DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.04.027

文章编号:1000-5404(2004)04-0349-02

论著

31例腹内疝临床分析

韦锦新,宋建文 (广西壮族自治区南宁市红十字会医院普通外科,南宁 530012)

提 要:目的 分析腹内疝的发病原因及诊断与治疗方案。方法 回顾性分析自1977年2月至2001年12月手术治疗的腹内疝31例,其中男26例,女5例;年龄16~25岁4例,26~40岁6例,41~55岁19例,56岁以上2例。结果 先天性腹内疝与胚胎发育期中肠的旋转与固定不正常及肠转位时脏层与壁层腹膜愈接不全或肠系膜的部分退化或薄弱有关;后天性腹内疝与手术或外伤有关。结论 对有间歇性或发作性腹痛史,腹部触及腊肠状压痛性肿块,X线显示肠梗阻征,选择性动脉造影提示小肠动脉弓走行移位者,应考虑腹内疝的诊断并及时剖腹探查。在使肠曲复位和修补疝颈或裂孔时,不可损伤肠系膜上动脉等重要血管。

关键词:腹内疝;肠梗阻;手术
中图法分类号:R574.2;R656.24 文献标识码:A

Clinical analysis of 31 cases of intra-abdominal hernia

WEI Jin-xin, SONG Jian-wen (Department of General Surgery, Red Cross Hospital, Nanning 530012, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China)

Abstract: **Objective** To analyze the causes and the scheme of diagnosis and treatment of intra-abdominal hernia. **Methods** Clinical data from 31 cases of intra-abdominal hernia from 1977 to 2001 were analyzed retrospectively. Among the patients were 26 male and 5 female, and 4, 6, 19, and 2 patients were at the age range of 16-25, 26-40, 41-55, and over 56 years old, respectively. **Results** The causes of congenital intra-abdominal hernia were related to malrotation of intestine and abnormality of intestine fixation during embryogenesis, to erroneous juncture of visceral layer peritoneum with parietal peritoneum, and to partial degeneration and weakness of mesentery. The causes of acquired intra-abdominal hernia were related to operation or trauma. **Conclusion** As to patients with intermittence or episode of stomachache, touched painful sausage-like mass, intestinal obstruction by X-ray, and displacement of aortic arch of small intestines shown by selective arteriography, diagnosis of intra-abdominal hernia and immediate operation should be considered. When reduction of the twisted intestines and repair of the hernial neck or hiatus are performed, important blood vessels such as the superior mesenteric arteries should not be injured.

Key words: intestinal obstruction; intra-abdominal hernia; operation

我院自1977年2月至2001年12月共收治肠梗阻病人629例,其中腹内疝所致梗阻者31例,现将资料报告如下。

1 临床资料

1.1 性别及年龄

男26例,女5例;16~25岁4例,26~40岁6例,41~55岁19例,56岁以2例。

1.2 手术史

全组31例,有手术史1次者4例,2次及2次以上者8例。

1.3 既往腹痛史及发病诱因

经常腹痛6例,反复发作性腹痛19例,无腹痛6例。明显于饱餐后发病13例,劳动或运动中发病4例,腹部撞击史1例,发病前有腹泻2例,11例未问出明显诱因。

1.4 术前诊断

绞窄性肠梗阻并中毒性休克6例,急性胃穿孔并弥漫性腹膜炎8例,绞窄性肠梗阻并弥漫性腹膜炎6例,粘连性肠梗阻并肠坏死4例,急性肠梗阻肠扭转4例,急性胰腺炎2例,急性阑尾炎穿孔性腹膜炎1例。

1.5 术中所见疝囊或裂孔部位(形态、直径、数目)

十二指肠升部左侧Landzert隐窝内8例,于肠系膜上动脉后方Waldeyer隐窝5例;回结肠隐窝处2例,小网膜孔处1例;术后吻合口之间隙11例,肠系膜裂孔疝4例。后二者无疝囊,椭圆形、裂孔或间隙直径约3.0~20.0 cm,单发性、边缘整齐、光滑、硬韧、肥厚呈灰白色,周边无脂肪和血管。

1.6 处理经过

31例均经剖腹探查确诊。13例行坏死肠段切除肠管端端吻合术或结肠造口术;18例将脱入的肠袢复位;裂孔周边切除硬韧部分,以不吸收4号丝线间断缝合修复裂孔或疝囊颈间隙。全组病例经手术治疗均痊愈出院。其中18例随访1~15年,再发1例。

作者简介:韦锦新(1959-),男,广西壮族自治区南宁市人,硕士,副主任医师,主要从事胃肠外科及急腹症合并感染性休克救治方面的研究,发表论文23篇。电话:(0771)2616373

收稿日期:2003-02-08;修回日期:2003-04-01

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 讨论

腹内疝狭义地说指腹内容物、肠管通过腹腔内先天性形成的脏层腹膜的孔道、囊袋。不包括手术后所造成的肠系膜孔、间隙和粘连造成的间隙。本组所指的腹内疝为广义的腹内疝，包括先天性与后天性（外伤、手术后）所形成的孔道或间隙造成的疝。

2.1 病因与发病机制

2.1.1 先天性腹内疝 在胚胎发育期，中肠的旋转与固定不正常将导致内疝[1]。腹腔内会有一些腹膜隐窝或裂孔形成如十二指肠旁隐窝、回盲肠隐窝、回结肠隐窝、小网膜孔（Winslow 孔）、肠系膜裂孔等[2]。一个正常的腹腔内并无压力差，肠管的各种运动（主要是蠕动）和肠内容之重力作用以及人体位突然改变，而致使肠管脱入隐窝或裂孔成为内疝。部分内疝由于肠管的运动，可自行退回复位，这就是间断出现发作性或慢性腹痛的原因。本组 25 例可询问到腹痛史。十指肠旁疝是腹膜隐窝疝中最常见的一类，Hansmann 统计的资料，在 467 例腹内疝中，十二指肠旁疝占 53%，盲肠旁疝占 13%，乙状结肠间疝 6%。本组十二指肠旁疝 13 例，约占 42%，未见乙状结肠间疝。先天性肠系膜裂孔与胚胎发育过程中，肠转位时脏层与壁层腹膜愈接不全或肠系膜的部分退化或薄弱有关，本组 4 例中有 3 例系先天性肠系膜裂孔疝。近年国内外已有较多的有关本病的报道。杨维良等[3]报道 800 例肠梗阻中有 6 例为肠系膜裂孔疝引起；卿三华等[4]分析 768 例肠梗阻原因有 3 例由肠系膜裂孔所致；新近汤仕伯[5]报道 1 例小肠系膜裂孔疝乙状结肠嵌顿；而柴小平[6]报道的 1 例大网膜裂隙疝更为罕见。肠系膜裂孔的特点是裂孔为圆形或椭圆形，边缘整齐、光滑、硬韧、裂区无脂肪及血管。

2.1.2 后天性腹内疝 胃空肠吻合术后，上提的空肠袢与后腹膜间可形成间隙；末端回肠与横结肠吻合后形成系膜间隙；肠切除吻合后肠系膜上留有间隙；粘连形成的孔隙，外伤、炎症形成的孔洞等都可使脱入的肠袢发生膨胀而形成内疝；由于肠管的蠕动，进入孔洞的肠曲增多，无法自行退回则会发生嵌闭、扭转、绞窄、坏死。本组术后内疝 10 例，约占全组的 35%；后天性肠系膜裂孔疝 1 例，裂孔特点是边缘不整齐、不规则，因该例为陈旧性裂孔，故周围有明显疤痕组织。术后内疝与肠系膜裂孔疝均无疝囊，属于假疝。

2.2 诊断

腹内疝的临床表现不典型，可以表现为经常腹部不适，腹部胀或腹痛（本组 25 例有腹痛、腹胀史）；有时与饱餐或体位改变、运动有关（本组 17 例有饱餐和运动史）；也可表现为慢性肠梗阻症状，因此术前难以明确诊断，往往诊断为机械性肠梗阻、肠绞窄，坏死性弥漫性腹膜炎以及急性阑尾穿孔性腹膜炎等。从本组病例观察结合文献报道，提出以下几点供诊断本病的参考：①有慢性间歇性腹痛史，有时以发作性腹痛、恶心、呕吐、腹部膨满而就诊，未经手术治疗而缓解。②体检时腹部可触及明显呈腊肠状或压痛性包块（特别是发生肠扭转后），叩诊鼓音，局部可有震水声；当晚期出现弥漫性腹膜炎时，往往不能触到肿块，这种腹膜炎不像胃肠道穿孔或化学性腹膜炎那样严重。③由于部分腹内疝为假疝、无疝囊，脱入的肠曲毫无阻力，极易迅速滑入大量的肠管，因裂孔较小易发生扭转、绞窄、坏死并弥漫性肠膜炎，进而酿成更为严重的中毒性休克。因此呈发病突然、疼痛剧烈的绞窄肠梗阻的典型演变过程。④腹部 X 线片可见充气的肠袢聚成一团并可有液平面，钡餐或钡灌有时可显示一团肠袢聚集在某一部位而不易分离。⑤选择性动脉造影显示小肠动脉弓走行移位。⑥对疑有腹内疝病人应作重复检查。

2.3 治疗

腹内疝一旦确诊，应立刻手术探查，处理及时则减少肠管的坏死，免于切除。处理包括 3 个方面：①将脱入之肠曲复位。松解过紧的疝囊颈或裂孔小者，可先切开疝囊无血管区或沿肠管方向系膜裂孔边缘切开，以松解被绞窄之肠管；膨胀的肠管复位前先行减压，使肠内容排空，易于复位。复位后观察肠管血供情况，若肠管有生机能力，或经热敷或系膜根部用普鲁卡因浸润后有生机能力，则仅复位即可。本组 18 例复位后观察肠管逐渐红润（其中 5 例用 0.5% 普鲁卡因于系膜根部注射，2 例温盐水热敷）予以保留，不必切除；13 例因延时过久，且已出现中毒性休克，则切除坏死肠段，11 例行一期端端吻合术，2 例结肠切除加造口术。②修补缝合疝颈或裂孔或间隙，以防止再度内疝形成；手术时注意不可损伤肠系膜上动脉等重要血管。术后预后良好。③对有粘连或瘢痕体质的腹内疝病人若无肠坏死或绞窄指征，可试行保守治疗。本组 1 例复发病人原来因粘连间隙疝肠扭转坏死而手术，复发时未再手术，保守治疗 8 d 好转出院。

参考文献：

[1] 石美金，熊汝成，李鸿儒，等. 实用外科学[M]. 北京：人民卫生出版社，1997. 541－542.

[2] 吴阶平，裘法祖，主编. 黄家驷外科学[M]. 第 6 版. 北京：人民卫生出版社，1999. 1078－1079.

[3] 杨维良，姜学海，许 红，等. 肠系膜裂孔疝[J]. 中国急救医学，1987，7(6)：7－10.

[4] 卿三华，彭 明，候宝华，等. 肠梗阻 768 例病因分析[J]. 中华普通外科杂志，2000，15(4)：242－243.

[5] 汤仕伯. 原发性小肠系膜裂孔疝乙状结肠嵌顿 1 例[J]. 中华普通外科杂志，2002，17(4)：252－252.

[6] 柴小平，金锋平. 大网膜裂隙小肠内疝致肠梗阻 1 例[J]. 中华普通外科杂志，2002，17(3)：136.

（编辑 王 红）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net