

1 例腹腔镜下胸骨旁疝修补技术应用探讨与文献回顾

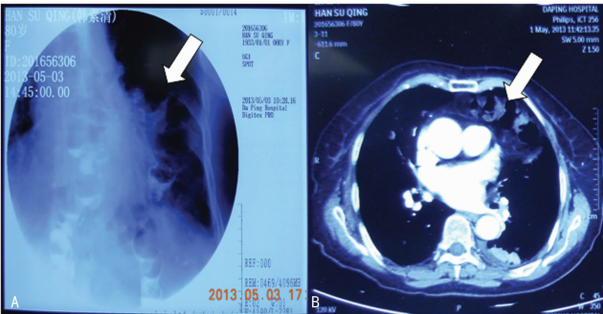
李昆昆,马 铮<sup>△</sup>,谭群友,牛会军,郭 伟,龚太乾,王如文  
(第三军医大学大坪医院野战外科研究所胸外科,重庆 400042)

中图分类号:R655.4 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2014)28-3838-02

Morgagni-Larrey 疝,又称先天性胸骨后疝,或胸骨旁疝,发病率低,约占所有先天性膈疝的 3%~5%<sup>[1]</sup>。膈肌缺损位于右位者称 Morgagni 疝,位于左侧者称 Larrey 疝,两侧均存在者更为罕见。患者多无症状,常在成人后体检时通过钡餐、CT 等影像学检查发现<sup>[2]</sup>。手术修补是治疗的主要方法,传统方式需开腹进行,手术创伤大,恢复慢。而腹腔镜修补创伤小,尤其适用于老年患者。但是由于前上腹壁缺乏良好着力点,对术者在腹腔镜进行缝合、打结等操作技巧要求甚高,难以广泛推广。作者近期采用穿刺导线技术,在腹腔镜下完成 Morgagni-Larrey 疝 1 例,简单易行,易于推广,现介绍如下。

1 临床资料

患者为 80 岁老年女性,因“反复餐后恶心、呕吐 2 月余”于 2013 年 4 月入院。既往有慢支炎病史,胸部 CT 及上消化道钡餐检查均提示横结肠及大网膜疝入胸骨后,左肺受压明显并阻塞性肺炎。肺功能:最大通气量(MVV)25.89 L/min,占预计值 25.81%,重度通气功能障碍。心电图:非特异 T 波改变。诊断为 Morgagni-Larrey 疝,见图 1。



A:胸片;B:胸片 CT 增强。  
图 1 Morgagni-Larrey 疝的胸片及胸部 CT 增强结果

手术方法,全身麻醉,单腔气管插管后,患者取仰卧位。于脐下 1 cm 放置一个 10 mm TROCAR,建立人工气腹(压力 12 mm Hg),置入 30°镜头探查,见胸骨后膈肌缺损,中间与胸骨剑突相连,分别形成左右两个疝囊,被覆完整腹膜,诊断 Morgagni-Larrey 疝明确。左侧 4 cm×5 cm,右侧 2.5 cm×2 cm,部分大网膜及结肠疝入左侧胸腔,并局部粘连(图 2)。肠管色泽红润、蠕动正常;无扭转、成角,遂于腔镜下还纳疝内容物。于剑突下呈弧形切开腹壁皮肤、皮下(不切开腹外筋膜)。取一普通气腹针,去除针芯,引导 2.0 爱惜邦(Ethibond,强生)线经腹壁切口穿过腹直肌进入腹腔,镜下引导下继续穿刺通过膈肌(距缺损边缘约 2 cm),将爱惜邦线一端引出;同法,距前一针约 1 cm,同法穿刺腹壁及膈肌,将前次引导之爱惜邦线引出腹壁,完成一次包含膈肌、腹直肌的水平褥式缝合,线头暂不打结留置皮下(图 2),继续以上操作,依次完成腹壁-膈肌水平褥式缝合 4-5 针,镜下检查无出血及腹内内容物拌入后,嘱麻醉师膨

肺的同时,于无张力情况下在皮下打结、固定。腹腔镜再次观察膈肌缺损已完全封闭。退镜,缝合切口,术毕。手术时间 20 min,术中出血 10 mL,术后第 1 天即下床活动,第 2 天后恢复进流质饮食,第 3 天进普食,第 5 天出院。半年后门诊复查胸片未见复发(图 3),临床症状完全缓解。

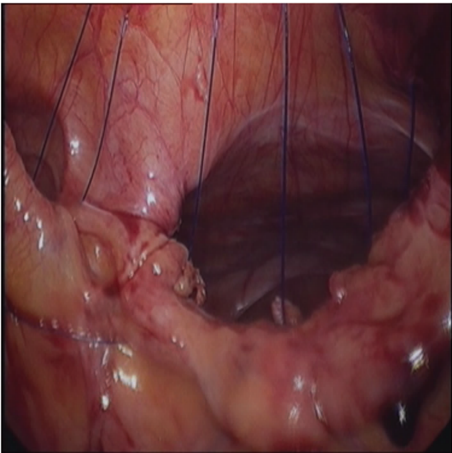


图 2 术中爱惜邦线封闭疝囊颈

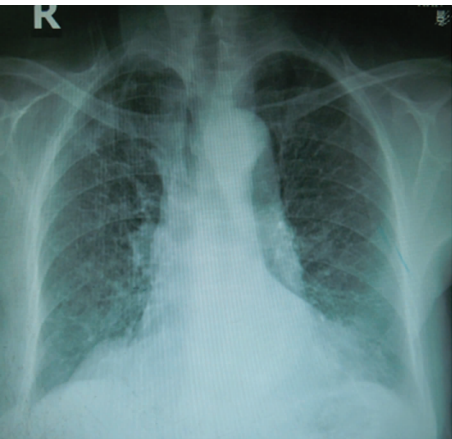


图 3 术后复查的胸片

2 讨 论

胸骨后疝或胸骨旁疝是一种先天性膈疝,是因起自剑突和第 7-11 肋骨内侧面构成膈肌的两组肌肉,在其交界处有一潜在的间隙。胸骨后疝一经确诊,均需手术治疗,有文献称手术治疗后 6~24 个月患者的肺功能即趋于正常<sup>[3]</sup>。手术治疗方法可采用经胸及经腹途径。经胸手术存在显露充分、粘连易于分解等优势,但却存在创伤大、心肺干扰大、术后恢复慢、并发症高等缺点。对于年龄较大、心肺功能较差、合并有肺炎、肥胖症等多种疾病的患者,多首选采用经腹手术。但是,于由胸骨后缺乏良好的膈肌附着点,传统修补方式需将

肌层缝合于前腹壁肌层上,或间隔以补片,再分别行缝合打结固定<sup>[4-5]</sup>,对操作者镜下缝合打结技术要求甚高,从而禁锢了腹腔镜膈疝修补手术的发展。不少作者尝试其他修补方式,以弥补常规腹腔镜下操作的不便利,van Niekerk 等<sup>[6]</sup>报道使用带2.0爱惜邦线的20-G穿刺针穿透腹壁后通过Morgagni-Larrey疝的后缘,并使用泰科Mansfiels,MA穿刺器引导爱惜邦线穿出腹壁皮下,Marín-Blazquez 等<sup>[7]</sup>曾报道使用内镜下螺旋型钉疝修补固定器固定双层网孔补片来修补膈肌缺损。但国内大部分医疗机构无相关器械,且费用昂贵,限制其广泛应用。

本文所述改良的经腹壁缝合膈肌缺损术,在腹壁上除腹腔镜手术切口外,仅在剑突下留有5~7层上,具有修补牢靠、手术时间短、出血少、患者恢复快、住院时间短等优势,且操作简便,宜于推广使用。Greca 等<sup>[8]</sup>在2001年通过和其他手术方式比较,发现腹腔镜下经腹壁缝合膈肌缺损的方法,具有简便、快速、有效的优点。

作者体会:(1)腹肌水平褥式缝合的间距宜小,约0.5~1.0cm,而膈肌部分则宜1.0~1.5cm左右,以匹配胸骨后缺损边缘与膈肌边缘之间的不对等;(2)同时在膈肌的进针点,宜距膈肌边缘至少1.0cm,以1.5cm为宜,以避免部分膈肌发育不良致边缘肋肌薄弱,增加术后复发风险;(3)必要时,可拟对合的膈肌边缘与前壁烧灼一切痕,以利于对拢后瘢痕修复;(4)对于疝囊的腹膜部分,可以不作特殊处理,在疝内容物还纳、膨肺时,多可自行粘连愈合消失,多不致积液、积气形成新的疝囊。(5)随着操作技术的熟练,有望在单孔下完成。

总之,该法手术创伤小、时间短、出血量、操作方法简单、易于掌握,符合我国国情,适合国内广泛开展。

参考文献:

[1] Cullen ML,Klein MD,Philippart AI. Congenital diaphrag-  
• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.28.056

matic hernia[J]. Surg Clin North Am,1985,65(5):1115-1138.  
[2] Dapri G,Himpens J,Hainaux B,et al. Surgical Technique and complications during laparoscopic repair of diaphragmatic hernias[J]. Hernia,2007,11(2):179-183.  
[3] Koumbourlis AC,Wung JT,Stolar CJ. Lung function in infants after repair of congenital diaphragmatic hernia[J]. J Pediatr Surg,2006,41(10):1716-1721.  
[4] Garriboli M,Bishay M,Kiely EM,et al. Recurrence rate of morgagni diaphragmatic hernia following laparoscopic repair[J]. Pediatr Surg Int,2013,29(2):185-189.  
[5] Terrosu G1,Brizzolari M,Intini S,et al. Morgagni hernia: technical variation in the laparoscopic treatment[J]. Ann Ital Chir,2012,83(5):415-420.  
[6] van Niekerk ML. LaparoscopicMorgagniherniarepair using single-siteumbilical and full-thicknessabdominalwall-repair:technicalreport of twocases[J]. Afr J Paediatr Surg,2013,10(1):55-57.  
[7] Marín-Blazquez AA,Candel MF,Parra PA. Morgagni hernia:repair with a mesh using laparoscopic surgery[J]. Hernia,2004,8(1):70-72.  
[8] Greca G,Fisichella P,Greco L. A new simple laparoscopic-extracorporeal technique for the repair of a Morgagni diaphragmatic hernia[J]. Surg Endosc,2001,15(1):99.

(收稿日期:2014-05-08 修回日期:2014-06-22)

肾集合管癌的临床特点探讨分析

朱安义,史子敏,洪正东,林双泉,习小庆  
(南昌大学第二附属医院泌尿外科,南昌 330006)

中图分类号:R737 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2014)28-3839-02

肾集合管癌(collecting duct carcinoma,CDC)又称Bellini管癌,为肾实质上皮性肿瘤,WHO 1997、2002 和 2004 年均将其作为是肾细胞癌的主要类型之一,临床上较少见,约占肾细胞癌的1%<sup>[1]</sup>,临床上较易误诊。南昌大学第二附属医院2007年5月至2012年1月共收治肾集合管癌5例,结合文献复习就其临床特征作一总结分析,报道如下。

1 临床资料

本组5例,男3例,女2例,年龄55~70岁,平均63岁,左侧3例,右侧2例,无明显症状体检B超发现2例,腰腹部胀痛不适3例,伴解肉眼血尿2例,伴消瘦、低热2例,外院诊断为肾结核1例;B超检查均提示肾脏实性占位病变,表现为低回声团块;CT平扫加增强扫描检查,肿瘤直径最大者约8.0cm,最小者4.2cm,平均5.5cm,位于肾中上极2例,中极2例,中下极1例;肾蒂旁淋巴结转移4例,肿瘤均表现为低密度影,边

界欠清,内部密度欠均匀,增强后轻度不均匀强化或无明显强化;胸片及全身骨扫描均未见远处转移灶;静脉肾盂造影:2例未见明显显影,2例延迟显影,1例局部肾盏显影欠佳;4例轻度贫血,另1例无贫血;5例血沉均增快,5例肝功能均正常或大致正常。CT征象见图1。  
5例患者均行根治性肾切除术,3例术中发现肾周筋膜增厚,与周围组织明显粘连,4例肾蒂旁淋巴结肿大,另1例未见肿大淋巴结。术后4例伴有肾蒂旁淋巴结转移患者行白介素-2免疫治疗,每3~6个月随访1次。结果,5例患者术后病理均为肾集合管癌,4例伴肾蒂旁淋巴结转移(病理均提示阳性,另1例未见阳性淋巴结),病理分期:2例为T2N1M0,2例T1N1M0,1例为T1N0M0,瘤体均位于肾髓质并向周围浸润性生长,边界不清,无假包膜。肿瘤切面呈弥漫性红白相间或灰白鱼肉状,局部有出血、坏死灶,镜下癌细胞呈腺样、小巢状、