

文章编号:1005-6947(2005)03-0212-03

· 临床研究 ·

# 腹内疝的诊断和治疗

曾辉, 谢勇

(四川省德阳市人民医院 外科, 四川 德阳 618000)

**摘要:** **目的** 探讨腹内疝发生的原因, 提高腹内疝的早期诊断及治疗水平。 **方法** 回顾分析 68 例腹内疝的临床资料。 **结果** 术后证实为盲肠旁疝 1 例; 毕 II 式结肠前胃空肠吻合术后输出段空肠疝入输入段空肠与横结肠系膜间隙 6 例, 其中发生肠坏死 1 例, 行疝复位、肠切除吻合后治愈; Miles 术后盆底腹膜裂开所致内疝 4 例; 降结肠造口术后降结肠与侧腹壁形成的间隙致内疝 6 例; 大网膜与乙状结肠造口肠壁粘连形成内疝 1 例; 因手术、腹腔炎症引起的粘连与腹膜、卵巢、膀胱、子宫、肠壁或肠与肠之间的孔隙改变形成内疝 50 例 (73.5%), 其中肠坏死 3 例, 行疝复位裂孔修补、粘连松解、肠切除吻合后治愈。 **结论** 腹内疝术前诊断困难。对有手术史, 经常腹痛或肠梗阻表现者应考虑腹内疝的可能, 并应早期诊断及时手术, 以防发生肠绞窄, 肠坏死。

**关键词:** 疝, 腹/诊断; 疝, 腹/外科学

**中图分类号:** R573.9; R656.1

**文献标识码:** A

## Diagnosis and therapy of intra-abdominal hernia

ZENG Hui, XIE Yong

(Department of General Surgery, Deyang people's Hospital, Deyang, Sichuan 618000, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the causes of intra-abdominal hernia and improve the level of early diagnosis and therapy of intra-abdominal hernia. **Methods** A retrospective analysis of the clinical data of 68 cases of intra-abdominal hernia was made. **Results** The postoperative confirmed diagnosis was para-occular hernia in 1 patient; herniation of efferent jejunal loop through the space between the afferent jejunal loop and the mesocolon after Billroth II gastrectomy in 6 patients, one of which had bowel necrosis, all of the 6 patients were cured after reduction of the hernia or enterectomy after and enteroanastomosis; internal hernia through ruptured pelvic peritoneum after Miles operation in 4 patients; internal hernia through the space between the descending colon and the lateral abdominal wall after colostomy of descending colon in 6 patients; internal hernia caused by adhesion of omentum to the intestinal wall of sigmoidostomy in 1 patient; internal hernia through hiatuses caused by postoperative or post-peritonitis adhesions to the peritoneum, ovaries, urinary bladder, uterus, intestinal wall or between loops of intestine in 50 patients (73.5%), including 3 cases of bowel necrosis. All of those patients were cured after reduction of the hernias, repair of the hiatuses, release of adhesions or enterectomy and enteroanastomosis. **Conclusions** Preoperative diagnosis of internal abdominal hernia is difficult. The possibility of internal abdominal hernia should be considered in patients with a history of operation, and who complain of frequent abdominal pain or bowel obstruction. Early diagnosis and prompt operation is necessary to prevent the occurrence of bowel strangulation and bowel necrosis.

**Key words:** HERNIA, ABDOMEN/diag; HERNIA, ABDOMEN/surg

**CLC number:** R573.9; R656.1

**Document code:** A

腹内疝是由腹腔内脏器或组织进入腹腔内的间隙或囊内形成<sup>[1]</sup>。由腹内疝引起的肠梗阻占肠

梗阻的 0.22% ~ 0.35%<sup>[2]</sup>。腹内疝术前诊断困难。我院自 1984 年 1 月 ~ 2004 年 1 月在手术治疗肠梗阻的病例中发现腹内疝 68 例, 现报告如下。

收稿日期:2004-07-01; 修订日期:2004-12-14。

作者简介:曾辉(1965-),男,四川德阳人,四川省德阳市人民医院主治医师,主要从事腹部外科方面的研究。

通讯作者:曾辉 电话:0838-2418016(O), 0838-8899733(H)。

## 1 临床资料

### 1.1 一般情况

本组男 46 例,女 22 例;年龄在 16 ~ 83 (平均 46) 岁。其中有腹部手术史 32 例,既往未能明确诊断多次腹痛史 36 例。发病至就诊时间 5 ~ 23h;至手术时间 6 ~ 96h。

## 1.2 临床表现

腹痛、腹胀、恶心呕吐、肛门停止排气排便 35 例。腹痛、腹胀 33 例;有经常腹痛、腹胀病史,多次非手术治疗缓解 50 例;饱餐后出现剧烈腹痛 20 例;剧烈活动后出现腹痛阵发性加剧 15 例。68 例腹部均有不同程度的压痛。扪及腹部肿块 31 例,肠鸣音亢进 30 例,肠鸣音减弱 20 例。腹腔穿刺 10 例中抽出血性液体 1 例。

## 1.3 辅助检查及诊断

68 例患者均作腹部 X 线平片示小肠不同程度的积气、积液。其中 42 例经 2 ~ 3 次腹部 X 片示同一部位孤立积气、积液影,术前考虑存在本病;18 例诊断为粘连性肠梗阻。8 例误诊为输尿管结石,急性胰腺炎,盆腔炎等。

## 2 治疗方法及结果

### 2.1 治疗方法

68 例均因肠梗阻入院,经非手术治疗无效,行剖腹探查。术中发现先天性盲肠旁疝 1 例;毕 II 式结肠前胃空肠吻合术后输出段小肠疝入输入段空肠与横结肠系膜间隙 6 例;Miles 术后发生盆底腹膜裂开、小肠掉入盆底引起内疝 4 例;降结肠与左侧腹膜裂孔未关闭发生内疝 6 例;大网膜与乙状结肠造口肠壁粘连形成内疝 1 例;其他手术后形成内疝 15 例,腹腔炎症粘连形成内疝 35 例。均行疝入肠管复位,粘连带松解,修补系膜裂孔。其中 4 例因肠绞窄、肠坏死行肠切除肠吻合术(发病至手术时间分别为 6, 16, 21, 54h)。手术结束时将小肠管按正常顺序排列入腹腔,大网膜覆盖肠管表面。术后禁食并进行胃肠减压、预防感染、补液、维持机体电解质平衡、营养支持等治疗。

### 2.2 治疗结果

术后 3 ~ 4d 肠功能恢复,进流质饮食,逐渐过渡至普通饮食。本组无手术并发症,无手术死亡,均治愈出院。

## 3 讨论

腹内疝可分为典型和非典型。典型腹内疝具

有疝环、疝囊、疝内容物等典型结构,多为先天性,如十二指肠旁隐窝疝、盲肠旁疝等。本组 1 例盲肠旁疝属此型。非典型腹内疝分为以下几型<sup>[3]</sup>:

(1) 粘连型 可分为粘连带型,粘连带两端分别与腹膜、肠管、肠系膜等相连形成孔隙,粘连带是构成疝环的主要成分,本组 15 例;粘连肠管型,一段肠袢的两端与原切口邻近肠管、肠系膜粘连肠管形成孔隙,粘连肠管是构成疝环的主要成分,本组 5 例;粘连大网膜型,大网膜分别与腹膜、肠管粘连共同形成的疝环,本组 16 例;混合型。粘连带与粘连肠管共同形成疝环。

(2) 术后裂隙型 肠切除系膜遗留裂隙形成内疝,结肠造瘘术后,结肠旁沟遗留间隙形成内疝,本组 6 例,均为 Miles 术后未缝合降结肠、乙状结肠系膜与左侧腹膜裂隙小肠疝入致内疝;肠侧侧吻合遗留裂隙或孔隙改变形成内疝。本组 15 例;盆底腹膜裂隙形成内疝,本组 4 例,均为 Miles 术后盆底腹膜缝合稀疏、缝合组织过少、线结不牢导致盆底缝合处腹膜裂开,小肠疝入形成内疝。

(3) 先天性 先天性肠系膜裂隙少见。

(4) 毕 II 式术后 毕 II 式胃大部切除结肠前胃空肠吻合术后输出段小肠疝入输入段空肠与横结肠及其系膜形成间隙,本组 6 例。

腹内疝的诊断困难,笔者体会到有如下表现应考虑到本病:(1) 既往有手术史及经常腹痛史。(2) 病情发展快,腹痛呈持续性并逐渐加重,常牵涉至腰背部,不能平卧。(3) 呕吐出现早,频繁呕吐大量胆汁。(4) 经非手术治疗无效的肠梗阻,并出现腹膜炎体征或休克。(5) 腹部穿刺抽出血性腹水。(6) 多次腹部 X 线片显示同一部位孤立肠攀积气、积液影为本病特征性表现。(7) 腹部 CT 显示小肠有团簇状或移位等改变<sup>[4]</sup>。仔细了解病史和发病过程,动态观察腹痛、腹部体征变化及 X 线表现即有可能对本病作出早期诊断<sup>[5]</sup>。腹内疝及小肠扭转均可早期出现肠缺血、肠坏死,并出现相应的绞窄性肠梗阻表现,应及早探查<sup>[6]</sup>。腹内疝多不可逆,延误诊治,后果严重。因此临床上有关梗阻症状者,鉴别诊断时应考虑有腹内疝的可能,特别是在某种手术后。腹内疝一旦诊断明确应早期行剖腹探查、松解粘连、解除梗阻;如发生肠坏死行坏死肠段切除一期吻合。术毕将小肠管按正常顺序排列。避免肠扭转,大网膜覆盖肠管表面。

腹内疝的预防:(1)急腹症手术严格遵循手术原则,细心、轻柔操作,尽量减少手术的机械刺激和损伤,保护好肠管,避免一切能引起粘连的因素<sup>[7]</sup>。术前手术者、助手、器械护士应将手套上的滑石粉洗净。术中对腹腔内的各种炎性、脓性液体必须尽量吸净,对坏死组织应予以清除。炎症重者大网膜切除,术后放置有效的腹腔引流。(2)胃切除术后胃空肠吻合后间隙,Miles术后盆底腹膜、降结肠系膜与左侧腹膜之间的裂隙,肠切除肠吻合、肠造瘘,肠管或肠系膜与周围脏器或组织之间的裂隙或孔,应切实缝合修补,以预防腹内疝的发生。

#### 参考文献:

[1] 吴在德.外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,

2004.407.

- [2] 戴普席,殷智明.绞窄性乙状结肠系膜孔疝1例[J].中国普通外科杂志,2003,12(11):811.
- [3] 冒荣达.腹内疝性肠梗阻18例报告[J].现代诊断与治疗,1995,6(3):175-176.
- [4] Blachar A, Federle MP, Dodson SF. Internal hernia: Clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria [J]. Radiology, 2001, 218(1): 68-74.
- [5] 朱士驹,奉典旭,韩峰.腹内疝所致肠梗阻32例临床诊治体会[J].腹部外科,2003,16(6):355-365.
- [6] 杨柳,刘沅丰.胆肠 Roux-en-Y 吻合术后腹内疝并小肠扭转、桥袢坏死1例[J].中国普通外科杂志,2002,11(2):83.
- [7] 张德福,于平.手术后腹内疝致急性肠梗阻6例临床分析[J].吉林医学,1996,17(1):30-31.

文章编号:1005-6947(2005)03-0214-01

## · 病例报告 ·

# 门奇断流术后胃扭转2例

伍崇俊, 杨剑鸿

(四川省通江县人民医院 外二科, 四川 通江 636700)

关键词:胃扭转/继发性;手术后并发症;病例报告

中图分类号:R656.6

文献标识码:D

## 1 病例报告

例1,男,37岁。因肝炎后肝硬化,门静脉高压症行脾切除、门奇断流术,手术顺利,住院15d痊愈出院。出院后2d患者突然出现上腹部剧烈疼痛,恶心呕吐而再次入院。体查:体温37℃,脉搏86次/min,血压110/76mmHg。急性痛苦面容,心肺正常。上腹稍饱满,有压痛。B超未发现胆道结石。胃镜检查:置入40cm后困难,稍加充气后顺利置入,诊断为急性胃扭转。急诊剖腹探查,术中见胃体以器官轴从后下向前上扭转180°,胃结肠韧带亦同时扭转,扭转复位后并行胃固定术。术后诊断:急性器官轴型胃扭转。术后恢复出院。随访2年,状况良好。

例2,男,46岁。因肝炎后性肝硬化,门静脉高压症行脾切除、门奇断流术,痊愈出院。出院后1年开始出现上腹部间歇性不适,偶伴有剧烈疼痛,恶心嗝气,使用解痉药物后缓解。2年后行X线上消化道钡餐检查,见胃内有液平,胃大小弯倒置,胃体变形,诊断为胃扭转。再次住院行手术治疗。术中见胃呈器官轴型扭转180°,系胃壁粘连所致,解除粘连,胃复位后行胃固定术。术后诊断:慢性粘连性器官轴型胃扭转。术后痊愈出院。随访3年,无不适。

## 2 讨论

胃扭转指的是胃或胃的一部分发生180°以上的旋转,胃扭转一般分三型,即器官轴胃扭转,系膜轴胃扭转和混合型胃扭转。本文2例器官轴型胃扭转均发生于门奇断流术后,临床鲜有报道,究其发生原因,例1可能是手术切除胃部分韧带,加之术后不久胃

蠕动过强烈或出现逆蠕动而致腹腔内压增高,使胃的位置突然改变而发生胃扭转;例2则是粘连所致。

胃扭转的临床表现一般取决于急性或慢性扭转。急性胃扭转有典型的急性上腹痛、反复干呕和胃管插入困难三大症状,称之为Borchardt三联症,并作为急性胃扭转的诊断依据,如例1。慢性胃扭转的临床表现差异较大,主要表现为间歇性或持续性的上腹部不适。胃扭转的诊断并不困难,当患者表现有Borchardt三联症,结合X线的表现,一般可明确诊断,但有时在剖腹探查时才能确诊。胃扭转,特别是急性胃扭转,可能发生胃的缺血、坏死、穿孔及休克等,因此大多数胃扭转病人需手术治疗,扭转复位,并行胃固定术,效果良好。若发生胃壁的坏死或穿孔时,则需行胃大部或部分切除术。对于慢性胃扭转也采用手法整复,若手法整复失败,则要考虑及时手术治疗,以免引起严重后果。

收稿日期:2004-10-19。

作者简介:伍崇俊(1965-),男,四川达州人,四川省通江县人民医院主治医师,主要从事普外和腹腔镜临床方面的研究。

收稿日期:伍崇俊 电话:0827-7239136 (0),13881693068(手机)。