·短篇论著·

18例老年女性嵌顿性闭孔疝临床诊治分析

韦晓远，陈建才，陈绪文
桂平市人民医院普通外科，广西 桂平 537200

［摘要］ **目的**　分析总结嵌顿性闭孔疝的临床特点及诊治方法。**方法**　回顾性分析2018年1月至2023年3月广西桂平市人民医院普通外科收治的18例老年女性嵌顿性闭孔疝病人的临床资料。**结果**　18例老年已育女性病人均为小肠嵌顿并出现肠梗阻表现，8例合并肠坏死或穿孔。8例合并肠坏死或穿孔中，2例合并严重小肠坏死穿孔行开腹小肠局部切除吻合＋单纯缝闭疝修补术，1例合并肠穿孔行开腹肠修补＋单纯缝闭疝修补术，5例合并肠穿孔行腹腔镜肠修补＋单纯缝闭疝修补术；余10例行腹腔镜腹膜外补片无张力疝修补术。所有病人术后恢复良好，随访0.5年～4年，1例复发。**结论**　嵌顿性闭孔疝病情隐匿和凶险，对不明原因肠梗阻的老年女性应尽早完善腹盆腔CT检查鉴别诊断，并及时手术探查，优选腹腔镜探查并一期补片修是安全有效的。

［关键词］ 嵌顿性闭孔疝；肠梗阻；CT检查；腹腔镜；修补
［中图分类号］R656　［文献标识码］A　**DOI**：10.3969/j.issn.1003-5591.2024.06.012

闭孔疝是一种罕见腹外疝，多见于老年女性，占所有疝的0.07%～1.0%[1]。嵌顿性闭孔疝主要表现为反复发作肠梗阻、腹痛、患侧股内侧部放射性疼痛、下肢麻木等不适，缺乏临床特异性，易造成漏诊和误诊，导致延误手术时机而增加术后病死率[2-3]。本文回顾性分析广西桂平市人民医院普通外科18例老年女性嵌顿性闭孔疝病人临床资料，探讨嵌顿性闭孔疝的临床诊断及治疗方法，现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

收集2018年1月至2023年3月广西桂平市人民医院普通外科收治的18例老年女性嵌顿性闭孔疝病人的性别、年龄、生育史、既往史等一般情况，发病时间及主要症状，疝特征，CT检查，手术方式，住院时间，手术并发症，随访时间等临床资料。

二、治疗方法

所有病人经CT确诊嵌顿性闭孔疝并排除绝对手术禁忌后均行手术探查，优先选择腹腔镜探查术，若存在腹胀明显影响术野、腹腔镜禁忌等因素则选择传统开腹探查术。

结　果

一、一般资料

18例病人均为老年已育女性，年龄范围70～95岁，体重范围38～50 kg；均为单发疝，左、右侧比例5∶13，均以“急性肠梗阻临床表现3～7 d”入院。18例病人中，合并低血钾、低血钠、低蛋白血症4例，高血压、冠心病1例，糖尿病1例，肺炎1例、慢性阻塞性肺炎2例。术前均按肠梗阻予保守治疗，并完善盆腔CT检查后诊断嵌顿性闭孔疝。

二、治疗结果

所有病人排除绝对手术禁忌后均行急诊手术探查，其中3例因腹胀明显选择传统开放剖腹探查术，15例选择经腹腹腔镜探查术。18例嵌顿性闭孔疝病人术中探查均明确为小肠内容物嵌顿，其中8例合并肠坏死或穿孔。2例合并严重小肠坏死穿孔行开腹小肠局部切除吻合＋单纯缝闭疝修补术，1例合并肠穿孔行开腹肠修补＋单纯缝闭疝修补术，5例合并肠穿孔行腹腔镜肠修补＋单纯缝闭疝修补术，余10例行经腹腹腔镜腹膜外补片无张力疝修补术。所有病人术后均治愈出院，住院时间7～12 d，其中2例因腹腔感染重、合并症多，术后转ICU治疗。所有病人术后随访0.5～4年，1例单纯缝闭疝修补术病人复发并再次行腹腔镜下修补。

讨　论

一、闭孔疝发病特点

闭孔疝是指因盆壁肌肉薄弱和腹压增高等因素致腹内组织或器官经髋骨的纤维管道即为闭孔管（长约2～3 cm，宽约0.2～0.5 cm）中脱出的盆底疝。闭孔疝发病率低且多为单发，多见于老年已育女性病人，左、右侧发病比例约为1∶2，其内容物以小肠最为常见，也有结肠、阑尾、膀胱、卵巢及输

作者简介：韦晓远，副主任医师，主要从事胃肠疝疾病的临床与基础的研究，Email：479170822@qq.com.

卵管等[4]。闭孔疝发病率虽低，但因闭孔管狭小而难以自行复位，极易导致嵌顿和绞窄，进而危及病人生命[5]。本组18例病人均为老年已育女性单侧疝，均为小肠嵌顿，右侧疝13例，5例存在盆壁肌肉薄弱或腹压增高高危因素，符合闭孔疝的发病特点。

二、嵌顿性闭孔疝诊断

闭孔疝主要表现为“痛、呕、闭、胀等”等肠梗阻症状，部分可出现Howship-Romberg（H-R）征即患侧大腿内侧出现放射性疼痛伴屈髋及行走受限；体征可表现为腹股沟区或大腿根部凸出包块[6]。Howship-Romberg（H-R）征是闭孔疝的特征性表现，但常被误诊为临床上更常见的腰椎间盘突出症状，诊断灵敏度仅为15%～50%[7]。既往研究回顾性分析30例闭孔疝发现，仅约10%病人出现腹股沟区包块[8]。闭孔疝因临床发病率低，且疝环小而深、腹部压痛和腹股沟包块不明显等体征缺乏特异性，造成大多数临床医生对该病缺乏充分的认识，误诊率高达70%以上[9]。

盆腔CT检查能同时显示典型肠梗阻表现和闭孔疝的典型特征即患侧耻骨上支闭孔沟内及闭孔外肌和耻骨肌之间可见疝内容物，特异性为78%～100%，已成为术前诊断闭孔疝金标准[10-12]。本组18例病例均以急性肠梗阻表现急诊入院，查体均未见阳性特征，就诊前已发病3～7 d，入院完善CT检查后均确诊为嵌顿性闭孔疝，术中探查再次确认术前诊断准确，并发现8例合并肠坏死或穿孔。18例病例诊断均符合嵌顿性闭孔疝临床症状和体征无特异性、易误诊和漏诊特点，最后经腹盆CT检查确诊。这提示对于以“急性肠梗阻临床表现”来诊的病人，除完善腹部平片或腹部CT明确诊断外，应结合既往病史积极寻找其根本病因，如肠粘连、消化道肿瘤、粪块堵塞、肠套叠、肠扭转及其他腹外嵌顿疝。而对于任何原因不明的肠梗阻，特别是老年、体瘦、多次妊娠女性病人均要想到闭孔疝的可能，并完善盆腔CT检查。

三、嵌顿性闭孔疝治疗

嵌顿性闭孔疝确诊后应尽早手术治疗以降低内容物坏死风险，不建议因为病人年龄偏大或一般情况差而选择保守治疗，这容易增加治疗难度及并发症，甚至出现感染性休克而危及生命[13]。既往研究发现，闭孔疝因发生嵌顿而紧急手术的病人死亡率高达27.8%[14]。

闭孔疝手术方式主要有传统开放剖腹探查（常取经腹正中切口）、传统开放腹膜外（经腹股沟、经股部、经耻骨后腹膜外）和微创腹腔镜方式，修补方式有单纯缝合修补和补片修补[15-16]。在开放术式中，剖腹探查较经腹膜外入路具有方便处理还纳疝内容物、可充分探查腹腔及发现对侧隐匿疝的优势，是最常见的传统入路。近年来随着微创技术的发展，腹腔镜入路、经腹腹膜前疝修补术也逐渐用于闭孔疝手术。近10年微创技术快速发展，腹腔镜探查（特别是经腹腹腔镜腹膜外疝修补术）因具有众多优势而逐渐被用于闭孔疝手术：（1）创伤小，恢复好，切口感染率低；（2）视野大而清晰，方便同时探查盆腔及全腹腔，处理闭孔管口时减少损伤神经及血管；（3）能更好探查及处理是否有腹膜外脂肪嵌入闭孔内，导致其压迫闭孔神经而出现相关症状；（4）如需行肠段切除、腔镜下操作困难时可于下腹部加行辅助小切口来完成[17-18]。另有研究发现，疝补片修补术后2%复发率显著低于直接缝合术后10%复发率，但目前对于嵌顿性闭孔疝手术方式尚无一致意见[19-20]。此外，对于合并肠坏死的病人术中是否使用补片修补尚存在争议。已有研究报道，对于行肠切除的病人，术中行补片修补非手术绝对禁忌证，但术中需注意尽量保持手术野的清洁以避免因感染导致补片修补失败[21]。

本组18例嵌顿性闭孔疝均在CT确诊后行手术治疗，2例病人因年龄大、一般情况差、无明显腹膜炎体征予早期保守治疗4 d后病情加重，急诊腹部正中切口剖腹探查明确为嵌顿性闭孔疝合并小肠穿孔、粪性腹膜炎，予小肠局部切除吻合＋单纯缝闭疝修补术后转入ICU治疗；1例因腹胀明显行传统剖腹探查，术中发现合并肠穿孔行肠修补＋单纯缝闭疝修补术；5例合并肠穿孔行腹腔镜肠修补＋单纯缝闭疝修补术；余10例行腹腔镜腹膜外补片无张力疝修补术。所有病人术后均治愈，随访0.5～4年，仅1例单纯缝闭疝修补术病人复发并再次行腹腔镜下修补术。这提示对嵌顿性闭孔疝病人，若条件允许，优先考虑腹腔镜探查；若存在腹胀明显、腹腔空间不足或不能耐受气腹，则选择腹部正中切口剖腹探查。

本研究18例嵌顿性闭孔疝诊治中避免了漏诊、误诊、肠管医疗损伤以及二次手术风险，取得良好手术效果，得益于术前完善检查并结合术中策略：术中先于闭孔口周围撑开一小口，排出积液，从小口注入空气或石蜡油辅助内容物还纳；如仍无法复位肠管时，则于闭孔管口内下方向切开以扩大闭孔管口以避免损伤闭孔神经及血管；同时探查有无合并股疝、腹股沟疝、对侧闭孔疝以及鉴定还纳后肠管血运。此外，由于嵌顿性闭孔疝病人多为老年人，常合并有糖尿病、高血压、冠心病及慢性肺病等基础疾病，同时伴有水电解质紊乱、低蛋白血症等，围手术期需加强管理，必要时需在ICU病房治疗。该类病人出院后需注意防治便秘、咳嗽咳痰等导致腹内压增高的疾病，减少疝复发概率。

综上所述，嵌顿性闭孔疝具有病情隐匿、临床症状和体征无特异性、进展凶险等特点，对不明原因肠梗阻的老年女性病人应尽早完善CT检查鉴别诊断，并及时手术探查，优选腹腔镜探查并一期补片修补是安全有效的。

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

参　考　文　献

[1] Delgado A, Bhuller SB, Phan P, et al. Rare case of obturator hernia: surgical anatomy, planning, and considerations [J]. SAGE Open Med Case Rep, 2022, 10: 2050313X221081371. DOI: 10.1177/2050313X221081371.

[2] Conti L, Baldini E, Capelli P, et al. Bowel obstruction in obturator hernia: a challenging diagnosis [J]. Int J Surg Case Rep, 2018, 42: 154-157. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.12.003.

[3] Mnari W, Hmida B, Maatouk M, et al. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review [J]. Pan Afr Med J, 2019, 32: 144. DOI: 10.11604/pamj.2019.32.144.14846.

（下转封三）