

阑尾术后大网膜粘连综合征诊治1例

段亮, 蔡晓军

背景资料
大网膜粘连综合征为普外科及消化内科相对常见疾病, 但目前辅助检查对诊断该病无特异性。多发生于阑尾切除术后或盆腔手术后, 常易误诊漏诊。

段亮, 辽宁医学院研究生学院 辽宁省锦州市 121001
蔡晓军, 武警总医院普外科 北京市 100039
作者贡献分布: 本文资料搜集及撰写由段亮完成, 蔡晓军主要完成操作。
通讯作者: 段亮, 121001, 辽宁省锦州市, 辽宁医学院研究生学院. duanliang0620@163.com
电话: 010-88276260
收稿日期: 2009-06-15 修回日期: 2009-08-19
接受日期: 2009-08-24 在线出版日期: 2009-09-08

Diagnosis and treatment of omental adhesion syndrome after appendectomy: a report of one case

Liang Duan, Xiao-Jun Cai

Liang Duan, Graduate School, Liaoning Medical University, Jinzhou 121001, Liaoning Province, China
Xiao-Jun Cai, Department of General Surgery, General Hospital of Armed Police Forces, Beijing 100039, China
Correspondence to: Liang Duan, Graduate School, Liaoning Medical University, Jinzhou 121001, Liaoning Province, China. duanliang0620@163.com
Received: 2009-06-15 Revised: 2009-08-19
Accepted: 2009-08-24 Published online: 2009-09-08

Abstract

Omental adhesion syndrome is a relatively common disease. Auxiliary examination has poor specificity for diagnosis of the disease. In this article, we will evaluate the clinical value of pneumoperitoneography in the diagnosis of omental adhesion syndrome after appendectomy, with a view to increasing understanding of the disease, reducing the rate of missed diagnosis and misdiagnosis, and enriching our knowledge on chronic postoperative abdominal pain.

Key Words: Omental adhesion syndrome; Pneumoperitoneography; CT imaging; Imaging diagnosis

Duan L, Cai XJ. Diagnosis and treatment of omental adhesion syndrome after appendectomy: a report of one case. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(25): 2648-2649

摘要

大网膜粘连综合征为普外科及消化内科相对

常见疾病, 但目前辅助检查对诊断该病无特异性。本文对气腹造影技术在诊断阑尾术后大网膜粘连综合征的应用及诊断价值进行分析讨论, 以期增加普外科医师和消化内科医师对此类疾病的认识, 减少对该病诊断的漏诊及误诊, 同时可扩充普外科医师及消化内科医师对诊断术后慢性腹痛的思维。

关键词: 大网膜粘连综合征; 气腹造影; 螺旋CT; 影像诊断

段亮, 蔡晓军. 阑尾术后大网膜粘连综合征诊治1例. 世界华人消化杂志 2009; 17(25): 2648-2649
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/2648.asp>

0 引言

大网膜粘连综合征系手术后或腹腔炎症致大网膜与下腹部的壁层腹膜或器官粘连, 使部分大网膜纤维化, 瘢痕挛缩, 致大网膜缩短, 牵拉横结肠下移, 可造成横结肠不全梗阻, 出现腹胀, 腹痛, 便秘, 或进食后胃肠蠕动牵拉大网膜, 引起反射性呕吐及上腹疼痛, 可出现腹膜牵拉症状。多发生于阑尾切除术后或盆腔手术后, 常易误诊漏诊。在气腹造影螺旋CT扫描诊断术后右下腹局限性腹壁粘连的工作基础上^[1], 我们依据人工气腹的特性, 对1例阑尾术后腹痛进行了人工气腹造影检查, 并同时经过全麻下腹腔镜结肠粘连松解术得以证实, 现报道如下。

1 病例报告

王某, 男, 55岁, 因右下腹疼痛>1 mo, 加重>20 d入院。患者因阑尾炎于20年前在当地医院行麦氏点切口, 阑尾切除术。患者入院后常弯腰, 追述病史, 患者诉直腰挺身时右下腹内有牵拉感, 而弯腰则牵拉与疼痛感可减轻。院外行全消化道钡餐造影双对比造影: 胃炎。查体: 右下腹深压痛, 以手压迫切口瘢痕上缘向下牵拉时有不适感。临床诊断为: 慢性腹痛。

患者排空膀胱后, 取平卧位, 左下腹消毒铺巾, 以反麦氏点为穿刺点, 局部浸润麻醉, 以18

同行评议者
魏经国, 教授, 中国人民解放军第四军医大学唐都医院放射科; 倪才方, 副教授, 苏州大学附属第一医院介入放射科

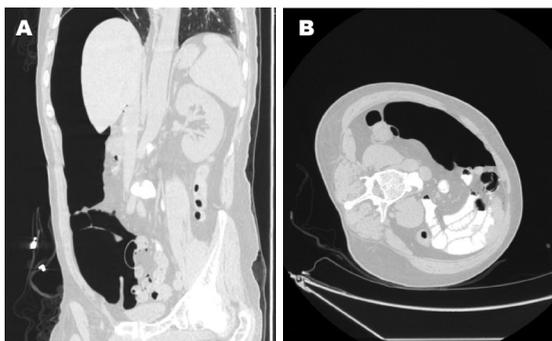


图 1 肺窗下64排CT大网膜粘连综合征不同体位影像学图像. A:矢状图, 显示右侧麦氏点下有一条索状网膜粘连; B:左侧卧位轴位图, 显示右下腹回盲部网膜与侧腹壁粘连.

号套管针行腹部穿刺. 针头入皮后有腹外斜肌腱膜和腹膜两次突破感, 深度进针约3 cm左右, 进行腹腔注气试验. 推注约20 mL的气体无阻力, 可确认进入腹腔, 拔除气腹针芯, 用连接导管接中心氧气泵, 给予1 mL/min的速度灌注, 直至腹部叩诊呈弥漫性鼓音, 且腹壁皮肤及肌肉呈紧张状态. 即行螺旋CT腹部平扫. 检查完毕后, 放消气腹.

患者腹壁膨隆, 腹内形成穹隆的气腹空间, 矢状位可见右侧网膜与腹壁有一约3 cm×3 cm的条索粘连. 同时左侧卧位轴位可见回盲部有网膜与侧腹壁粘连(图1-2), 诊断为大网膜粘连综合征. 在全麻下行腹腔镜肠粘连松解术中见大网膜与侧腹壁粘连成条索带同时发现回盲部与大网膜成束片状粘连(范围约3 cm×3 cm)粘连紧密, 电钩加操作钳多角度松解. 术后第1天患者自主排气, 可自如下床活动, 原症状消失. 术后第5天出院.

2 讨论

大网膜粘连综合征临床少见, 1988年Howtg首次报道, 我们复习了近20年的文献报告及病例均为术后诊断, 该术前诊断困难, 只要术前诊断明确, 行腹腔镜松解后, 就可解除大网膜牵拉引起的内脏痛, 效果很满意. 一般来说^[2], 大网膜疾病没有特异性检查手段, 我们根据文献报道^[3]大网膜按病理可分为4种: (1)仅一小部分大网膜与病灶瘢痕粘连; (2)粘连面积较为广泛, 横结肠轻度向下移位; (3)粘连严重, 横结肠被牵拉至下腹部; (4)大部分腹膜呈纤维化改变并伴有横结



图 2 三维重建矢状位图显示右下腹回盲部网膜与侧腹壁粘连. 箭头所指处粘连.

同行评价
本文简洁, 思路清晰, 结果可靠, 有一定学术价值.

肠明显下垂. 再结合国内诊断大网膜粘连综合征的临床诊断经验: (1)有腹部手术史特别以下腹部尤其阑尾和输卵管结扎术; (2)往往主诉以腹痛, 恶心, 呕吐, 腹胀, 便秘以及自感腹内有牵拉感; (3)查体躯干过伸时, 可引起切口瘢痕区以上腹部疼痛不适, 用手牵拉手术瘢痕上缘向下牵拉可引起不同程度疼痛和不适; (4)钡餐检查可见右半结肠扩张, 固定, 蠕动功能紊乱及钡剂排空延迟等现象. 而文献报道的腹腔内粘连影像检查主要是超声或MRI等观察腹腔内脏器运动受限的间接影像来反映粘连的存在, 借助腹腔注水超声可诊断盆腔粘连, 但直视性差. 本检查方法的特点是在原本密闭的腹腔内注入气体, 使得腹壁向前膨起, 腹内脏器压向后腹壁, 腹腔空间扩大, 腹膜与腹壁粘连得以拉伸展开, 呈现索带状结构, 该结构在气腹背景下清晰显示. 同时还可以运用螺旋CT图像后处理技术建立起立体三维图模拟出腹腔镜手术直视下所能看到的, 比腹腔镜优越的是还可以同时进行不同角度旋转, 不受周围器官及组织的约束, 更令人惊喜的是它还可以对粘连带进行不同厚薄切割采集术者术中所需要的大量信息, 大大降低了全麻和腹腔镜手术时间和难度.

总之, 结合患者主诉, 同时行气腹造影腹部CT平扫检查很容易在术前明确诊断大网膜粘连综合征.

3 参考文献

- 1 蔡晓军, 叶道斌, 邱凯. CT气腹造影诊断术后局限性腹壁肠粘连. 中国医学影像学杂志 2008; 16: 301-303
- 2 郑扶民. 大网膜疾病的检查手段及诊断. 中国实用外科杂志 1994; 14: 589-591
- 3 高清泽, 刘建华, 侯广昌, 王秀霞. 大网膜粘连综合征治疗体会. 河北中西医结合杂志 1999; 14: 468

编辑 李军亮 电编 吴鹏朕