

# 会阴疝 1 例报告

刘玉辉 叶 盛 安鲁彪 史冠军 王文玲

(武警北京总队第三医院普通外科, 北京 100039)

中图分类号: R713.2<sup>+</sup>2

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2013)03-0287-02

会阴疝(perineal hernia)临床少见, 诊断有时较难, 极易造成误诊及漏诊, 治疗方法不当易复发, 常规手术并发症较多。2009 年 12 月我科采用腹腔镜疝修补术治疗 1 例会阴疝, 现报道如下。

## 1 临床资料

女, 23 岁。主因下腹隐痛 2 个月, B 超检查发现节育器异位 4 d 于 2009 年 12 月 12 日收入妇科。既往右阴唇可复性包块 2 年, 无异常阴道排液, 无畏寒、发热, 无腹泻, 无明显体重下降, 饮食好, 大小便正常。入院查体: T 36.2 °C, P 78 次/min, R 18 次/min, BP 110/70 mmHg。发育正常, 查体合作。心肺听诊无异常。腹部平软, 下腹部压痛无反跳痛, 肝脾肋下未触及, 无移动性浊音。肛门指诊无明显异常, 右侧大阴唇见可复性肿物, 最大时 4.0 cm × 5.0 cm, 站立位明显, 周围皮肤无红肿, 无压痛, 质地中等, 平卧位时指压可还纳盆腔, 腹股沟淋巴结不大。妇科检查: 已婚经产式, 阴道畅, 分泌物多, 色正常, 子宫体中位, 正常大小, 质软, 活动好, 轻压痛, 双侧附件区未触及明显异常。血清 AFP、CEA、CA<sub>125</sub>、CA<sub>153</sub>、CA<sub>199</sub> 均正常。外院 B 超提示子宫后壁肌层回声不均匀, 子宫后壁与其后方的肠管见一似“V”形强回声, 子宫直肠窝见少量液性暗区, 诊断: 宫内节育器异位; 盆腔少量积液。入院诊断: 宫内节育器异位; 会阴部可复性肿物待查。术前请普外科会诊: 右侧大阴唇可复性肿物, 质软无压痛, 肿物周围皮肤色泽正常, 无红肿, 结合 B 超检查肿物内肠管回声(图 1)诊断为会阴疝。全身麻醉下行腹腔镜节育器取出术、疝修补术。术中见: 子宫、双侧卵巢形态大小正常, 双侧输卵管走行正常, 紧邻子宫颈右侧阔韧带的前方可见会阴疝内口, 直径 2.0 cm。因麻醉且取臀高头低位, 未见疝内容物; 节育环一端自子宫后壁穿出刺入直肠肠壁。取出异位节育环, 间断缝合直肠肠壁, 打开部分阔韧带, 将巴德公司 Composix Kugel 补片[一种单丝聚丙烯和膨体聚四氟乙烯(expended poly tetra fluoro ethylene, e-PTFE)复合设计的自膨胀性复合补片]置入疝环内口前方的盆底腹膜上, 补片包绕部分宫颈组织, 钉枪固定平坦稳

妥。手术时间 35 min, 术中无明显出血, 术后抗炎治疗 2 d, 观察 3 d 出院。术后随访 2 年 10 个月, 患者恢复良好, 疝无复发。

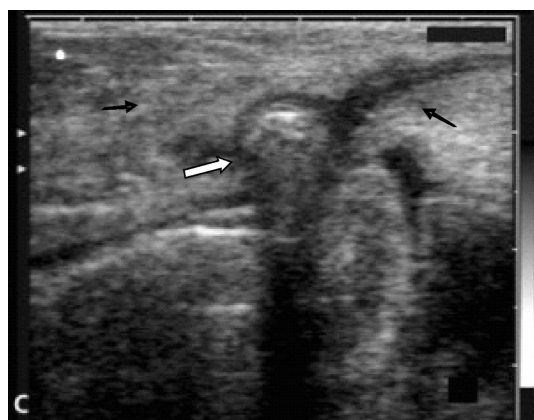


图 1 B 超可见疝囊(⇨)凸向盆底会阴处组织(⇨)

## 2 讨论

会阴疝是内脏从盆腔底部肌肉与筋膜间脱出形成, 多认为是先天肌肉筋膜发育不良或因多次分娩导致会阴部肌肉筋膜松弛所致<sup>[1]</sup>。由于女性骨盆底宽大, 男性相对窄小, 故会阴疝多见于成年女性。此外, 会阴疝也见于盆腔外科手术的并发症。会阴疝依脱出部位与会阴横肌的关系, 分为前会阴疝和后会阴疝。前会阴疝是经尿生殖隔膜突出的疝, 几乎只见于女性, 疝囊易复位; 根据突出部位不同可分为阴部疝、阴道疝、阴唇疝等, 疝内容物多是小肠或乙状结肠, 部分是膀胱或卵巢。本例为前会阴疝分类中的阴唇疝。后会阴疝男女表现不同, 男性后会阴疝自肛门与膀胱之间脱出, 在坐骨直肠窝中靠近中缝部位出现; 女性后会阴疝从提肛肌的裂孔中或提肛肌与尾骨肌间隙中脱出, 也可在坐骨直肠窝中出现, 自臀大肌的下缘膨出。

诊断会阴疝需要详细询问病史, 女性患者有多次经产史, 本例 G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>, 故考虑先天肌肉筋膜发育不良为主要发病原因。会阴部反复出现可复性无痛性肿物, 站立、腹内压增加(咳嗽、用力排便)时出现, 平卧休息时或者用手上推包块时可消失; 或无明显

诱因出现下腹隐痛不适、腹胀等,均应考虑到会阴疝的可能。会阴疝可缓慢地进行性增大,最大可至直径 10 cm 大小,但很少嵌顿,本例会阴部包块直径 5.0 cm,且疝颈部 2.0 cm,从未嵌顿。会阴疝患者体格检查可在一侧大阴唇(前会阴疝)或肛门旁(后会阴疝)见到直径 2~5 cm、质软无痛的肿物,周围皮肤无红肿,平卧上推肿物可还纳盆腔,冲击试验阳性(即咳嗽或增加腹压等因素下肿物突出明显),盆底组织无明显异常。会阴部超声检查可了解会阴疝疝囊的大小、边界等,疝入的肠管等情况。腹部 X 线平片可提示低位小肠梗阻或一侧盆腔有固定扩张的肠襻阴影,无明显特异性。排粪造影结合盆腔造影,小肠或乙状结肠造影来明确增宽的直肠阴道隔内盆腔腹膜的异常下降,以判断是否有小肠或乙状结肠的疝入<sup>[3,4]</sup>。CT 检查表现为盆底筋膜之间的异常软组织影。盆腔动态 MRI 无须造影剂能清楚显示用力排便时阴道后壁与直肠前壁分离出现间隙(正常人两壁结合紧密看不到间隙),其间隙内可见液体、腹膜或脂肪等组织。当有小肠或乙状结肠疝入时,于增宽的直肠阴道隔间隙内可见到肠管,以及气体或液体信号<sup>[5]</sup>,更能进一步明确会阴疝的诊断。闭孔疝在阴道或肛查时在其侧方可触及肿块,极易与会阴疝混淆。闭孔疝是疝囊经髂骨闭孔,向由腹股沟韧带、内收长肌内缘和缝匠肌内缘组成的股三角区突出于腹膜外,高龄女性多见,易嵌顿,闭孔神经受压引起 Howship-Romberg 征是其重要的鉴别点<sup>[2]</sup>。此外,会阴疝还应与盆底的寒性脓肿、血肿、肛周脓肿、前庭大腺囊肿、坐骨结节囊肿、会阴部肿瘤如脂肪瘤等相鉴别,以防误诊。

会阴疝首选手术治疗。小儿会阴疝虽未影响生长发育,但有增大趋势,有可能导致排便困难,甚至影响患儿以后的坐势,或坐位时压迫肠管,引起肠壁损伤,也应及时予手术治疗。常用的手术方法有 3 种。①经会阴手术:经会阴部疝囊处皮肤切口寻找疝囊,向上游离至疝囊颈部,小的疝囊给予内翻,大的疝囊予以结扎关闭,切除多余疝囊。利用周围的肌肉皮瓣(臀肌和股薄肌)修补。由于会阴部切口易污染,术中分离深且手术操作范围狭小,易导致输尿管及血管损伤,周围组织解剖暴露不好<sup>[9]</sup>,给修补盆底筋膜及腹膜带来困难而致手术失败的较多,现在很少应用。②经腹手术:常规硬膜外麻醉即可,会阴疝内口多位于女性的阔韧带前或后面的宫体旁;男性多位于直肠膀胱陷凹靠近盆壁的位置,直肠侧韧带前或后面,暴露不清楚时,可经会阴部压迫疝囊辨认。拖出疝囊内脏器,将疝囊翻转至腹腔内,疝囊壁在颈部予以结扎,多余部分可以切除或不切除。内口缝合包括以下几层:腹膜外筋膜层(膀胱直肠筋膜),腹膜层(即疝囊口),最后将阔韧带底部的下端与子宫直肠韧带缝合,并可缝住部分直肠壁,以加强封闭。现在多选择无张力疝修补术:术中回纳疝

内容物,于疝囊颈外侧切开 3 cm 左右腹膜,根据疝囊颈大小,以疝囊颈为中心在腹横筋膜和腹膜间的间隙充分游离,置入聚丙烯补片,放置平坦且无须固定,缝合腹膜。术中注意保护输尿管,女性注意避开子宫动脉。后会阴疝修补时注意避免损伤盆底静脉丛而引起的难以控制的出血。近年来,多选用腹腔面是偏氟乙烯(vinylidene fluoride, VDF),腹壁面是聚丙烯的复合补片修补<sup>[7]</sup>;此种补片聚偏氟乙烯(poly vinylidene fluoride, PVDF)的层面可防止肠管与网片粘连,而聚丙烯(polypropylene, PP)的层面则刺激组织生长形成新的腹膜<sup>[8]</sup>。方法是常规还纳疝内容物,结扎疝囊颈后,切除或不切除多余疝囊,将复合补片的腹壁面(聚丙烯面)直接覆盖于疝囊颈处,腹腔面游离于腹腔,四周钉枪或锋线固定平坦即可。③腹腔镜无张力疝修补手术:常规全身麻醉臀高头低位,暴露盆腔,脐部根据腔镜大小选择 0.5 cm 或 1.0 cm 切口,一侧麦氏点切口置入 10 mm trocar,经此口可置入卷曲后的补片,对侧麦氏口或下腹正中中选择 5 mm trocar 作为辅助器械操作孔。将疝内容物还纳腹腔,疝囊可不予处理,将补片平铺后封闭环内口,四周固定牢靠,预防副损伤及注意事项同开腹手术。相对于经会阴手术和经腹手术,腹腔镜无张力疝修补微创、视野更加清楚、操作简便、并发症少,合并有盆腔其他脏器疾病可同时治疗。术后第 2 天可下床活动,复发率低,有望成为会阴疝的首选治疗方法<sup>[6]</sup>。

## 参考文献

- 1 Augustin G, Matosevic P, Kekez T, et al. Abdominal hernias in pregnancy. *Obstet Gynaecol Res*, 2009, 35(2): 203-211.
- 2 吴孟超, 吴在德, 主编. 黄家驷外科学. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 1287.
- 3 Lopez A, Anzen B, Bremmer S, et al. Cystofecoperitoneography in patients with genital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2002, 13(1): 22-29.
- 4 王毅, 龚水根, 张伟国, 等. 女性正常盆底与盆底脱垂性疾病 MRI 初步研究. *第三军医大学学报*, 2004, 26(12): 1055-1057.
- 5 Stoker J, Halligan S, Bartmm CI. Pelvic floor imaging. *Radiology*, 2001, 218(3): 621-641.
- 6 Rayhanabad J, Sassani P, Abbas MA. Laparoscopic repair of perineal hernia. *JLS*, 2009, 13(2): 237-241.
- 7 Berger D, Bientzle M. Polyvinylidene fluoride: a suitable mesh material for laparoscopic incisional and parastomal hernia repair! A prospective, observational study with 344 patients. *Hernia*, 2009, 13(2): 167-172.
- 8 Junge K, Klinge U, Rosch R, et al. Improved collagen type I/III ratio at the interface of gentamicin-supplemented polyvinylidene fluoride mesh materials. *Langenbecks Arch Surg*, 2007, 392(4): 465-471.
- 9 陈小岚, 黄志恒, 徐敏, 等. 肛管直肠癌会阴切除术并发症的预防及处理. *中国现代手术学杂志*, 2004, 8(3): 152-154.

(收稿日期: 2012-07-30)

(修回日期: 2012-10-18)

(责任编辑: 李贺琼)