

参考文献:

- [1] Chao JW, Jen-Huey C, Wen-Chiung, et al. Tumor and tumor-like lesions of duodenum; CT and barium imaging features[J]. J Clinical Imaging, 2003, 27(1): 89-96.
- [2] Rivka. CT of the Duodenum[J]. Medical Radiology, 2008, 1(1): 197-210.
- [3] Arnold W, Francis D. The role of fiberoptic endoscopy in the diagnosis and management of duodenal neoplasm[J]. Digestive Diseases and Sciences, 1975, 20(6): 449-505.
- [4] 侯英勇, 朱雄增. 胃肠道间质瘤的组织发生及命名[J]. 中华病理学杂志, 2000, 29(6): 453-454.
- [5] 侯英勇, 朱雄增, 王坚, 等. 胃肠道间质瘤起源和分化的讨论[J]. 中华病理学杂志, 2003, 32(2): 106-110.

- [6] 王为忠, 刘正才. 十二指肠肿瘤局部切除术[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(11): 997-999.
- [7] Lisbeth L, Anders T, Bassam M, et al. Successful resection of an advanced duodenal gastrointestinal stromal tumor after downstaging with imatinib: report of a case[J]. Surgery Today, 2007, 37(12): 1105-1109.
- [8] Alexander P, John R, David L, et al. Benign nonampullary duodenal neoplasms[J]. J Gastrointestinal Surgery, 2003, 7(4): 536-541.
- [9] 戎叶飞, 楼文晖, 靳大勇. 胰腺神经内分泌瘤的诊断及治疗[J]. 中国临床医学, 2004, 11(3): 448-450.
- [10] 曾蒙苏, 严福华, 周康荣, 等. 非功能性胰内分泌肿瘤的螺旋 CT 表现[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(6): 528-531.

(收稿日期: 2009-08-04 修回日期: 2010-04-02)

CT 诊断成人小肠及大网膜脐疝并嵌顿一例

· 病例报道 ·

李胜, 邹文远, 石思李

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)07-0775-01

病例资料 女, 58 岁。发现脐部包块伴疼痛半天入院。患者无明显诱因出现脐部包块, 约鸡蛋大小, 平卧时可消失, 活动时突出明显, 伴有腹痛、腹胀、恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物。门诊行腹部彩超: 脐右侧囊实性包块(腹壁疝可能)。CT 扫描示: 小肠脐疝(图 1)。病后精神、食纳、睡眠差。余无异常。既往史无特殊。查体: 腹软, 脐部可触及一大小约 5 cm×3 cm 包块, 质韧, 推送不能还纳腹腔, 腹部无压痛及反跳痛。

术中所见: 疝囊从脐部筋膜前方、腹白线后方、两侧腹直肌内缘膨出, 大小约 6 cm×5 cm×4 cm 大小, 疝囊内容物为部分大网膜及小肠, 疝入部分小肠肠管颜色红润, 蠕动可, 血管搏动良好。切开疝囊, 还纳肠管。出院诊断: (小肠及大网膜) 脐疝并嵌顿。

讨论 脐疝(umbilical hernia)是指疝囊通过脐环突出的疝, 疝囊为突出的腹膜, 表面有皮肤覆盖, 皮肤与腹膜之间为薄层结缔组织, 很少发生嵌顿^[1]。成人脐疝为腹壁疝中较为少见的一种类型。典型的腹壁疝由疝环、疝囊、疝内容物和疝外被盖物等 4 部分构成。脐疝有小儿脐疝和成人脐疝之分, 两者发病原因及处理原则不尽相同^[2]。成人脐疝为后天性疝, 较为少见, 多数是中年经产妇女。小儿脐疝的发病原因是脐环闭锁不全或脐部瘢痕组织不够坚强, 在腹内压增加的情况下发生。小儿腹内压增高的主要原因有经常啼哭和便秘。由于疝环狭小, 成人脐疝发生嵌顿或绞窄者较多, 故应采取手术疗法。孕妇或肝硬化腹水者如伴发脐疝, 有时会发生自发性或外伤性穿破。小儿脐疝多属易复性, 临床上表现为啼哭时脐疝脱出, 安静时肿块消失。疝囊颈一般不大, 但极少发生嵌顿和绞窄。临床发现未闭锁的脐环迟至 2 岁时多能自行闭锁。随着年龄增长, 腹肌逐渐发达, 脐环常能狭窄缩小而闭合, 故为需治疗。但年龄在 3 岁以上或脐环直径超过 2 cm 者, 则应考虑手术切除疝囊, 修补腹壁缺损, 原则上 5 岁以上儿童的脐疝均应采取手术治疗^[1]。



图 1 脐疝。CT 清楚显示小肠及部分大网膜疝入脐部(箭), 疝囊内小肠内可见少量气体。a) 横轴面; b) 矢状面重组图像。

腹壁缺损较小时容易发生腹壁疝嵌顿, 因此 CT 扫描观察到腹壁缺损区较小时要提示发生疝嵌顿。腹外疝嵌顿后由于肠管在腹壁缺损处黏连, 疝囊颈部狭小等原因容易造成肠管及肠系膜血管受压。CT 扫描如果疝囊近端肠管扩张并出现气液平面, 而远端肠管管径正常、变小或萎缩可以考虑肠梗阻由嵌顿疝引起, 需急诊手术解除嵌顿, 避免进一步发展造成肠壁缺血、坏死等严重并发症。判断疝囊内肠管是否缺血、坏死是术前制定手术方案的关键, CT 增强扫描对判断肠壁是否缺血非常有帮助。李文华等^[2]认为 CT 增强后肠壁强化减弱、不强化或强化不均, 肠系膜血管增粗、系膜水肿密度增高呈云雾状等都是肠壁缺血的征象。

腹壁疝通过临床查体及其临床特点一般无须 CT 检查就能诊断。对于已经确诊或疑有腹壁疝者, CT 扫描的作用在于临床难以检查的病例(尤其是过度肥胖者)CT 可确诊; 鉴别疝与肿瘤或其它肿块性病变; 术前 CT 检查可以进一步明确解剖关系, 了解腹膜缺损的大小及疝内容物, 帮助制定手术方案。

参考文献:

- [1] 吴在德. 外科学(第 6 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 418.
- [2] 李文华, 曹庆选, 杨世峰, 等. 绞窄性肠梗阻肠系膜及其血管改变的 CT 研究[J]. 中华放射学杂志, 2006, 40(1): 81-85.

(收稿日期: 2010-02-09)