

原发性腹茧症合并隐睾术前误诊4例

秦春和, 张宗明, 陈以安, 陈军, 罗宁, 许建林

秦春和, 张宗明, 陈以安, 陈军, 罗宁, 许建林, 清华大学第一附属医院消化医学中心普外科 北京市 100016
通讯作者: 秦春和, 100016, 北京市朝阳区酒仙桥一街坊6号, 清华大学第一附属医院普外科. guzhuxianren@yahoo.com.cn
电话: 010-64372362 传真: 010-64361322
收稿日期: 2007-04-24 接受日期: 2007-05-11

Diagnosis and treatment of four patients with primary abdominal cocoon accompanied with undescended testicle

Chun-He Qin, Zong-Ming Zhang, Yi-An Chen, Jun Chen, Ning Luo, Jian-Lin Xu

Chun-He Qin, Zong-Ming Zhang, Yi-An Chen, Jun Chen, Ning Luo, Jian-Lin Xu, Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital of Tsinghua University, Beijing 100016, China
Correspondence to: Chun-He Qin, Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital of Tsinghua University, Beijing 100016, China. guzhuxianren@yahoo.com.cn
Received: 2007-04-24 Accepted: 2007-05-11

Abstract

AIM: To improve diagnosis and treatment of abdominal cocoon.

METHODS: Four patients with primary abdominal cocoon who were admitted to our hospital from January to December 2006 were analyzed. All patients were diagnosed with an acute intestinal obstruction. Unilateral undescended testicle was found in all patients during physical examination, and all underwent emergency operation.

RESULTS: The diagnosis of abdominal cocoon was confirmed after the operation. Partial or total capsule resection, lysis of any intestinal adhesion, and internal stenting was adopted in all four cases. All recovered uneventfully after surgery.

CONCLUSION: As patients with abdominal cocoon present with no specific clinical features, preoperative diagnosis is difficult. The possibility

of abdominal cocoon should be considered when a patient with an intestinal obstruction has an undescended testicle. Laparotomy is an effective treatment for abdominal cocoon.

Key Words: Abdominal cocoon; Undescended testicle; Intestinal obstruction; Laparotomy

Qin CH, Zhang ZM, Chen YA, Chen J, Luo N, Xu JL. Diagnosis and treatment of four patients with primary abdominal cocoon accompanied with undescended testicle. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2007;15(18):2071-2073

摘要

目的: 提高腹茧症的诊治水平。

方法: 我院2006-01/12收治的原发性腹茧症患者4例临床资料, 以急性肠梗阻入院, 查体发现均合并单侧隐睾, 全部病例行剖腹探查。

结果: 术中证实腹茧症诊断, 手术方案采取全部或部分包膜切除、肠粘连松解、肠排列术等, 均痊愈出院。

结论: 腹茧症临床表现无特异性, 术前诊断困难, 对合并隐睾的肠梗阻应考虑到腹茧症的可能, 手术治疗是腹茧症有效的治疗方法。

关键词: 腹茧症; 隐睾; 肠梗阻; 外科手术

秦春和, 张宗明, 陈以安, 陈军, 罗宁, 许建林. 原发性腹茧症合并隐睾术前误诊4例. 世界华人消化杂志 2007;15(18):2071-2073
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/2071.asp>

0 引言

原发性腹茧症是一种少见的腹部疾病, 由 Foo et al^[1]于1978年首先报道并命名, 其特点是全部或部分腹腔脏器被一层致密、灰白色的纤维膜所包裹。由于腹茧症少见、且缺乏特异性临床表现, 因此术前确诊困难。我院2006-01/12收治伴有单侧隐睾的原发性腹茧症患者4例。现结合文献资料分析如下。

■背景资料

原发性腹茧症是一种少见的腹部疾病, 缺乏特异性临床表现, 多以急性慢性肠梗阻就诊, 术前确诊困难。并且病因不明, 可能与大网膜发育不良有关, 可与其他发育异常并存, 如大网膜缺如、左肝缺如、隐睾、小肠或结肠旋转不良等。手术治疗是腹茧症有效的治疗方法, 术中应尽可能的松解粘连, 不强调同时行阑尾切除。是否行肠排列术还有争议。

■创新盘点

腹茧症术后恢复缓慢,不同于一般肠梗阻患者。本组患者均有短期内胃肠功能恢复后又出现肠梗阻症状,表现腹痛,大量呕吐,行泛影葡胺口服造影表现为胃蠕动减慢,排空障碍。治疗上采用静脉滴注红霉素、胃复安封闭足三里及中成药补益通理合剂灌肠治疗对胃肠功能恢复有一定的作用。

1 材料和方法

1.1 材料 原发性腹茧症4例,均男性,年龄37-55(平均45)岁。因阵发性腹痛伴有恶心、呕吐及停止排气排便1-3 d入院。无腹部外伤、手术史,无长期服药史,无其他慢性病史。其中2例既往有慢性腹痛史多年。查体:腹略膨隆,全腹压痛,以脐周明显,触之饱满,但无明显包块,无腹肌紧张及反跳痛,肠鸣音活跃,无高调肠鸣音及气过水声。其中3例伴有左侧隐睾,1例右侧隐睾。立位腹平片可见小肠轻度扩张,散在气液平,无明显肠袢。入院诊断为急性肠梗阻。给予持续胃肠减压、中成药补益通理合剂灌肠、补液、抗炎等对症治疗,患者腹痛、腹胀无明显缓解,遂行手术探查。

1.2 方法 取右侧中上腹旁正中切口,打开腹膜后见全部小肠黏连包裹成团,表面由一层乳白色、质韧包膜覆盖,与腹壁黏连,进腹困难(图1)。打开包膜,探查发现均为大网膜缺如,其中1例部分十二指肠及升结肠、横结肠缺如,内脏旋转不良,十二指肠降部直接与空肠相连,无屈氏韧带,回肠在左上腹与降结肠相连,阑尾正常存在。肝、胆、脾及胃、膀胱等均未被包裹,1例出现结肠部分包裹。手术切除包膜,分离肠间及肠系膜间黏连,见黏连疏松,呈透明状,易于分离,分离后小肠浆膜完整,无明显血运障碍,未见明显折叠成角,充分游离小肠直至肠系膜根部,反复冲洗腹腔。其中3例行肠内排列术,术后2 wk拔除肠排列管。4例均经手术证实为腹茧症。术后予全身营养支持,持续胃肠减压及抗炎治疗,患者生命体征平稳。

2 结果

3例于术后3-5 d排气排便,肠功能恢复,但少量进食后又出现腹痛及剧烈呕吐,以30%泛影葡胺口服行消化道造影示胃蠕动减弱、排空障碍,小肠造影剂通过缓慢。给予行肠外营养支持、继续胃肠减压,静脉滴注红霉素,同时用胃复安封闭足三里,中成药补益通理合剂灌肠等治疗,术后10-14(平均12.5)d,胃肠功能恢复。另1例(部分十二指肠及结肠缺如、术中行肠排列术者)术后一直不排气排便,胃液每天1500-2000 mL,持续11 d后胃肠功能恢复正常。所有病例均治愈出院。随访3 mo,未有肠梗阻及腹痛症状发作。

3 讨论

腹茧症少见,其病理解剖特点是部分或全部小

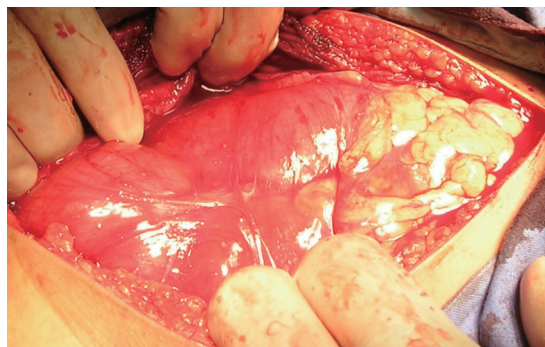


图1 全部腹腔脏器被一层致密的纤维膜包裹。

肠被一层灰白、致密、坚韧的纤维膜包裹,形似蚕茧可致小肠梗阻。腹茧症分为原发性与继发性两种,后者多有相对清楚的致病原因^[2]。发病原因不明,无腹部手术外伤史者为原发性腹茧症,推测在胚胎发育过程中,由于大网膜发育不良,膜状的大网膜沿横结肠下行将小肠包裹形成纤维包膜和分隔^[3]。也有人认为纤维包膜由腹膜、小肠系膜或大网膜畸变而成^[4]。腹膜的变异可与其他发育异常并存,如大网膜缺如、左肝缺如、隐睾、小肠或结肠旋转不良等^[2]。本组4例患者均伴有隐睾及大网膜缺如,同时1例患者伴有部分十二指肠及结肠缺如,支持上述观点。另外病毒感染^[5]、性别及地域因素、药物影响、血源性亚临床型腹膜炎(原发性腹膜炎)等^[6],也可能是致病因素。

腹茧症术前诊断困难,本组病例术前皆未获明确诊断。但有共同特点:(1)中青年男性,以肠梗阻就诊,查体全腹压痛,无肌紧张及反跳痛,未及明显包块,肠鸣音活跃。都有隐睾症存在,可以提示腹茧症的诊断;(2)立位腹平片无特征性表现,仅有小肠轻度扩张、积气。可能因为小肠被包裹固定,不能充分扩张或移动。虽然有人认为可行消化道钡餐造影,显示菜花征^[7]可提示诊断,但因在肠梗阻存在的情况下进食钡剂有加重肠梗阻的危险,因此应慎重选用消化道钡餐造影检查;(3)术中见小肠无明显血运障碍,无明显转折成角,黏连易于分离。手术是腹茧症主要治疗方法^[8]。主张非手术治疗的作者认为,在腹茧症当中的肠管黏连不同于其他机械性肠梗阻,前者似乎较符合生理,较少引起完全性或绞窄性肠梗阻^[6]。是否行肠排列术还有争议^[9]。本组3例行肠内排列术患者与未行肠排列术患者在术后恢复时间上无明显差别;(4)腹茧症术后恢复缓慢,不同于一般肠梗阻患者。本组患者均有短期内胃肠功能恢复后又出现肠梗阻症状,

■应用要点

作为临床少见的腹膜病变,腹茧症术前诊断困难。对于病因难以明确的急性慢性肠梗阻病例,尤其是男性患者,如果伴有隐睾,应考虑到腹茧症可能。

表现腹痛, 大量呕吐, 每天胃肠减压量大于1500 mL. 行泛影葡胺口服造影表现为胃蠕动减慢, 排空障碍. 出现这种症状的原因可能与手术创伤激活抑制性交感神经反射系统, 使胃肠交感神经系统活动增强, 并通过抑制胃肠神经丛的兴奋性神经元抑制胃动力; 同时交感神经末梢释放的儿茶酚胺直接与胃平滑肌细胞膜上的 α 和 β 受体结合抑制平滑肌收缩; 也可能与胃的神经网络发育不良, 致胃电活动异常, 胃电节律紊乱使胃产生逆向移行性慢波, 胃收缩运动减弱或缺乏, 干扰胃肠道对内容物的清扫运动有关; 另外, 术后再次肠粘连, 致胃肠运动的不协调以及应激状态等都是胃瘫的可能因素. 治疗上采用静脉滴注红霉素、胃复安封闭足三里及中成药补益通理合剂灌肠治疗对胃肠功能恢复有一定的作用; (5)预后良好. 所有患者术后生命体征平稳, 出院后随访未有明显肠梗阻症状发作.

总之, 作为临床少见的腹膜病变, 腹茧症术前诊断困难. 对于病因难以明确的急慢性肠梗阻病例, 尤其是男性患者, 如果伴有隐睾, 应考虑到腹茧症可能. 手术治疗是腹茧症有效的治疗方法, 术中应尽可能的松解粘连, 不强调同时

行阑尾切除^[10]. 术后出现的肠梗阻、胃瘫等, 经积极的保守治疗多能治愈, 避免急于再次手术, 增加小肠损伤的机会.

4 参考文献

- 1 Foo KT, Ng KC, Rauff A, Foong WC, Sinniah R. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon. *Br J Surg* 1978; 65: 427-430
- 2 王洪山. 腹茧症的临床特征及发病机制. *外科理论与实践* 2006; 11: 75-77
- 3 Sahoo SP, Gangopadhyay AN, Gupta DK, Gopal SC, Sharma SP, Dash RN. Abdominal cocoon in children: a report of four cases. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 987-988
- 4 屠金夫, 黄秀芳, 朱冠保, 廖毅, 蒋飞照. 腹茧症203例综合分析. *中华胃肠外科杂志* 2006; 9: 133-135
- 5 Fowler R. Primary peritonitis: changing aspects 1956-1970. *Aust Paediatr J* 1971; 7: 73-83
- 6 林清. 腹茧症. *国外医学·外科学分册* 1997; 24: 279-281
- 7 Navani S, Shah P, Pandya S, Doctor N. Abdominal cocoon-the cauliflower sign on barium small bowel series. *Indian J Gastroenterol* 1995; 14: 19
- 8 杨建芬, 李宁, 黎介寿. 原发性腹茧症的诊断与治疗. *中华外科杂志* 2005; 43: 561-563
- 9 杨凤平, 邱法波, 张圣林, 卢华军, 吴力群, 杨楠. 腹茧症3例. *中国现代普通外科进展* 2005; 8: 127-128
- 10 张庆. 腹茧症1例报告. *中国实用外科杂志* 2000; 20: 160

■同行评价

本文对4例原发性腹茧症合并隐睾的诊治情况作了论述, 行文流畅, 篇幅合适, 引用文献较新, 讨论较充分, 有一定的临床参考意义.

电编 张敏 编辑 程剑侠

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2007年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

世界华人消化杂志关于作者署名的声明

本刊讯 世界华人消化杂志要求所有署名人写清楚自己对文章的贡献. 第一方面是直接参与, 包括: (1)酝酿和设计实验; (2)采集数据; (3)分析/解释数据. 第二方面是文章撰写, 包括: (1)起草文章; (2)对文章的知识性内容作批评性审阅. 第三方面是工作支持, 包括: (1)统计分析; (2)获取研究经费; (3)行政、技术或材料支持; (4)指导; (5)支持性贡献. 每个人必须在第一至第三方面至少具备一条, 才能成为文章的署名作者. 世界华人消化杂志不设置共同第一作者和共同通信作者.