

## 手术治疗双侧腰疝 1 例\*

邓亚竹, 吴 婕, 鞠世龙, 喻 超\*\*

(贵阳医学院附院 普外科, 贵州 贵阳 550004)

[关键词] 腰疝; 诊断; 鉴别诊断; 治疗

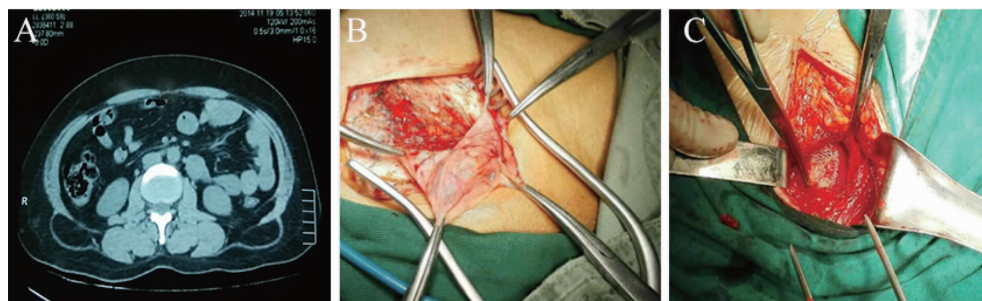
[中图分类号] R652.2 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2016)04-0495-02

腰疝(lumbar hernia)亦称背疝,在临床上是一种少见的腹外疝,临床医生常因对其认识不足而发生误诊误治。现将 2014 年 11 月诊断并手术治疗的 1 例双侧腰疝患者病例报告如下。

### 1 临床资料

患者女性,因突发腹痛 20<sup>+</sup>h 入院。患者无明显诱因出现全腹疼痛,为持续性绞痛,无腰背部牵扯痛及放射痛,伴恶心、无呕吐,无畏寒及发热。患者既往 1 个月前有腰痛病史,未诊治,无外伤及腰背部手术史。双侧腰疝,收住入院。查体:双侧上腰三角丰满,吸气时稍增大,未扪及明显缺损。腹部 CT 示双侧腰背部 L1~L3 水平疝,疝内容物考虑大网膜(图 1 A)。妇科及泌尿系超声未见明显异常。血常规:白细胞计数  $12.31 \times 10^9/L$ ,中性粒

细胞比例为 85.70%。尿常规未见明显异常。入院后仍感腹痛,以上腹部为主,予禁食禁饮、补液治疗,腹痛缓解,完善术前准备后于 2014 年 11 月 27 日在全麻下行双侧腰疝无张力疝修补术,先行右侧腰疝手术,术中见上腰三角有疝脱出,背阔肌明显变薄,疝囊内见淡黄色脂肪组织(图 1 B),还纳疝囊入腹腔,疝环约 3 cm × 3 cm 大小,缝合疝环,取 KugelBard 补片一张, onlay 法平铺于疝环周围肌肉表面,间断缝合固定。同法显露左侧腰疝疝囊,切开疝囊,见其内容物为淡黄色脂肪组织,将其还纳入腹腔后,缝合疝囊颈,剪掉多余疝囊组织,疝环约 5 cm × 4 cm 大小,于竖脊肌及腹内斜肌深面潜行分离创建腹膜外空间, sublay 法将 KugelBard 补片置于该间隙内,用手指辅助展平,与疝环周围固定(见图 1 C)。术后伤口恢复好,拆线后出院。术后每月随访,患者未再出现腹部疼痛情况,双侧腰部无不适,无复发征象。



注:A 为双侧腰疝腹部 CT,B 为术中见右侧腰疝疝囊及疝内容物,C 为左侧腰疝植入 KugelBard 补片后

图 1 双侧腰疝患者腹部 CT 及手术治疗

Fig. 1 CT and surgical pictures of patient with bilateral lumbar hernia

\* [基金项目] 贵州省科学技术基金[No 黔科合 J 字(2015)2013 号]

\*\* 通信作者 E-mail: yuxchao2002@163.com

网络出版时间:2016-04-20 网络出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/52.5012.R.20160420.1821.028.html>

## 2 讨论

17 世纪 Barbette 首次报道并描述了腰疝。腰疝是一种临床上很少见的腹外疝,双侧腰疝则更为罕见,所占比例不到所有腹壁疝的 1%<sup>[1-2]</sup>,临床认识相对不足,易导致误诊误治。腰疝有上、下之分,上腰疝突出于由第 12 肋骨和后下锯肌下缘、腹内斜肌后缘、骶棘肌前缘所形成的上腰三角,又称 Grynfeltt-Lesshaft 三角;下腰疝突出于由腹外斜肌后缘、背阔肌前缘、髂嵴所形成的下腰三角,又称 Petit 三角<sup>[3]</sup>。临床上,上腰疝发生率远高于下腰疝,因为上腰三角底部只有一层筋膜,而下腰三角底部还有腹内斜肌保护<sup>[4]</sup>。因腰疝一般基底较宽,所以嵌顿绞窄者不多,约 10%<sup>[5]</sup>。

本例患者双侧腰疝均发生于 Grynfeltt-Lesshaft 三角,主要表现为腰部有位置相当于上述三角范围的可复性肿块或膨隆,其他症状包括腰背痛或腰部坠胀感,偶有恶心或腹痛。该患者以腹痛发病,大多数临床医生开始并未考虑腰疝的可能,而是考虑胃肠炎、胰腺炎、心脏病变等,因此行腹部 B 超、心电图,但并未发现明显异常。腹部 CT 有助于腰疝的诊断,能显示出缺损的大小、部位和疝内容物。腰疝需与腰背部脂肪瘤、肾肿瘤、三角区寒性脓肿等鉴别。

结合腹部 CT,诊断明确,选择腰疝修补术进行治疗。手术方式有传统腰疝修补术及无张力腰疝修补术。传统腰疝修补术术后复发几率相对较大,征得患者同意选择行无张力腰疝修补术。补片修补方法主要有腹腔内补片置入术、肌前补片置入术和肌后筋膜前补片置入术 3 种<sup>[6]</sup>。该患者右侧腰疝疝环较小选择将疝环缝合后肌前补片置入术,左侧腰疝疝环较大选择肌后筋膜前补片置入术。术

中使用 KugelBard 补片,该补片减少了对周围原有薄弱组织的依赖,减少了复发的几率,改善了手术区域的不适感,提高了生活质量,目前越来越多的被医师采用<sup>[7-8]</sup>。术后每月电话随访,该患者无任何不适,无复发征象。

因此,腰疝虽少见,但只要临床医师对其有充分的认识,并通过腰背部 B 超、腹部 CT 等辅助检查诊断不难。一旦确诊,建议手术治疗,手术方式宜采用无张力疝修补术,这样不仅可以减少患者术后不适感、更能降低复发率。

## 3 参考文献

- [1] Zhou X, Nve JO, Chen G. Lumbar hernia: Clinical analysis of 11 cases[J]. *Hernia*, 2004(8):260-263.
- [2] Fontoura RD, Araújo ES, Oliveira GA, et al. Spontaneous bilateral Petit hernia[J]. *Rev Col Bras Cir*, 2011(38):369-370.
- [3] 郁解非. 黄家驷外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2010: 922.
- [4] 董谦,穆品盛,沈军,等. 腰疝的临床诊断与治疗(附 7 例报告)[J]. *浙江临床医学*, 2011(3):279-280.
- [5] 兰俊,陈其昕. 腰椎骨折前路手术导致腰疝 3 例[J]. *中国骨伤*, 2010(12):634-635.
- [6] 马颂章. 手术切口疝治疗进展[J]. *中华普通外科杂志*, 2004(19):127-128.
- [7] Mismar A, Al-Ardah M, Albsoul N, et al. Underlay mesh repair for spontaneous lumbar hernia[J]. *Int J Surg Case Rep*, 2013(6): 534-536.
- [8] 朱敏,周冰,崔乃强. 补片与传统修补法治疗腰疝疗效比较[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2012(2):168-169.

(2016-01-05 收稿,2016-03-25 修回)

编辑:周 凌