

原发性腹茧症诊治 4 例

齐学良, 王庆东

[摘要]目的:提高对原发性腹茧症诊断及其外科治疗的认识。方法:对原发性腹茧症 4 例均行纤维薄膜切除及肠粘连松解,其中全部小肠受累 2 例,松解后行小肠排列术。结果:4 例均为术中证实,除 1 例 6 个月后因直肠癌肝转移死亡外,余 3 例均治愈且预后良好。结论:腹茧症术前诊断率低,手术治疗效果好。

[关键词] 腹膜疾病;腹茧症;诊断;治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 572 **[文献标识码]** A

腹茧症由 Foo 等^[1]于 1978 年报道并命名,是临床少见的一种腹部疾患,是导致肠梗阻的一个不常见的因素。由于该病不常见,临床对该病缺乏认识,故诊断困难,尤其是术前诊断率较低。最终诊断一般是在剖腹术后^[2]。如果能对该病有充分认识,在术前结合影像学特点则有望提高诊断率,减少误诊误治。2003 年 3 月至 2008 年 6 月,我科收治腹茧症 4 例,均经手术证实,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 4 例均为男性,年龄 37 ~ 58 岁。3 例表现为反复腹痛、腹胀、呕吐,肛门停止排便、排气,其中 2 例除上述症状外还表现腹部包块,术前 X 线片均提示肠梗阻,经保守治疗均可缓解,但因症状反复发生,经剖腹探查术中证实为腹茧症。4 例术前均经腹部 CT 扫描检查,其中 1 例术中发现为直肠癌。

1.2 治疗方法 4 例均行手术治疗,术中探查发现部分或全部小肠,甚至全部腹腔器官被灰白色、坚韧的纤维膜包裹,厚约 2 ~ 3 mm,小肠折叠局限于其中,肠间有疏松粘连,部分肠管有扭转或角形成,大网膜缺如 2 例,阑尾缺如 1 例。4 例均行纤维薄膜切除,肠粘连松解;全部小肠受累 2 例,松解后行小肠排列术。术后病理报告:纤维膜状组织,伴淋巴细胞浸润,小血管增生。

2 结果

4 例均在术后 3 ~ 5 天排气、排便。其中 1 例未行肠排列术,患者术后 7 天因食用油炸食物后再次出现呕吐、腹胀、肛门停止排气排便,X 线片示肠梗阻。经院外会诊考虑炎性肠梗阻,经抗感染,胃肠减

压,静脉营养,糖皮质激素、奥曲肽联用,胃管内注入植物油,肥皂水灌肠等处理,第 28 天后梗阻缓解。3 例随访 8 个月至 5 年,未发现再梗阻症状;1 例直肠癌合并腹茧症患者术后 6 个月因肝转移死亡。

3 讨论

腹茧症又称硬化性腹膜炎、局限性小肠外膜包绕症、先天性小肠禁锢症、包膜内粘连性肠梗阻和节段性纤维包膜症等,目前病因不明确,主要有原发性腹茧症和继发性腹茧症。(1)原发性腹茧症:发病原因不清,无腹部手术、外伤及炎症病史。有学者^[3]认为这一类腹茧症为先天畸形疾病,如大网膜发育不全、发育异常或缺如,其可将腹腔器官进行包裹。本组 2 例大网膜缺如,可能是胚胎发育过程中由于大网膜发育不良,膜状大网膜沿横结肠下缘将小肠包裹并形成包膜或分隔。(2)继发性腹茧症:有相对明确的原因,由于腹腔内某种因素如结核、外伤、炎症、腹水、过敏及异物刺激引起纤维蛋白渗出增多,纤维组织形成包膜。Eltringham 等^[4]认为长期服用 β -受体阻滞剂(如普萘洛尔)能减少 3',5'-AMP/3',5'-GMP(环磷酸腺苷/环磷酸鸟苷),导致细胞过度增生,胶原蛋白过度生长,进而纤维化并对器官进行包裹。

腹茧症无特异性临床表现,术前诊断困难,以肠梗阻表现为多见,亦可表现为腹部肿块或在其他腹部手术中发现。本组 3 例因肠梗阻行剖腹探查术,1 例因直肠癌行 Miles 手术发现。为提高对该病的认识和术前诊断率,我们认为肠梗阻患者有以下表现时,应考虑腹茧症可能:(1)原因不明,病史较长,反复发作,保守治疗效果不好;(2)腹部 X 线片发现全部或部分小肠聚集于某一部位,且位置相对固定,加压后肠管不分离;(3)腹部包块,且 CT 平扫提示包块为小肠聚集成团,其周围有低密度的纤维包膜,呈蚕茧样或新月形,增强 CT 扫描可显示强化,此征象是腹茧症的特征性表现^[5]。

[收稿日期] 2009-10-22

[作者单位] 淮南东方医院集团合福医院 外科,安徽 淮南 232052

[作者简介] 齐学良(1974 -),男,主治医师。

本组 4 例均给予手术治疗,尽可能切除纤维包膜,松解粘连,解除纤维包膜对小肠的禁锢和压迫。肠管无绞窄或坏死者不必做肠切除,切忌将整块肠管当作肿瘤切除,导致短肠综合征,切除包膜后可以行小肠排列术。但我们认为对粘连较重者为防止术后再次发生肠粘连、梗阻,可以行肠排列固定术、小肠内固定术等。本组 2 例小肠排列内固定术均未出现梗阻再发,而 1 例未做肠排列内固定术后再度出现梗阻,但即便出现再梗阻,尽量不要再度手术。本组 1 例再梗阻患者经保守治疗于第 28 天缓解,提示在术后出现梗阻时要有充分的耐心,且术后早期严格饮食控制,督促患者早期下床活动促进肠蠕动恢复。

[文章编号] 1000-2200(2010)04-0397-02

· 临床医学 ·

门诊肿胀负压脂肪抽吸术治疗局限性肥胖的临床应用与体会

许日红,庄华敏²

[摘要] 目的:探讨门诊肿胀麻醉下负压脂肪抽吸术治疗局限性肥胖的可行性及效果。方法:在抽吸区域注入 0.058% 的利多卡因混合液,使局部组织肿胀,用适合的吸头分深浅两层进行脂肪抽吸。术后穿弹力加压服。结果:通过脂肪抽吸,30 例临床疗效满意,术区平坦,手感柔软,术后术区皮肤回缩明显,并发症较少。结论:肿胀负压脂肪抽吸术可在门诊局麻下进行,是一种安全有效的减肥塑形方法。

[关键词] 脂肪抽吸术;肿胀麻醉;局限性肥胖

[中国图书资料分类法分类号] R 61 [文献标识码] A

全身与局部脂肪堆积不仅影响形体美观,还是造成疾病的重要原因之一。1987 年 Klein 提出皮下超量灌注湿性吸脂技术,因其具有立竿见影的效果,且出血量少,恢复快,并发症少,取代了以往的干性和湿性吸脂术^[1]。随着这项技术的不断发展和改进,已被越来越多整形美容外科医生广泛应用,也为越来越多的求美者所接受,特别是局限性肥胖者希望采用这种方法达到快速塑形的要求。现将 30 例行脂肪抽吸术的临床效果作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 30 例均为女性,年龄 18~55 岁。抽吸部位:腹部 21 例,髂腰部及背部 2 例,大腿 3 例,上臂 2 例,下颌 1 例,小腿 1 例。

1.2 术前准备 停用抗凝血药物 2 周。避开受术者月经期。常规检查血常规、出凝血时间、心电图、基础血压,并进行医学测量和照相。

[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] Hur J, Kim KW, Park MS, et al. Abdominal cocoon: preoperative diagnostic clues from radiologic imaging with pathologic correlation [J]. HJR, 2004, 182(3): 639-641.
- [3] 屠金夫, 黄秀芳, 朱冠保, 等. 腹茧症 203 例综合分析 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(2): 133-135.
- [4] Eltringham WK, Espinor HJ, Windsor CW, et al. Sclerosing peritonitis due to praxitolol a report on 9 cases and their surgical management [J]. Br J Surg, 1977, 64(4): 229-235.
- [5] Guptas Shirahatti RG, Ananel J. CT findings of an obolinant cocoon [J]. AJR, 2004, 183(6): 1658-1660.

1.3 术区准备 患者取站立位,记录需抽吸部位的各项指标,如所要抽吸部位的周径,“抓捏试验”检测皮下脂肪厚度;用甲紫棉签标记抽吸范围。选择相对隐蔽又便于操作的部位作长约 5 mm 的切口。

1.4 麻醉方法 每 1 000 ml 生理盐水加入 2% 利多卡因 30 ml、肾上腺素 1 mg 及 5% 碳酸氢钠 15 ml 配置肿胀麻醉液。注入肿胀液时应先慢后快,先深后浅,直至整个吸脂部位达到明显肿胀、发硬、皮肤发白,外观类“橘皮样变”^[2],切口出现“涌泉征”;按摩术区 10 min 使麻醉药物充分作用。

1.5 手术操作 启动负压吸引器,用 4 mm 吸管插入深层脂肪,管口向下,右手握住抽吸针把柄,左手放在抽吸部位的上方,感知针头的位置并把握抽吸深度及层次,按顺序逐个隧道反复作拉锯式抽吸,至浅层脂肪用较细吸管(2 mm)抽吸,当抓捏皮下脂肪厚度为 1 cm 时吸脂结束。术中遵循以下原则:吸管管径由粗到细,抽吸层次由深到浅;操作中应密切观察吸出物的颜色,如为淡黄色脂肪或淡红色脂肪混合液,则可以继续抽吸,如为血性液体则立即停止,最后用较细的吸头在过渡区皮下抽吸使治疗区域平

[收稿日期] 2009-12-16

[作者单位] 安徽省芜湖市中医院 整形美容科, 241001

[作者简介] 许日红(1973-),女,主治医师。