



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.031
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.031
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(11):1641-1642.

· 病案报告 ·

腹腔镜手术治疗十二指肠旁疝 1 例

黎朝良¹, 方兰², 汪启斌¹, 陈亮¹, 黄建朋¹, 韩明福¹

(湖北医药学院附属人民医院 1. 胃肠外科 2. 消化内科, 湖北 十堰 442000)

关键词 十二指肠旁疝 / 外科学; 腹腔镜; 病例报告
中图分类号: R656.2

患者 女, 66岁。因腹痛半月入院。腹痛以左中上腹部为甚, 呈阵发性胀痛, 疼痛程度难以忍受, 常于进食后发作, 无放射痛, 伴恶心、呕吐, 且发作时左上腹部可触及一鸡蛋大小包块, 疼痛可自行缓解, 疼痛缓解时腹部包块消失。起病后曾在当地医院诊治 [腹部 CT 平扫提示: 左侧中上腹部见圆形肿块影, 其内见肠管、肠系膜包裹, 边缘光滑, 周围脂肪、系膜密度增高, 肿块近

端十二指肠及胃窦部扩张, 考虑左侧十二指肠旁疝 (图 1); 胃镜提示: 慢性糜烂性胃炎, 并行 654-2 解痉、泮托拉唑护胃等治疗]。腹痛无明显缓解, 2 d 前腹痛自行缓解后来我院就诊。既往无外伤、腹部手术史和输血史。入院查体: 腹平软, 腹部未触及包块, 左上腹压痛, 无反跳痛。入院后消化道造影、腹部 CT 检查均提示未见明显异常。结合之前病史及 CT 检查诊断为: 十二指肠旁疝。于

2015年5月13日在全麻下行腹腔镜下十二指肠旁疝疝环松解、缝合关闭术, 术中所见: 有长约 1.0 m 的近端空肠于十二指肠升部右侧疝入结肠系膜后方, 疝环狭窄 (图 2), 松解扩大疝环后, 将小肠轻柔牵出并以 7 号不可吸收丝线将疝环缝合关闭 (图 2), 术毕患者安返病房。术后恢复顺利, 痊愈出院。

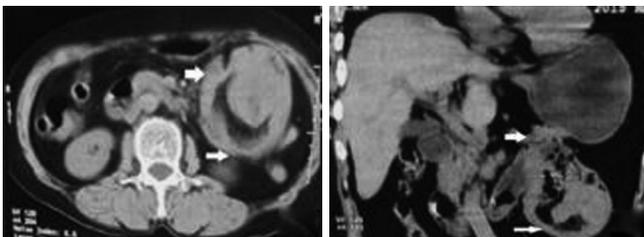


图 1 CT 检查胃后壁可见包裹呈团块状的肠管

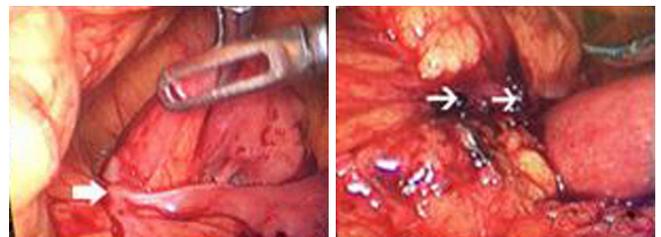


图 2 术中牵拉还纳小肠, 疝环狭窄, 松解扩大疝环后以 7 号不可吸收丝线将疝环缝合关闭

讨论 十二指肠旁疝是一种临床罕见病, 是腹内疝的一种类型, 约占所有腹内疝的 50% 左右^[1-2]。依据疝发生的部位, 十二指肠旁疝分为

左右两种类型, 其中有约 75% 的病例发生在左侧^[2]。目前, 该病的发病机制尚不明确。有文献^[1, 3]报道, 在胚胎发育过程中, 十二指肠升部左右两侧可产生潜在性的间隙 (左侧间隙称之为 Landzerts 隐窝, 右侧间隙称之为 Waldeyer 隐窝), 升高的腹内压可推挤小肠进入十二指肠升部左右两侧间隙, 即形成十二指肠旁疝。

十二指肠旁疝的临床表现无特异性, 其最常见的临床表现是小肠梗阻引起的腹痛^[4]。腹痛间断性发作,

且多于餐后发作, 发作时伴有恶心、呕吐, 左上腹部还可触及及突出的包块, 当疝入的小肠自行还纳后, 患者腹痛等肠梗阻表现即可缓解, 同时腹部包块也消失, 有部分患者可终身无症状。当疝环过小致嵌顿的肠管发生缺血坏死时, 可出现发热、脉搏增快、白细胞计数升高等全身性感染表现^[5]。据文献^[4]报道, 有近一半的十二指肠旁疝发生嵌顿, 且大多数病例在 40~60 岁之间被诊断。因此, 尽早明确十二指肠旁疝的诊断十分重要。

收稿日期: 2015-06-26;

修订日期: 2015-09-12。

作者简介: 黎朝良, 湖北医药学院附属人民医院主治医师, 主要从事胃肠腹腔镜外科方面的研究。

通信作者: 汪启斌, Email: 2009203020087@whu.edu.cn

十二指肠旁疝的诊断比较困难, 仅约 10%~15% 的患者在术前得到确诊^[6]。目前主要依据剖腹探查和腹部 CT 等方法来确诊^[7]。腹痛急性发作时的腹部 CT 检查最具诊断意义, 本例也是在腹痛发作时经腹部 CT 平扫发现, 腹部 CT 可见 Treitz 韧带水平肠袢包裹在胃和胰腺之间, 在肠袢中可见肠管扩张和液气平面, 小肠袢聚集并与腹膜后器官邻近^[8], 本例急性发作时的腹部 CT 表现也与既往文献报道类似(图 1-2)。CT 静脉造影可见肠系膜下静脉向上前方移位^[9]。本例腹痛自行缓解后, 行腹部 CT、消化道造影等影像检查均未见明显异常, 因为疝入的小肠已自行还纳复位。故腹部 CT 等影像检查应尽可能在腹痛急性发作时进行, 这可能更易于发现病变。值得注意的是, 对于不明原因腹痛、诊断存在困难的患者, 尤其是既往无腹部手术史时, 需高度警惕存在十二指肠旁疝可能。此时, 腹腔镜腹腔探查也是一种有效的诊断方法。本例先经腹腔镜腹腔探查使其诊断得到进一步明确, 同时还可以排除腹腔存在其他疾病可能, 更为重要的是, 腹腔镜下视野更开阔, 这对于明确疝入的肠管与结肠系膜等组织器官的解剖关系具有重要意义。

十二指肠旁疝需行手术治疗。还纳疝内容物, 恢复正常解剖关系, 修补缺损为其手术治疗遵循的基本原则^[3]。目前, 国内外均有腹腔镜手术治疗十二指肠旁疝的病例报道^[6,10], 本例围手术期无出血、感染、肠梗阻等并发症发生, 术后恢复顺利, 再一次证实腹腔镜手术治疗十二指肠旁疝安全有效。当疝环较大时, 可将疝入的小肠轻柔牵出复位^[3,5]。本例小肠还纳后, 以不可吸收线缝

合关闭结肠系膜缺损或裂孔(图 2)。关闭疝囊过程中, 必须注意肠系膜下静脉和左结肠动脉损伤可能。因为肠系膜下静脉和左结肠动脉常位于疝环的前边缘。与开腹手术相比, 腹腔镜下视野更开阔, 且其图像具有放大作用, 故其更有利于疝环边缘的血管保护。当肠管过度扩张, 疝环狭窄或疝环与肠管粘连时, 可切开疝囊(左侧结肠系膜)的无血管区直至肠系膜下静脉的右侧, 以扩大疝环, 还纳肠管。如果疝环不能扩大, 可将疝囊前壁切除, 这可能有助于减轻肠嵌顿, 切除时应该从肠系膜下静脉的左侧开始向降结肠方向进行, 同时还应注意保护肠管的边缘动脉^[5]。当疝入的小肠缺血坏死时, 则需将相应的肠段切除一期吻合。但需要注意的是, 腹痛缓解的十二指肠旁疝行腹腔镜手术时, 由于肠管已自行还纳, 腹腔空间无明显改变, 对腹腔镜下的手术操作无明显影响, 但需注意判断已还纳肠管的血运和生机; 当十二指肠旁疝并发急性肠梗阻, 甚至发生绞窄时, 则需急诊手术, 此时, 肠袢扩张, 肠管间可存在急性炎性粘连, 腹腔空间减少, 给手术操作带来一定的困难, 这可能会增加腹腔镜手术的风险。因此, 对于经腹腔镜探查进一步确诊为十二指肠旁疝的患者, 如腹腔镜下处理比较困难, 应及时中转开腹手术治疗。

参考文献

- [1] Falk GA, Yurcisin BJ, Sell HS. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature[J]. *BMJ Case Rep*, 2010, pii: bcr0420102936. doi: 10.1136/bcr.04.2010.2936.
- [2] 靳猛, 王爱亮, 屈苗苗. 十二指肠旁疝一

例诊治体会[J]. *中华疝和腹壁外科杂志: 电子版*, 2013, 7(2):191.

- [3] Tong RS, Sengupta S, Tjandra JJ. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature[J]. *ANZ J Surg*, 2002, 72(1):69-71.
- [4] Bouchentouf SM, Raissouni F, El Kaoui H, et al. Intestinal obstruction due to a left paraduodenal hernia: a case report[J]. *J Med Case Rep*, 2013, 13(7): 272.
- [5] Al-Khyatt W, Aggarwal S, Birchall J, et al. Acute intestinal obstruction secondary to left paraduodenal hernia: a case report and literature review[J]. *World J Emerg Surg*, 2013, 8(1):5.
- [6] Assenza M, Rossi D, Rossi G, et al. Laparoscopic management of left paraduodenal hernia. Case report and review of literature[J]. *G Chir*, 2014, 35(7/8):185-189.
- [7] Hassani KI, Aggouri Y, Laalim SA, et al. Left paraduodenal hernia: A rare cause of acute abdomen[J]. *Pan Afr Med J*, 2014, 17:230. doi: 10.11604/pamj.2014.17.230.3546.
- [8] Fernández-Rey CL, Martínez-Álvarez C, Concejo-Cutoli P. Acute abdomen secondary to left paraduodenal hernia: diagnostic by multislice computer tomography[J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 2011, 103(1):38-39.
- [9] Schaffler GJ, Groell R, Kammerhuber, F et al. Anterior and upward displacement of the inferior mesenteric vein: a new diagnostic clue to left paraduodenal hernias?[J]. *Abdom Imaging*, 1999, 24(1):29-31.
- [10] 徐伟立, 李索林, 仲智勇. 腹腔镜手术治疗十二指肠旁疝合并肠旋转不良[J]. *中国微创外科杂志*, 2007, 7(5):495-496.

(本文编辑 姜晖)