向外下旋转，被动活动肩关节，直到肩关节活动达到正常范围，有时听到粘连松解开的撕裂声。然后再在原疼痛明显点分别进行局部封闭，因注射药物一次不可太多，可采用不同痛点交替封闭，常使用地塞米松 5mg 加 1%利多卡因 10ml 混合后多点注射，每点可封闭 2～3ml。每周 2 次。4 周为一疗程。一疗程未愈者，间隔一周行第 2 个疗程，最多不超过两个疗程。每个疗程的第 2 次开始时不再行臂丛阻滞，只在痛点注射封闭液。第一次治疗后的第 3 天开始活动肩关节，每日活动两次，每次均作由前内上向后外下的旋转动作 50 次左右。

**疗效标准与结果** 治愈：临床症状消失，肩上肢活动达正常范围。显效：部份症状消失或减轻。无效：症状无改善。第一疗程治愈者 46 例。第二疗程治愈者 11 例，显效 13 例。治愈率 81%，显效 19%。无效 0。

**讨论与体会** 老年性肩周炎的病因多而复杂。但最终多数是导致肩关节周围炎软组织产生粘连，表现为不能梳头，穿脱衣困难，肩关节外展、外旋活动受限。并且肩关节周围肌肉挛缩和肩部疼痛。在治疗上只注重局部止痛常难以奏效或效果不佳。必须功能和止痛同时照应。所以，我们采用臂丛神经阻滞后行肩关节松解加痛点注药进行治疗，收到较好的效果。对此，我们认为本法不失为重度肩周炎较理想的治疗方法。

（收稿日期：1996－11－13）

（上接 49 页）81～95%在距肛缘 7cm 范围之内；四川血吸虫流行区也是直肠癌的高发区，上海、杭州、浙江均有同样报道。英国结直肠癌肿协作会议（UKCCCN）推荐将临床判断局部浸润分为三个等级，①活动：指肿物可以推动，与周围结构无附着；②融合：指推动肿瘤时有牵拉和活动度减少的感觉；③固定：肿瘤不能推动，与周围结构完全固定。其判断凭外科医师的手感。中日友好医院王正康副主任医师有以下经验：是广泛的开展高危人群的普查工作；40～60 岁是高危年龄，大便潜血阳性者要加以重视；大肠粘膜隆起性病变中约有 9.5%为早期癌，多数大肠早期癌的外观呈息肉装，大于 0.5cm 的隆起性病变应整块切除、送检，其表面凹凸不平、发红、糜烂、指检有发硬感、易出血，表面有溃疡形成则常提示为恶性病变，隆起越大恶性可能越大，大于 2cm 的隆起性病变中约有 30～76.9%为癌，大于 2cm 的扁平隆起性病变几乎 100%为恶性病变，应将全癌切除送检，在 3、7、11 点处切除时要特别注意止血。南京军区总医院刘福坤教授认为对于"短暂性"大便习惯和形状改变即使粪便中化验出脓细胞或巨吞细胞也不能排除早期直肠癌的可能，因为肿瘤性溃疡渗出物也常有此类细胞，并非菌痢和肠炎所特有。及时检查出癌前期病变，发现无症状早期直肠癌，多数直肠癌都是由腺瘤癌变而来，它们循肠粘膜增生→息肉（腺瘤）→癌这一规律发生。尤其绒毛状腺瘤，如果不行治疗，最终都会发展为癌，这样腺瘤被认为是癌前病变。大于 2cm 的腺瘤，癌变率高达 50%，普查高危人群是发现无症状直肠癌的关键。另家庭性腺瘤性息肉病，最终都会发生癌变。遗传性非家庭性腺瘤性息肉病、炎性肠道疾病、有结肠癌家族史、结肠癌手术中、绒毛状或管状腺瘤粘膜有明显改变者、管状腺瘤直径大于 1cm、宫内膜癌、乳腺癌、卵巢癌此类高危病人均应注意有直肠癌的发生。

其检查方法最简单易行的就是作肛门指检，其指检方法就是仔细顺时针扪两次，发现前述病变再进一步作直肠腔内 B 超是最有效的方法，正确判断率可达 95%以上。加用盆腔 CT 就更为完善。

（收稿日期：1997－06－19）