

闭孔疝15例

张宏, 崔明明, 郑天一, 冯勇, 陈春生

■背景资料

闭孔疝是临床上罕见的一种腹外疝。由于其发病率低, 临床上缺乏特异性, 很难早期确诊。

张宏, 崔明明, 郑天一, 冯勇, 陈春生, 中国医科大学附属盛京医院结直肠肿瘤外科 辽宁省沈阳市 110004

辽宁省高等学校科学技术研究基金资助项目, No. 2009A719
辽宁省科学技术计划基金资助项目, No. 2009225010-22

作者贡献分布: 张宏、崔明明、郑天一、冯勇及陈春生对此文贡献均等; 课题由张宏与陈春生设计; 临床资料由崔明明与郑天一整理; 论文写作由张宏完成; 冯勇及与陈春生负责修改。

通讯作者: 陈春生, 教授, 110004, 辽宁省沈阳市, 中国医科大学附属盛京医院结直肠肿瘤外科。

zhanghong1203@yahoo.com.cn

收稿日期: 2010-11-02 修回日期: 2010-12-15

接受日期: 2010-12-15 在线出版日期: 2011-02-18

Diagnosis and management of obturator hernia: an analysis of 15 cases

Hong Zhang, Ming-Ming Cui, Tian-Yi Zheng,
Yong Feng, Chun-Sheng Chen

Hong Zhang, Ming-Ming Cui, Tian-Yi Zheng, Yong Feng, Chun-Sheng Chen, Department of Colorectal Tumor Surgery, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110004, Liaoning Province, China

Supported by: the Scientific and Technological Foundation of Universities of Liaoning Province, No. 2009A719; and the Scientific and Technological Program of Liaoning Province, No. 2009225010-22

Correspondence to: Professor Chun-Sheng Chen, Department of Colorectal Tumor Surgery, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110004, Liaoning Province, China. zhanghong1203@yahoo.com.cn

Received: 2010-11-02 Revised: 2010-12-15

Accepted: 2010-12-15 Published online: 2011-02-18

Abstract

AIM: To explore the etiological factors, diagnosis, and management of obturator hernia.

METHODS: The clinical data for 15 patients with obturator hernia who received laparotomy from Aug 2000 to Aug 2010 were analyzed retrospectively.

RESULTS: All patients presented with acute intestinal obstruction. Seven patients underwent an abdominal CT scan, and five of them had obturator hernia. One case was misdiagnosed as perforated gastroduodenal ulcer and nine as mechanical intestinal obstruction. Twelve patients received emergency laparotomy. Three operations were performed 18, 24, and 37 hours

after admission, respectively. Incarcerated small bowel was noted in all patients. Richter hernia was seen in seven cases. Anastomosis was carried out in five cases, and ileostomy in one case after resection of necrotic intestine. Obturator canal defects were repaired with figure-of-eight suture. Three patients suffered from pulmonary infection after operation. One patient suffered from wound infection, and one from multiple organ dysfunction syndrome. All patients were cured, and no recurrence was seen in 12 patients in the follow-up period ranging from 8 months to 7 years.

CONCLUSION: Emaciated elderly multiparous women suffering from sudden intestinal obstruction without definite reasons should be highly suspicious for obturator hernia. The Howship-Romberg sign, Hannington-Kiff sign, and CT scan are helpful to make a correct diagnosis. Early surgical intervention to relieve bowel incarceration is the exclusive therapy for the disease.

Key Words: Obturator hernia; Incarcerated hernia; Intestinal obstruction

Zhang H, Cui MM, Zheng TY, Feng Y, Chen CS. Diagnosis and management of obturator hernia: an analysis of 15 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2011; 19(5): 538-541

摘要

目的: 初步探讨闭孔疝发病相关因素, 临床特点及诊治方法。

方法: 回顾性分析2000-08/2010-08手术治疗的15例闭孔疝患者的临床资料。

结果: 临床表现均为急性肠梗阻症状。7例行CT扫描, 5例提示闭孔疝嵌顿。1例误诊为胃肠道溃疡穿孔, 另9例诊断为机械性肠梗阻。12例入院后急诊行手术治疗。3例分别保守治疗18、24及37 h后手术。嵌顿疝内容物均为小肠, 7例为肠管壁疝。肠切除吻合术5例, 肠切除、近端回肠造口1例, 其余9例疝内容物还纳后无血运障碍。所有患者行闭孔管口直接8字缝合修补。术后合并肺炎感染3例, 切口感染1例, 多

■同行评议者

杨柏霖, 副主任医师, 南京中医药大学附属医院结直肠外科

脏器功能衰竭1例. 全组15例均治愈. 随访12例, 随访时间8 mo-7年, 无闭孔疝复发.

结论: 对于瘦小的多产高龄女性, 突发病因不清的机械性小肠梗阻时应该考虑闭孔疝的可能. Howship-Romberg征、Hannington-Kiff征及CT检查有助于诊断. 早期手术解除嵌顿, 修补疝环是唯一有效治疗.

关键词: 闭孔疝; 嵌顿疝; 肠梗阻

张宏, 崔明明, 郑天一, 冯勇, 陈春生. 闭孔疝15例. 世界华人消化杂志. 2011; 19(5): 538-541

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/19/538.asp>

0 引言

闭孔疝是临床上罕见的一种腹外疝, 占有疝的0.05%-0.40%^[1]. 由于其发病率低, 临床上缺乏特异性, 很难早期确诊. 常常是出现绞窄性肠梗阻才考虑手术, 导致预后不良. 因此提高对本病的认识, 做出早期诊断和及时治疗, 具有重要意义. 中国医科大学附属盛京医院2000-08/2010-08收治闭孔疝15例, 现结合相关文献总结分析如下.

1 材料和方法

1.1 材料 中国医科大学附属盛京医院2000-08/2010-08收治闭孔疝15例, 其中男2例, 女13例, 年龄67-88(平均77.2)岁. 体质量33-48(平均40.8) kg. 女性患者分别生育2-8(平均4)胎. 既往子宫切除1例, 脊柱侧弯2例, 高血压病2例, 心肌缺血4例, 慢性支气管炎7例, 慢性阻塞性肺气肿2例, 慢性便秘5例, 2型糖尿病1例. 1例在13 mo前曾有急性肠梗阻发作, 保守治疗好转. 发病至入院时间18-79(平均38) h. 患者均有不同程度的腹痛腹胀、恶心呕吐等急性肠梗阻症状. 11例停止排气排便. 9例腹痛呈持续性阵发性加重. 2例诉疼痛放射至腰部及腹股沟区. 入院体温36.3℃-38.4℃, 腹膜刺激征10例, 肠鸣音有气过水声5例, 肠鸣音减弱4例, 肠鸣音消失6例. 仅5例行直肠及阴道指诊, 无阳性所见. 术前CT怀疑闭孔疝的5例患者追问病史有2例腹痛放射至患侧大腿内侧, 3例患侧大腿内侧有感觉异常. 其余10例在术后追问病史有4例主诉有患侧大腿内侧放射痛.

1.2 方法

1.2.1 辅助检查: 白细胞5.5-17.7(平均12.5)×10⁹/L, 血红蛋白92-141(平均12.3) g/L. 血清白蛋白

28.6-37.3(平均33.3) g/L. 立位腹平片均显示阶梯状排列的多发液气平面, 1例伴有膈下游离气体. 7例行CT扫描, 2例为低位小肠梗阻, 腹腔少量积液, 其余5例CT影像可见腹腔内高度扩张的小肠袢, 在耻骨肌和闭孔外肌之间显示界限清晰的圆形低密度影(图1, 2). 三维CT重建可见小肠突入闭孔管内致管腔闭塞, 近端肠管高度扩张(图3). CT诊断提示闭孔疝嵌顿.

1.2.2 术前诊断: 5例(33.3%)术前诊断为闭孔疝. 1例误诊为消化道溃疡穿孔, 另9例诊断为机械性肠梗阻(原因待查).

1.2.3 治疗: 采12例(4例闭孔疝, 8例肠梗阻)入院后急诊行手术治疗. 2例入院保守治疗18及24 h无效后剖腹探查. 1例诊断明确为闭孔疝的患者, 其家属拒绝手术, 入院后37 h突发剧烈持续性腹痛伴感染性休克, 再次交代病情后行手术治疗. 术中诊断闭孔疝, 左侧8例, 右侧7例. 嵌顿疝内容物均为小肠, 7例为小肠壁疝. 还纳疝内容物后, 9例肠管血运良好, 6例肠管坏死, 其中并发穿孔2例. 行坏死肠管切除、肠吻合术5例, 坏死肠管切除、远端肠管闭合、近端回肠造口1例. 所有病例行闭孔管口直接8字缝合修补. 手术时间89-130(平均103) min.

2 结果

术后合并肺内感染3例, 切口感染1例. 1例肠管坏死穿孔的患者合并多脏器功能衰竭入ICU治疗6 d后转回普通病房. 全组15例均治愈. 回肠造口患者拒绝行二次手术还纳. 随访12例, 随访时间8-24 mo, 无闭孔疝复发, 1例术后2年合并粘连性肠梗阻, 保守治疗好转.

3 讨论

闭孔管是耻骨上支与闭孔膜上缘之间向前内下方斜行的裂隙, 长约2-3 cm. 管壁由坚韧的腱膜及骨质构成, 上界为耻骨上支的闭孔沟, 下界为闭孔内肌、壁层盆筋膜及闭孔膜的游离缘, 闭孔神经及闭孔动静脉走行于其中. 闭孔疝是腹腔内脏器突入闭孔管而形成的一种临床极为罕见的腹外疝. Skandalakis等^[2]将闭孔疝的形成分为三个解剖阶段: (1)腹膜外脂肪及结缔组织突入闭孔管内口; (2)腹膜进入闭孔管内形成疝囊; (3)腹腔内脏器进入疝囊出现临床症状.

闭孔疝以单侧多见, 也有双侧发病的报道^[3]. 由于左侧有乙状结肠的遮挡, 右侧发病多于左侧^[4]. 本组均为单侧发病, 左侧7例, 右侧8例. 女性多见, 文献报道男女比例为1:9^[5], 本组2:13.

■ 相关报道

1983年Cubillo首次报道CT用于诊断闭孔疝. Kammori报道16例闭孔疝通过术前CT检查15例获得确诊.

■创新盘点

本文总结近10年手术治疗的15例闭孔疝患者详细资料,并结合相关文献就闭孔疝的临床表现、诊断和治疗方法做了具体论述。



图1 腹腔内肠管高度扩张,回肠末端在左侧盆壁处瘪陷狭窄。



图2 耻骨肌和左闭孔外肌之间界限清晰的圆形低密度影。

闭孔疝好发于高龄、瘦小、多产的女性,推测与骨盆宽阔及闭孔管周围组织韧带萎缩松弛、覆盖闭孔管的腹膜外脂肪缺如有关^[6,7]。本组患者平均年龄77.2岁,平均体质量40.8 kg,平均生育4胎。疝内容物多为小肠,极少数也可能是卵巢、阑尾、Meckel's憩室、结肠、膀胱等^[8,9]。本组所见均为小肠。

闭孔疝的主要临床表现是肠梗阻和闭孔神经刺激症状。由于闭孔管周围组织为纤维及骨性结构,坚韧无弹性,而且疝环小,疝内容物容易嵌顿。同时由于闭孔疝发病率低,临床表现缺乏特异性,很容易误诊,导致嵌顿肠管坏死,预后不良。临床上对于身材瘦小的老年女性,尤其是伴有多次生育史者,突发原因不明的机械性小肠肠梗阻时应考虑有闭孔疝的可能。下列体征和检查有助于诊断: (1)Howship-Romberg征: 由于闭孔神经受压,腹股沟区和大腿前内侧麻木、刺痛或者感觉过敏,疼痛向膝内侧放射,屈髓外旋或者大腿伸直外展时加重,反之减轻。文献报道50%的患者Howship-Romberg征阳性^[4,8],本组阳性7例(46.7%)。然而由于严重的腹痛往往掩盖了患者的这一症状,而且临床医生在考虑不到闭孔疝的情况下查体也容易忽视这个体征;



图3 CT三维重建显示小肠突入闭孔管内致肠腔闭塞,近端肠管高度扩张。A: 矢状位; B: 冠状位。

(2)Hannington-Kiff征: 由于闭孔神经受压,患侧大腿内收反射消失。由于对本病的认识不足,本组未做此检查。Shipkov等^[10]认为Hannington-Kiff征比Howship-Romberg征更有特异性; (3)由于肠管坏死后疝囊内的血性积液渗出,少数患者在股三角处可见淤血斑。本组患者查体未见这一征象; (4)直肠指诊或阴道内诊: 在截石位2和10点处,部分患者可触及盆壁质软有触痛的包块。但是由于疝块较小,位置深在,在查体时容易忽视^[1]。由于临床医生在小肠梗阻时往往不重视指诊的价值,而且也可能因为经验不足导致重要的发现被遗漏。本组5例行直肠阴道指诊,无阳性所见; (5)CT: 1983年Cubillo首次报道CT用于诊断闭孔疝。Kammori报道16例闭孔疝通过术前CT检查15例获得确诊。目前被认为是最有效、最有价值的检查手段,准确性达到80%以上^[4,11]。本组7例术前CT检查,5例确诊闭孔疝。

闭孔疝需早期手术治疗。手术方式可以是传统开放式手术或者腹腔镜下手术。手术入路有经腹入路,腹股沟入路,耻骨后入路,闭孔入路等^[5,12-14]。我们的体会是闭孔疝很难术前诊断,多为探查性手术,即使术前确诊也不能确定是否有肠管坏死、是否需要肠切除吻合,因此常选择经腹腔入路。其优势在于操作简单,显露清楚,便于手术,探查全面,可避免遗漏病变。术中注意事项: (1)注意探查是否有对侧隐匿的闭孔疝,有无合并腹股沟疝或股疝; (2)全面探查腹腔内有无其他肠梗阻因素; (3)肠管嵌顿难以还纳时不要暴力勉强牵拉以免加重肠管损伤。可用电刀在疝环内下方切开松解,注意不要损伤内上方的闭孔血管和神经; (4)疝内容物还纳后注意判断肠管血运,如果有坏死或者穿孔行肠壁部分切除或肠管部分切除; (5)暴露闭孔管口后8字缝合缝扎疝环; (6)闭孔疝疝环较小,修补时多无张力,一般不需要放置补片。近几年随着微创外

科理念的逐渐推广和相应设备的完善,技术的成熟,腹腔镜下闭孔疝手术得到了开展^[12]。尽管微创是发展方向,然而其真正推广还受技术经验的限制^[15]。

闭孔疝发病率低,临床上多数仅仅表现为小肠梗阻,缺乏特异性的症状和体征,医生对本病也认识不充分,术前很难做出正确诊断。同时由于患者多为年老体弱者,常伴发其他疾病,手术风险大,临床医生往往会对手术持犹豫态度,从而错过手术时机。待保守治疗病情加重时再考虑手术常常合并肠管坏死,甚至肠穿孔,弥漫性腹膜炎,感染性休克,导致预后不良。本组无死亡率,我们的体会是:(1)对病因诊断不清的肠梗阻,尤其是对于老年患者,早期积极手术治疗优于盲目被动的保守治疗;(2)重视全腹CT检查在诊断不清的急腹症中的应用。

总之,对于瘦小的多产高龄女性,突发病因不清的机械性小肠梗阻时应该考虑闭孔疝的可能。Howship-Romberg征及Hannington-Kiff征有助于诊断。CT检查常能做出正确诊断。早期手术解除嵌顿,修补疝环是唯一有效治疗。

4 参考文献

- 1 Dundamadappa SK, Tsou IY, Goh JS. Clinics in diagnostic imaging (107). *Singapore Med J* 2006; 47: 89-94; quiz 95
- 2 Skandalakis LJ, Androulakis J, Colborn GL, Skandalakis JE. Obturator hernia. Embryology, anatomy, and surgical applications. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 71-84
- 3 Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Khullar R, Soni V, Baijal M, Wadhwa A, Sharma A. Endoscopic totally extraperitoneal repair for occult bilateral obturator hernias and multiple groin hernias. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2004; 14: 313-316
- 4 Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, Ohta H, Hashimoto H, Kaminishi M. Forty-three cases of obturator hernia. *Am J Surg* 2004; 187: 549-552
- 5 Shapiro K, Patel S, Choy C, Chaudry G, Khalil S, Ferzli G. Totally extraperitoneal repair of obturator hernia. *Surg Endosc* 2004; 18: 954-956
- 6 Chang SS, Shan YS, Lin YJ, Tai YS, Lin PW. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg* 2005; 29: 450-454; discussion 454
- 7 Pai HW, Chang CM, Wu IC, Chang CM. Obturator hernia: an unusual cause of intestinal obstruction. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 559-560
- 8 Sorabella RA, Miniati DN, Brandt ML. Laparoscopic obturator hernia repair in an adolescent. *J Pediatr Surg* 2005; 40: e39-e41
- 9 Hakeem AA, Shaheen F, Shafi H, Gojwari TA, Rasool S. CT findings in obturator hernia with Meckel's diverticulum--a case report. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 576-577
- 10 Shipkov CD, Uchikov AP, Grigoriadis E. The obturator hernia: difficult to diagnose, easy to repair. *Hernia* 2004; 8: 155-157
- 11 Haraguchi M, Matsuo S, Kanetaka K, Tokai H, Azuma T, Yamaguchi S, Kanematsu T. Obturator hernia in an ageing society. *Ann Acad Med Singapore* 2007; 36: 413-415
- 12 Yau KK, Siu WT, Chau CH, Yang PC, Li MK. Laparoscopic management of incarcerated obturator hernia. *Can J Surg* 2005; 48: 76-77
- 13 Wu JM, Lin HF, Chen KH, Tseng LM, Huang SH. Laparoscopic preperitoneal mesh repair of incarcerated obturator hernia and contralateral direct inguinal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2006; 16: 616-619
- 14 Kim JJ, Jung H, Oh SJ, Lee KH, Park SM, Kim YH, Kim JG. Laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty of bilateral obturator hernia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005; 15: 106-109
- 15 Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J Am Coll Surg* 2002; 194: 657-663

编辑 曹丽鸥 电编 李薇

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2011年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

中国科技信息研究所发布《世界华人消化杂志》 影响因子 0.625

本刊讯 一年一度的中国科技论文统计结果11月26日由中国科技信息研究所(简称中信所)在北京发布。《中国科技期刊引证报告(核心版)》统计显示,2009年《世界华人消化杂志》总被引频次3 009次,影响因子0.625,综合评价总分49.4分,分别位居内科学类48种期刊的第6位、第9位、第6位,分别位居1 946种中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)的第87位、第378位、第351位;其他指标:即年指标0.112,他引率0.79,引用刊数473种,扩散因子15.72,权威因子1 170.03,被引半衰期4.0,来源文献量752,文献选出率0.93,地区分布数30,机构分布数30,基金论文比0.39,海外论文比0.01。

经过多项学术指标综合评定及同行专家评议推荐,《世界华人消化杂志》再度被收录为“中国科技论文统计源期刊”(中国科技核心期刊)。(编辑部主任:李军亮 2010-11-28)