

• 经验交流 •

闭孔疝性肠梗阻的临床诊断与治疗分析

柳万忠¹ 王行表¹ 邓志刚¹

[摘要] 为探讨闭孔疝性肠梗阻的临床诊断与治疗策略,回顾性分析 2006 年 9 月—2021 年 8 月我院诊治过的 31 例闭孔疝性肠梗阻患者的临床资料,总结其临床诊断及治疗经验,除 1 例患者拒绝手术要求保守治疗外,30 例患者行手术治疗,其中 25 例接受开腹手术治疗,5 例患者接受腹腔镜手术治疗,其中腹腔镜中转开腹 1 例;15 例患者合并肠绞窄肠坏死,行肠切除肠吻合术、疝囊高位结扎术。30 例的手术患者中有 5 例患者为肠管壁疝(Richter 疝),其肠管扩张程度均较轻。疝补片修补手术 8 例,均发病时间短、无肠绞窄肠坏死,其中经腹开腹手术放置补片 4 例,经腹腔镜经腹手术放置补片 2 例,经腹腔镜探查后行腹腔镜腹膜外手术放置补片 2 例。1 例患者拒绝手术治疗并自动出院。28 例手术患者治愈出院(住院时间 4~31 d,中位 11 d),其中 5 例患者术后出现肺部感染、切口感染,经治疗后均治愈出院;2 例患者术后因感染性休克、肺部感染等并发症出现死亡。出院后患者随访 4 个月~2 年,均未出现补片感染及肠梗阻症状。闭孔疝性肠梗阻是一种临床少见的疾病,其好发于多次妊娠的老年女性,常合并低体重指数,临床症状轻重程度不一,术前临床诊断困难,易延误诊治,术前腹部 CT 可明确诊断。提示临床多次妊娠的老年女性患者若出现不明原因的肠梗阻,需尽早完善腹部 CT 检查,早诊断并及时进行外科手术。可采用开腹或腹腔镜手术,根据嵌顿肠管情况,采用疝囊高位结扎或补片修补手术。

[关键词] 闭孔疝;肠梗阻;诊断;治疗

DOI:10.13201/j.issn.1009-5918.2022.12.014

[中图分类号] R656.1 **[文献标志码]** B

Clinical diagnosis and treatment of obturator hernia ileus

LIU Wanzhong WANG Xingbiao DENG Zhigang

(Department of General Surgery, Mianyang Hospital Affiliated to Medical College of University of Electronic Science and Technology of China, Mianyang Central Hospital, Mianyang, Sichuan, 621000, China)

Corresponding author: DENG Zhigang, E-mail: chargedgon@163.com

Summary In order to explore the clinical diagnosis and treatment strategy of obturator hernia ileus, the clinical data of 31 patients with obturator hernia intestinal obstruction diagnosed and treated from September 2006 to August 2021 were retrospectively analyzed, and their clinical diagnosis and treatment experience were summarized. One patient refused surgery and requested conservative treatment; 30 patients underwent surgical treatment, of which 25 received laparotomy, 5 patients received laparoscopic surgery, including 1 case of conversion from laparoscopy to laparotomy; 15 patients with intestinal strangulation and necrosis underwent intestinal resection, intestinal anastomosis and high ligation of hernia sac. Of the 30 patients undergoing surgery, 5 patients had intestinal wall hernias(Richter hernia), and the degree of intestinal dilatation was mild. There were 8 cases of hernia patch repair surgery, all of which were short onset time and no intestinal strangulation intestinal necrosis. Among them, 4 cases were placed through abdominal laparotomy, and 2 cases were placed through laparoscopic surgery. 2 case of patch placement under laparoscopic extraperitoneal surgery after laparoscopic exploration. One patient refused surgical treatment and was discharged automatically. 28 surgical patients were cured and discharged(hospitalization time was 4 to 31 days, with a median of 11 days). Among them, 5 patients developed pulmonary infection and incision infection after the operation, and were cured and discharged after treatment; Two patients died of infectious shock, pulmonary infection and other complications after operation. The patients were followed up for 4 months to 2 years after discharge, and no patch infection and intestinal obstruction symptoms were found. Obturator hernia ileus is a rare disease in clinic. It often occurs in elderly women with multiple pregnancies. It is often combined with low body mass index. The severity of clinical symptoms is different. Preoperative clinical diagnosis is difficult and easy to delay diagnosis and treatment. Preoperative abdominal CT can make a

¹电子科技大学医学院附属绵阳医院 绵阳市中心医院普外科(四川绵阳,621000)

通信作者:邓志刚,E-mail:chargedgon@163.com

definite diagnosis. If the elderly women with multiple pregnancies have unexplained intestinal obstruction, abdominal CT examination should be improved as soon as possible, early diagnosis and timely surgery should be carried out. Laparotomy or laparoscopy can be used. High ligation or patch repair of hernia sac shall be performed according to the condition of incarcerated intestinal tube.

Key words obturator hernia; intestinal obstruction; diagnosis; treatment

肠梗阻为普外科临床工作中常见的急腹症,其病因较多且复杂,其中闭孔疝性肠梗阻的发病率低,临床少见。但闭孔疝性肠梗阻起病急、病情进展快,且患者年龄偏大,常合并基础疾病,若不能及时有效的诊治,容易出现肠绞窄坏死、肠穿孔,甚至感染性休克而导致死亡。然而其临床表现缺乏特异性,易延误诊治。针对闭孔疝性肠梗阻的诊治,国内外报道的病例数相对较少。如何早期诊断、及时进行外科手术是治疗成功的关键。现分析总结我科 2006 年 9 月—2021 年 1 月诊治的 31 例闭孔疝性肠梗阻患者的临床诊断及治疗经验,以期为闭孔疝性肠梗阻的临床诊断和治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2006 年 9 月—2021 年 8 月绵阳市中心医院普外科诊治的闭孔疝性肠梗阻 31 例患者的临床资料。其中女 30 例,男 1 例,年龄 60~96 岁,中位年龄 78 岁;其中 1 例患者有 1 次妊娠史,1 例患者有 2 次妊娠史,余 28 例女性患者有多次妊娠史(3~7 次),中位 5 次;闭孔疝左侧 17 例,右侧 10 例,双侧 4 例;31 例患者体重 35~53 kg,中位 44 kg;体重指数 15.6~22.1 kg/m²,中位 18.35 kg/m²;6 例合并慢性阻塞性肺疾病,4 例合并有慢性便秘。本研究通过绵阳市中心医院医学伦理委员会审核批准(No.:s2021053)。

1.2 临床表现及辅助检查

31 例患者均有腹痛、腹胀等急性肠梗阻的临床表现。其中 6 例患者合并腹膜刺激征。4 例患者合并 Howship-Romber 征,1 例患者合并 Hannington-Kiff 征,2 例患者伴有耻骨结节外下方包块。31 例患者均伴有不同程度的血白细胞增高($11.6 \times 10^9/L \sim 19.2 \times 10^9/L$,中位 $16.3 \times 10^9/L$)。31 例病例中有 8 例患者行腹部 X 线片或超声检查,均诊断为肠梗阻,但均未能诊断为闭孔疝性肠梗阻。31 例患者均完成全腹部 CT 检查,CT 均显示闭孔疝嵌顿伴肠梗阻征象。

1.3 术前诊断

31 例患者术前均诊断为闭孔疝性肠梗阻。患者由急性发病到明确诊断为闭孔疝性肠梗阻的时间为 4 h~20 d,中位时间 4 d。

1.4 治疗方法

1 例患者拒绝手术,要求保守治疗。30 例患者行手术治疗,其中 25 例接受开腹手术治疗,5 例患

者接受腹腔镜手术治疗,其中腹腔镜中转开腹 1 例;15 例患者合并肠绞窄肠坏死,行肠切除肠吻合术、疝囊高位结扎手术。30 例手术患者中有 5 例患者为肠管壁疝(Richter 疝),其肠管扩张程度均较轻。疝补片修补手术 8 例,均发病时间短、无肠绞窄肠坏死,其中经腹开腹手术放置补片 4 例,经腹腔镜经腹手术放置补片 2 例,经腹腔镜探查后行腹腔镜腹膜外手术放置补片 2 例。

1.5 统计学方法

应用 SPSS 20.0 统计软件进行分析。正态分布的计量资料以 $\bar{X} \pm S$ 表示,偏态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示。计数资料以绝对数表示。

2 结果

1 例患者拒绝手术治疗,并自动出院。28 例手术患者治愈出院(住院时间 4~31 d,中位时间 11 d),其中 5 例患者术后出现肺部感染、切口感染,经治疗后均治愈出院;2 例患者术后因感染性休克、肺部感染等并发症出现死亡。出院后患者随访 4 个月~2 年,均未出现补片感染及肠梗阻症状。

3 讨论

3.1 闭孔疝性肠梗阻发生的原因

闭孔是由耻骨与坐骨围成的骨性孔隙,位于骨盆的前壁,表面覆盖闭孔膜、闭孔内肌及闭孔外肌,闭孔内部上方有一闭孔膜裂孔,为闭孔管内口,经由闭孔内外肌斜向前下至耻骨肌的深面,形成闭孔管^[1]。闭孔管长 2~3 cm,宽 0.2~0.5 cm,内有闭孔神经以及闭孔动静脉通过^[2]。因盆底肌肉松弛、闭孔膜薄弱以及腹内压升高等因素,导致闭孔管增大,腹腔内脏器由闭孔管向外突出从而形成闭孔疝^[3],疝内容物可为小肠、乙状结肠、大网膜、附件等。闭孔疝占有疝的 0.05%~1.4%^[1,4],较为少见,闭孔疝的患者多为老年女性且有多次妊娠史^[5],大多为单侧,约 6%的闭孔疝为双侧^[6]。本研究的 31 例患者中 30 例为女性患者,仅 1 例为男性患者,且绝大多数女性患者有 3 次以上妊娠史,中位 5 次,年龄分布于 60~96 岁之间,平均年龄 78 岁;左侧多于右侧,双侧仅为 4 例;与文献报道^[7]一致。提示高龄女性及多次妊娠史是闭孔疝性肠梗阻发生的因素。患者 BMI 中位 18.35 kg/m²,提示多数患者体重指数偏低,低体重指数可能是闭孔疝性肠梗阻发生的一个潜在因素。6 例合并慢性阻塞性肺疾病,4 例合并有慢性便秘,提示慢性阻塞性肺疾病及慢性便秘使腹内压增高,可增加闭孔疝

性肠梗阻的发生。考虑原因为老年女性患者骨盆宽大、闭孔也较大且倾斜、多次妊娠引起盆底肌及闭孔筋膜萎缩、松弛、薄弱,导致闭孔管增大,以及闭孔管处腹膜外脂肪的减少,再加上慢性咳嗽、便秘等腹内压增高因素,更容易形成闭孔疝。闭孔疝内容物大多为小肠,且闭孔管为纤维管道结构,延展性差,极为容易嵌顿,常形成闭孔疝性肠梗阻。

3.2 闭孔疝性肠梗阻的临床表现及影像学检查

闭孔疝性肠梗阻绝大多数发生在有多次妊娠的老年低体重指数的女性患者中,常见的临床表现有腹痛、腹胀、恶心、呕吐,伴腹部膨隆、腹部压痛、肠鸣音活跃等,严重者可出现腹痛和腹胀进行性加重、发热、血压下降、腹肌紧张等表现。闭孔疝性肠梗阻临床表现轻重不一,与疝入肠管可否自行回纳以及疝入肠管的多少有关。本研究 30 例的手术患者中有 5 例患者为肠管壁疝(Richter 疝),其肠管扩张程度均较轻。提示轻者可因疝入肠管自行回纳或仅疝入部分肠管壁(Richter 疝)症状表现为不完全性肠梗阻;较重者可因疝入的小肠较多且不能回纳而表现为完全性肠梗阻;严重者可因完全性肠梗阻不能得到及时有效的救治,进而出现肠坏死、肠穿孔、腹膜炎、休克等表现,甚至死亡。因闭孔神经受疝内容物的挤压,部分患者伴有闭孔神经痛,即 Howship-Romber 征^[8-9],主要表现为患侧闭孔疝的膝关节内侧及股的皮肤刺痛、酸胀及麻木感,有时可有感觉异常,腹内压增高(如咳嗽)、股伸展、髋关节内旋时上述症状常可加重,其诊断特异性较高,据报道有 15%~50% 的患者可表现有 Howship-Romber 征^[10]。但因其轻重程度不一且多不

典型、容易被腹痛等症状掩盖、容易误认为坐骨神经痛或骨性关节炎症状等因素,常常被忽视。另外少数患者可因闭孔神经严重受压引起闭孔神经麻痹,表现为股内收肌反射消失,即 Hannington-Kiff 征,其特异性更强,但更加少见^[9]。本研究中表现出 Howship-Romber 征者 4 例, Hannington-Kiff 征 1 例,原因考虑为腹部外科医师针对神经的体格检查疏漏,其更不易被发现。部分患者可于患侧耻骨结节外下方触及嵌顿的闭孔疝疝囊,本研究中有 2 例患者查体时发现患侧包块。但因闭孔疝囊位置深且前方有股内收肌和耻骨肌的遮挡,多数患者的疝囊不容易被触及^[11]。本组 31 例患者中有 8 例患者于急诊科行腹部 X 线片或超声检查,均诊断为肠梗阻,但均未能诊断为闭孔疝性肠梗阻。表明腹部 X 线平片检查和腹部超声检查可提示肠梗阻,但对于梗阻的具体部位及原因、程度提供的信息有限^[12],仅凭临床症状、体征及腹部 X 线片或超声检查难以明确诊断。腹部 CT 可明确诊断肠梗阻,并可明确肠梗阻的位置、梗阻程度,亦可查看到肠管疝入闭孔管及近段肠管梗阻的特异性表现^[13]。腹部增强 CT 还可判断是否伴有肠缺血、肠绞窄征象。

闭孔疝性肠梗阻典型的腹部 CT 表现为肠管经闭孔管呈“鸟嘴征”样疝入耻骨肌和闭孔外肌之间、闭孔外肌的上下束之间或闭孔内外肌之间,疝入的肠管呈低密度的软组织影,疝入肠管的近端积液、积气可伴肠壁水肿、增厚,远端肠管呈现空虚状态^[13](图 1)。当合并肠穿孔时,闭孔管外的疝囊内或腹腔可有游离气体。



a: 嵌顿肠管的近端呈积液扩张状(细箭头),远端呈空虚状(粗箭头);b: 肠管“鸟嘴征”(细箭头);c: 位于耻骨肌和闭孔外肌间的疝囊(细箭头)。

图 1 闭孔疝性肠梗阻典型的腹部 CT 表现

3.3 闭孔疝性肠梗阻的诊断及治疗

当老年女性患者出现腹痛、腹胀伴恶心、呕吐等肠梗阻症状时,尤其是有多次妊娠病史和低体重指数者,需触诊有无耻骨结节外下方嵌顿的闭孔疝疝囊,查看有无合并 Howship-Romber 征或 Hannington-Kiff 征。虽本研究中患者均有不同程度的血白细胞增高,但无临床特异性。且只有少数患者出现 Howship-Romber 征、Hannington-Kiff 征和

可触及的耻骨结节外下方结节。故术前仅依靠临床表现而诊断闭孔疝性肠梗阻的准确率极低,据文献报道其仅有 10%~30% 的准确率^[14]。目前闭孔疝性肠梗阻的诊断主要依靠腹部 CT 检查,有文献报道对于闭孔疝性肠梗阻的诊断率,腹部 CT 检查可高达 100%^[15]。本组 31 例患者均行腹部 CT 检查,均诊断为闭孔疝性肠梗阻,接受手术的 30 例患者术中探查均证实,与文献报道^[15]一致。对于临

床表现为肠梗阻的患者,尤其是有多次妊娠的高龄女性患者,需警惕闭孔疝性肠梗阻,需尽早行腹部 CT 检查明确诊断。若腹部 CT 表现为肠管经闭孔管呈“鸟嘴征”样疝入闭孔疝囊,且近段肠管呈梗阻状,远端肠管呈空虚状态时,即可明确诊断为闭孔疝性肠梗阻。

由于闭孔管为纤维管道结构,延展性差,且疝环口小,疝入的肠管容易出现坏死。Schizas 等^[16]研究发现将近 40% 的闭孔疝性肠梗阻患者因肠坏死而需要进行肠切除术。本研究中 30 例手术患者术中探查发现 15 例患者合并肠绞窄肠坏死,提示闭孔疝性肠梗阻的肠坏死发生率高。早期诊断并及时进行外科手术可提高患者的救治成功率。所以一旦明确诊断为闭孔疝性肠梗阻,须尽早手术治疗。

闭孔疝性肠梗阻的手术方式主要有经开腹或腹腔镜探查、嵌顿疝回纳、肠切除肠吻合、闭孔疝修补、腹腔引流术。闭孔疝性肠梗阻的手术入路较多,主要有经开腹入路、经腹腔镜入路以及经腹膜外入路 3 种路径^[17]。经开腹入路通过下腹部纵形切口,可明确查看嵌顿肠管情况及腹腔内情况,尤其适用于肠管扩张严重和肠绞窄患者,便于回纳嵌顿的肠管以及肠切除肠吻合等操作^[18]。经腹膜外入路常采用经腹股沟切口、耻骨后腹膜外及经腹股沟韧带下方 3 种方式。但因闭孔疝性肠梗阻手术中需探查嵌顿的肠管情况,笔者认为单独采用经腹膜外入路手术难以判断肠管有无确切坏死,对于闭孔疝性肠梗阻术中若经腹腔镜或经开腹入路后仍无法回纳疝时,可考虑联合经腹膜外入路手术还纳疝内容物。因闭孔疝性肠梗阻患者腹腔内操作空间有限,经腹腔镜入路不适用于腹腔肠管严重扩张和明确有肠绞窄的患者。腹腔镜下完全经腹膜外入路手术无法明确嵌顿肠管的状态,故仅适用于不考虑合并肠绞窄且容易还纳的闭孔疝患者。腹腔镜经腹入路探查后,可于腹腔镜下行嵌顿肠管回纳,直接使用腹腔镜抓钳还纳容易损伤肠管,笔者的经验是可在嵌顿的疝囊颈处采用纱条环绕包裹,用左手抓钳向腹腔内牵拉纱条,右手抓钳隔着纱布轻柔地推动肠管,本研究组内行腹腔镜手术的 5 例中有 4 例通过此方法顺利还纳嵌顿的肠管,无明显肠管破损。有 1 例腹腔镜下回纳失败,行中转开腹手术。闭孔疝修补常用的方法有疝囊高位结扎、疝补片修补等。单纯疝囊高位结扎适用于疝环口较小、存在腹腔污染、肠坏死或肠穿孔的患者^[19]。有研究指出闭孔疝采用补片修补的 3 年复发率显著低于直接缝合的患者^[20]。对于疝环口较大患者,更适用于疝补片修补^[21]。虽然有不少学者认为肠绞窄肠坏死、肠切除术后并不是急诊疝补片修补术的绝对禁忌证,且疝补片修补术后补片感染率

低^[19,22]。如若合并肠绞窄肠坏死或肠管嵌顿时间长者,有腹腔污染的可能,一旦发生补片感染,治疗时间较长且可能需行补片取出手术处理,容易引起医疗纠纷。从医疗安全角度讲,笔者认为疝补片适用于发病时间短、无肠绞窄肠坏死、肠管扩张程度轻的患者。

闭孔疝补片修补的手术可采用经腹开腹手术、腹腔镜经腹手术、亦可腹腔镜经腹膜外手术^[16]。笔者的经验是单纯腹腔镜经腹膜外手术无法探查腹腔内情况及嵌顿的肠管有无坏死,可联合腹腔镜经腹探查,行疝回纳后,对于发病时间短、无肠绞窄肠坏死的患者,可另从脐下建立观察孔,行腹腔镜经腹膜外疝修补手术,这种手术方式可进一步减少补片感染的可能。采用网孔较大的轻量聚丙烯补片亦可减少补片感染可能^[23]。本研究中疝补片修补手术的 8 例患者,均为发病时间短、无肠绞窄肠坏死,其中经腹开腹手术放置补片 4 例,腹腔镜经腹手术放置补片 2 例,经腹腔镜探查后行腹腔镜经腹膜外手术放置补片 2 例,均未出现补片感染。提示针对发病时间短、无肠绞窄肠坏死及肠管扩张程度轻的患者,放置补片是相对安全的,但由于本组病例数较少,尚需收集大量病例来进一步证实。

综上所述,闭孔疝性肠梗阻是一种临床少见的疾病,其好发于多次妊娠的老年女性,常合并低体重指数,临床症状轻重程度不一,术前临床诊断困难,易延误诊治,术前腹部 CT 可明确诊断。多次妊娠的老年女性若出现不明原因的肠梗阻,须尽早完善腹部 CT 检查,早诊断并及时进行外科手术。可采用开腹或腹腔镜手术,根据嵌顿肠管情况,采用疝囊高位结扎或补片修补手术。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] Park J. Obturator hernia: clinical analysis of 11 patients and review of the literature[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(34): e21701.
- [2] Waage S. Inkarserert obturatorhernie[J]. *Tidsskriftet*, 2019; 139(10).
- [3] 杨晓宏,白明东. 闭孔疝的诊疗进展[J]. *国际外科学杂志*, 2019, 46(9): 642-648.
- [4] 李焯,唐雨辰,张逸,等. 闭孔疝的手术治疗[J]. *中华普通外科杂志*, 2018, 33(6): 518-519.
- [5] Diab J, Badiani S, Berney CR. A decade review of emergency obturator hernia repairs[J]. *ANZ J Surg*, 2021, 91(7/8): 1596-1603.
- [6] Takada T, Ikusaka M, Ohira Y, et al. Paroxysmal hip pain[J]. *Lancet*, 2011, 377(9775): 1464.
- [7] Zhang Z, Yuan JM, Gu ZG, et al. The feasibility and potential advantages of laparoscopic management of incarcerated obturator hernia over the open approach [J]. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2021, 32(2): 241-246.

- [8] Sun KK, Wu YY. Mechanical intestinal obstruction in underweight, elderly women due to an incarcerated obturator hernia[J]. ANZ J Surg, 2022, 92(10):2534-2537.
- [9] Yale SH, Tekiner H, Yale ES. Role of the signs of obturator hernia in clinical practice[J]. Hernia, 2021, 25(1):235-236.
- [10] Sá NC, Silva VCM, Carreiro PRL, et al. Rare case of incarcerated obturator hernia; case report and review of literature[J]. Int J Surg Case Rep, 2017, 37:157-160.
- [11] Devarakonda A, Gupta-Kaistha A, Kulkarni N. Small bowel obstruction secondary to obturator hernia in an elderly female[J]. J Surg Case Rep, 2020, 2020(10):rjaa413.
- [12] Igari K, Ochiai T, Aihara A, et al. Clinical presentation of obturator hernia and review of the literature[J]. Hernia, 2010, 14(4):409-413.
- [13] Zhang J, Zhang CL, Kuang LQ, et al. Prediction of bowel obstruction caused by obturator hernia using risk factor categories on clinical characteristics and multidetector computed tomographic findings[J]. Abdom Radiol(NY), 2021, 46(9):4069-4078.
- [14] Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Maroto-Genover A, et al. Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment[J]. Hernia, 2008, 12(3):289-297.
- [15] Li ZZ, Gu CY, Wei MT, et al. Diagnosis and treatment of obturator hernia; retrospective analysis of 86 clinical cases at a single institution[J]. BMC Surg, 2021, 21(1):124.
- [16] Schizas D, Apostolou K, Hasemaki N, et al. Obturator hernias; a systematic review of the literature[J]. Hernia, 2021, 25(1):193-204.
- [17] Rito CTC, Travassos J, Patrício J, et al. Obturator hernia; a rare cause of bowel obstruction[J]. BMJ Case Rep, 2017, 2017:bcr-2017-219369.
- [18] Holm MA, Fonnes S, Andresen K, et al. Laparotomy with suture repair is the most common treatment for obturator hernia; a scoping review[J]. Langenbecks Arch Surg, 2021, 406(6):1733-1738.
- [19] 彭雪峰, 雷文章. 择期闭孔疝的临床特征分析及治疗方法探讨[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2020, 14(3):277-279.
- [20] Kwok AMF, Sarofim M. Strangulated obturator hernia as an unusual cause of small bowel obstruction[J]. ANZ J Surg, 2019, 89(11):E538-E539.
- [21] 施荣杰, 陈序, 寸向农. 18 例闭孔疝的临床诊治分析[J]. 大理大学学报, 2020, 5(2):65-67.
- [22] 孟云潇, 陈革, 李绍杰, 等. 闭孔疝的诊断和治疗体会[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2018, 12(6):418-421.
- [23] 郭春海, 吴永哲, 李华志, 等. 嵌顿性闭孔疝的早期诊断及腹腔镜治疗体会[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2021, 15(3):285-287.

(收稿日期:2022-09-13)

《临床急诊杂志》编辑部严正声明

近日,本刊编辑部频繁接到作者举报,有机构冒充本刊采编部的名义进行论文代写及快速发表业务,另有不法人员冒充本刊编辑以“响应科研监管,抽查往期数据”为由要求作者添加其微信。这些不法行为严重侵犯了本刊的合法权益,损害了本刊的声誉。本刊特严正声明如下:

1. 本刊严格遵守和执行新闻出版的有关法律、法规和管理规定,从未在全国任何地方设立过分支机构、分部和代办点;从未委托任何人或组织进行组稿、征稿、代发论文及快速发表活动。

2. 中国标准连续出版物号 CN 42-1607/R,国际标准连续出版物号 ISSN 1009-5918 为本刊出版物和编辑部设在湖北武汉的特定登记号,凡在湖北武汉以外出现的 CN 42-1607/R 刊号的出版物和编辑出版机构均是非法冒充的。

3. 我刊迄今为止从未向作者提出抽查往期稿件数据的要求,请广大作者谨慎对待陌生人要求添加社交账号、汇款到个人账户的行为,谨防上当受骗。

4. 本刊唯一联系地址:湖北省武汉市解放大道 1277 号 协和医院杂志社,邮编:430022;官方网站:www.whuhzss.com;官方微信公众账号:武汉协和医院杂志社;联系电话:027-85726342-8806;E-mail:lcjzzz_whuhzss@163.com。

敬请广大作者、读者务必认准本刊刊号和编辑部联系方式,如遇上类似情况,请与编辑部联系核实。