

文章编号:1005-6947(2007)04-0375-03

· 文献综述 ·

腹茧症的外科诊治现状

朱化强 综述 代文杰 审校

(哈尔滨医科大学附属第一医院 肝胆胰外科, 黑龙江 哈尔滨 150001)

摘要:笔者复习相关文献,对腹茧症的病因、病理、临床特点、诊断及治疗等方面的研究现状作一综述,旨在加深临床医生对该病的认识。 [中国普通外科杂志,2007,16(4):375-377]

关键词: 腹茧症; 综述文献

中图分类号: R656.4 **文献标识码:** A

腹茧症(abdominal cocoon, AC)是一种临床罕见的腹膜病变,其特征为腹腔内部分或全部脏器被一层致密的灰白色膜样纤维结缔组织包裹,形似蚕茧。本病由 Foo 等^[1]于1978年首先报道并命名。也有文献称之为局限性小肠外膜包绕症、特发性硬化性腹膜炎、慢性纤维性包裹性腹膜炎、小肠禁锢症、小肠茧状包裹症等。由于临床极少见,表现又缺乏特异性,故诊断困难,误诊率较高,治疗等方面也存在较多争议。现将本病的外科诊治现状作一综述,以加深临床医生对本病的认识。

1 病因及发病机制

目前腹茧症的病因仍不十分明了。有多种学说,但尚无一种学说能解释所有病例,一般认为由多种因素造成。

1.1 先天性发育畸形

支持此学说的较多。该学说认为本病为胚胎发育过程中腹膜发生变异所致。其根据是有许多病例伴有网膜缺如或明显缩短^[2],或伴有其他先天性发育异常。王飞海等^[3]报道一组7例腹茧症均有网膜缺如,其中1例伴有子宫幼稚畸形。

收稿日期:2005-11-29;

修订日期:2006-08-15。

作者简介:朱化强,男,山东德州人,哈尔滨医科大学附属第一医院硕士研究生,主要从事肝胆胃肠临床方面的研究。

通讯作者:代文杰 E-mail:wenjdai@yahoo.com.cn

1.2 性别因素

本病多见于青年女性及久婚不育者,男性发病明显少于女性。Foo 等^[1]认为,月经期某种病毒逆行感染引起亚临床性原发性腹膜炎,纤维素渗出并机化,导致腹腔内纤维包膜形成。Seng 等^[4]认为某种地方性病原体经女性生殖道侵入致逆行感染,造成腹膜炎,而导致本病发生。但本病男性患者逐渐增多的报道似乎不支持这一观点。

1.3 腹腔内异常刺激

各种疾病引起的腹水、结核性腹膜炎、腹腔手术、长期腹膜透析、腹腔化疗等使腹腔内脏器浆膜受异物刺激,引起纤维素大量渗出,形成原发性腹膜炎,继而机化形成纤维包膜。Jwo 等^[5]报道长期腹膜透析可导致腹茧症。Yip 等^[6]报道各种疾病伴有腹水时患腹茧症的可能性增加。Laloo 等^[7]报道结核性腹膜炎可导致腹茧症。Levine 等^[8]用家用漂白剂腹腔内注射,成功建立了大鼠腹茧症的模型。

1.4 药物作用

长期服用 β 受体阻滞剂可引起本病。Eltringham 等^[9]认为其原因可能是 β 受体阻滞剂降低了细胞内控制细胞正常生长的cAMP和cGMP的比例,导致胶原过度生成,腹腔内纤维素渗出并机化形成纤维包膜包裹腹腔脏器。

1.5 其他

本病多发于热带及亚热带地区,

Seng 等^[4]曾猜测与某种地区性病原体感染有关。Deeb 等^[10]认为高温气候可能影响胎儿的腹膜发育,从而导致腹膜发育异常。

2 病理

大体病理特征为腹腔内部分或全部脏器被一层致密的灰白色膜样纤维结缔组织包裹,成团块状、马蹄型或U型,形似蚕茧,包膜可为一层或多层。被包裹的脏器以小肠最为常见。肉眼观察,包膜表面较光滑,厚约0.3~0.5cm,一般与壁层腹膜无粘连。当包膜在肠管间形成条索状粘连或缩窄环时可限制肠管的运动从而导致肠梗阻。镜下观察,包膜为正常腹膜组织或为增生的纤维结缔组织,有炎性细胞浸润并可伴有透明样变性或玻璃样变性。

3 临床表现与特点

由于产生的病因及发病机制不同,腹茧症的临床表现有不同的特点。根据病因可将腹茧症分为腹膜包绕症(peritoneal encapulation)和特发性硬化包绕性腹膜炎(idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis)。

3.1 腹膜包绕症

此型多为先天性胚胎发育异常,如大网膜发育不全,导致先天性异常纤维膜的形成,一般无临床症状或仅有轻微的腹部不适、消化不良、腹部肿块等,常于其他疾病手术时或尸检

中偶然发现。此型一般是多脏器包裹,被包裹的脏器相对固定,出现肠梗阻的机会很少。此型症状多在青少年后才出现,其原因可能是随着年龄的增长,肠管发育增粗,对包膜张力越来越大。某些因素,如饱餐后剧烈运动、进食过饱或食物不易消化、腹腔脏器炎症等可使肠管炎性水肿加重,肠管内容物增加,张力增高,而包膜又限制肠管活动,此时也可诱发急性肠梗阻,严重者还可造成肠坏死。手术进腹较困难。

3.2 特发性硬化包绕性腹膜炎

此型多由腹水、结核性腹膜炎、腹腔手术、长期腹膜透析、腹腔化疗等后天性因素所致。一般以腹部肿块、腹痛、腹胀、恶心、呕吐、肛门停止排便、排气等急性或慢性肠梗阻症状为主要表现。病程长短不一,国内报道最长可达20余年^[11]。体检可见腹部膨隆、肠型,听诊肠鸣音亢进或减弱,触诊可及固定或可推动的腹部肿块,局部或全腹可有压痛、反跳痛,术中可见腹膜壁层、胃、小肠和结肠表面被一层纤维膜广泛包裹,小肠扩张,肠管之间粘连紧密,呈团块状。

4 诊断

由于临床表现缺乏特异性,腹茧症术前诊断十分困难。绝大多数病例被误诊为其他疾病,如机械性肠梗阻、慢性阑尾炎等,最终因剖腹手术确诊^[12]。高智亭等^[13]报道一组16例腹茧症均经手术确诊。

综合文献资料笔者认为有以下情况时应疑及本病:(1)青少年患者,尤其是女性有月经不调史,出现肠梗阻症状而既往无手术史等明显原因者;(2)不明原因肠梗阻,既往反复发作,但可自行缓解者;(3)既往病史中伴有腹水发生,或长期进行腹膜透析或腹腔化疗者;(4)腹部触及活动性质软肿块,边界不清,肠鸣音亢进或减弱等。

辅助检查对本病的诊断有一定帮助。

4.1 钡餐透视

钡餐透视示腹部肿块内为折叠的小肠,肠袢排列成花菜状,加压后肠管不易分离,推动肿块时该段小肠随之移动。X光透视下可见钡剂通过小肠的时间明显迟滞,钡柱前进的形状呈“M”形。正常情况下钡柱经过小肠时呈“Z”形^[14]。如果近段小肠扩张或有气液平面说明已有梗阻发生。

4.2 CT检查

CT表现具有特征性,可看到包裹肠袢的纤维包膜,其密度比周围高,包裹内为盘曲成团的肠管,发生梗阻时可见肠管扩张、积气和液平面,增强后纤维包膜强化。CT还可用于鉴别腹部肿块是否为炎性肿块、脓肿或肿瘤等。

4.3 B超检查

B超可发现肿块由粘连成团的肠管组成^[15],外层包裹的纤维膜呈弱回声,并可观察有无肠蠕动。

4.4 腹腔镜探查

近些年来腹腔镜已经逐渐普及。Mordehai等^[16]报道对腹茧症的可疑病例进行腹腔镜检查可提高诊断率。由于腹膜壁层和脏层间广泛粘连,腹腔镜检查时气腹针刺及充气常较困难,操作应谨慎。套管针(trocar)穿刺更应小心,切不可在良好充气前即盲目穿刺,以免损伤肠管^[17]。

5 治疗

5.1 非手术治疗

对于症状较轻的患者,目前主张采取非手术治疗,包括胃肠减压、纠正电解质紊乱、中医中药治疗等。因其他疾病而在检查或手术中发现者,可不予处理。

5.2 手术治疗

手术是治疗腹茧症的主要方法。对腹胀、腹痛明显或出现肠梗阻症状者均应给予手术治疗。手术原则是:松解粘连,切除包膜,解除梗阻。但由于松解粘连过程中容易损伤小肠血管引起肠管血运障碍,或损伤肠壁,引起肠瘘,而且有时广泛的分离

日后仍可形成广泛的粘连,梗阻的发生几率增加,所以目前不主张为了将包膜彻底切除而过分松解粘连。对于有肠管血运差、肠坏死者可可行肠切除吻合术。如术中发现局部小肠粘连成团,且因粘连过重难以分离也可将团块切除,但要注意切除的小肠不宜过长,以免引起短肠综合征及其他并发症。由于部分病例术后仍会形成广泛粘连,故目前主张术中广泛分离包膜者应同时作肠排列术,这样即使术后再次粘连也可使肠道形成有规律的粘连,可大大减少再次梗阻的发生率。为减少术后再次广泛粘连的几率,还可于关腹前向腹腔内注入中分子右旋糖酐或无菌液体石蜡,术后给予抑制纤维素生长的药物并鼓励患者早日下床活动,以预防包膜再形成。

术后处理也很重要^[18]。由于手术范围广泛,患者术后容易出现肠道功能紊乱,部分患者甚至在较长时间内肠道处于麻痹状态,有出现“假性肠梗阻”的可能。此时应先采取综合的非手术治疗措施,耐心观察,切勿急于解除“梗阻”而再次盲目手术。

参考文献:

- [1] Foo KT, Ng KC, Rauff A, et al. Unusual small intestinal obstruction in adolescent girls: the abdominal cocoon [J]. Br J Surg, 1978, 65 (6): 427-430.
- [2] Rajagopal AS, Rajagopal R. Conundrum of the cocoon: report of a case and review of the literature [J]. Dis Colon Rectum, 2003, 46 (8): 1141-1143.
- [3] 王飞海, 郑敏, 郑志强, 等. 腹茧症七例临床分析 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2001, 4 (2): 80.
- [4] Seng LK, Mahadaven M, Musa A. Abdominal cocoon: a report of two cases [J]. Br J Surg, 1993, 80 (9): 1149.
- [5] Jwo SC, Chen KS, Lin YY. Video-

- assisted laparoscopic procedures in peritoneal dialysis [J]. *Surg Endosc*, 2003, 17 (10): 1666 - 1670.
- [6] Yip FW, Lee SH. The abdominal cocoon [J]. *Aust NZJ Surg*, 1992, 62 (8): 638 - 642.
- [7] Lalloo S, Krishna D, Maharajh J. Case report; abdominal cocoon associated with tuberculous pelvic inflammatory disease [J]. *Br J Radiol*, 2002, 75 (890): 174 - 176.
- [8] Levine S, Saltzman A. Abdominal cocoon; an animal model for a complication of peritoneal dialysis [J]. *Perit Dial Int*, 1996, 16 (6): 613 - 616.
- [9] Eltringham WK, Espiner HJ, Windsor CW, *et al.* Sclerosing peritonitis due to practionol; a report on 9 cases and their surgical management [J]. *Br J Surg*, 1977, 64 (4): 229 - 235.
- [10] Deeb LS, Mourad FH, El-Zein YR, *et al.* Abdominal cocoon in a man: preoperative diagnosis and literature review [J]. *J Clin Gastroenterol*, 1998, 26 (2): 148 - 150.
- [11] 杨建芬, 李宁, 黎介寿. 原发性腹茧症的诊断与治疗 [J]. *中华外科杂志*, 2005, 43 (9): 561 - 563.
- [12] 何博华, 高洁贤, 薛福龙, 等. 腹茧症 7 例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12 (4): 311 - 312.
- [13] 高智亭, 李荣梅, 吴童. 腹茧症 16 例诊治体会 [J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12 (7): 526 - 527.
- [14] 王鲁仲, 齐滋华, 刘亚群, 等. 腹茧症的影像及临床诊断 [J]. *中国医学影像技术*, 2005, 21 (3): 411 - 413.
- [15] Vijayaraghavan SB, Palanivelu C, Sendhilkumar K, *et al.* Abdominal cocoon: sonographic features [J]. *J Ultrasound Med*, 2003, 22 (7): 719 - 721.
- [16] Mordehai J, Kleiner O, Kirshtein B, *et al.* Peritoneal encapsulation: a rare cause of bowel obstruction in children [J]. *J Pediatr Surg*, 2001, 36 (7): 1059 - 1061.
- [17] 胡燕军, 朱依敏. 腹茧症合并不孕的腹腔镜检查与治疗 [J]. *浙江大学学报(医学版)*, 2004, 33 (5): 462 - 464.
- [18] 刘胜, 陈森林, 孙德好, 等. 沿海居民小肠禁锢症三例 [J]. *中华航海医学与高气压医学杂志*, 2005, 12 (2): F003 - F004.

中华现代医院管理杂志征稿

《中华现代医院管理杂志》是由中华临床医药学会主办的国际性医院管理专业期刊, 具有 ISSN/CN 标准刊号, 被《中文生物医学期刊文献数据库》、国家科技部《中文科技期刊数据库》、中华首席医学网等收录, 并得到国内 1000 多家权威医院及 2000 多位管理专家的支持。国内外读者均可以在中华首席医学网 (www.shouxi.net) 免费阅读杂志全文。

本刊积极倡导职业化医院管理理念, 探讨有中国特色的医院发展之路。为医院院长、医院职业管理人员及从事医院管理的教学者提供一个学习、交流和展示成果的平台。本刊的主要栏目有论述、综述、工作研究、医院研究、改革与发展、医院管理论坛、公共卫生论坛、读者来信、评论、海外视点等, 接受以下方面内容的稿件: 经营管理、人力资源管理、信息管理、质量管理、医疗设备管理、护理管理、病案管理、科室管理、药事管理、医院文化、后勤管理、医事法规、医疗事故与纠纷管理、危机管理、服务管理等。

关于本刊的详细介绍请登录 www.cjcha.net 免费查询。

投稿邮箱: 北京 100088 - 74 信箱 中华现代医院管理杂志编辑部(收)

邮编: 100088 网站: www.cjcha.net

电话: 010 - 62250990 010 - 62252523 E-mail: hospital@chinamed.cn