维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.4

滑动性食管裂孔疝特定体位照影的临床观察与分析

Clinical observation and analysis of radiograph in specific posture on sliding hiatal hernia

孟 镔[1],胡振龙[1],胡 军[1],徐厚高[1],徐 鹏[1],刘广凌[2] (1.安徽理工大学医学院解剖学教研室,安徽 淮南 232001;2.徐州大屯煤电集团中心医院放射科,江苏 徐州 221000)

[关键词] 食管裂孔疝;X线照影;临床分析
[中图分类号] R322.92 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)04-0249-02

食管裂孔疝主要是食管腹部、胃贲门部或胃底部经由薄弱的膈肌食管裂孔突入胸腔所致。它可以分为可复性和不可复性二种,不可复性食管裂孔疝分为短食管型、食管旁型及混合型,这种类型当病人口服硫酸钡剂后常规立位X线照影及胃镜易于查出,而可复性食管裂孔疝又称滑动性食管裂孔疝(简称滑疝)常规立位X线照影及胃镜检查不易发现[1-4]。因此,本文收集经由上消化道钡剂造影的5 361例病例,分别进行常规立位X线钡剂造影及特定性体位即仰卧半斜位和俯卧半斜位X线钡剂造影,对用这二种照影方法确诊滑疝进行比较和临床分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组调查上消化道X线照影病人5 361例,其中男3 574例,女1 787例。共分4个年龄组:1~20岁68例,占1.3%;21~40岁750例,占13.9%;41~60岁1 279例,占23.9%;61岁以上3 264例,占60.9%。

1.2 方法

采用东芝800MAX光遥控胃肠机和美国GE1000MAX光数字胃肠机行照影。5 361例病人分别用二种方法照影。第一种方法是在病人口服复方硫酸钡混悬液后立即进行常规立位和左侧位X线照影。第二种方法是再进行特定体位照影,即病人俯卧半斜位,左胸抬高与水平面呈15°~30°角,患者口服硫酸钡混悬液后连续吞咽,当钡剂进入贲门时连续拍X片。然后病人仰卧半斜位,右胸抬高与水平面呈15°~30°角,连续吞咽钡剂照影。

2 结果

确诊病例386例。常规立位照影确诊滑疝124例,确诊率为2.3%,漏诊262例,漏诊率为4.9%;特定体位照影确诊386例,确诊率为7.2%;胃镜检查确诊率为4.6%。386例滑疝病人性别年龄分布(见表1)。滑疝病人X影像特征表现为:食管下端A或B环影241例,占62.4%;膈上疝囊影292例,占75.6%;膈上粗大弯曲蕈状胃粘膜皱襞影202例,占52.3%;贲门口增宽影78例,占20.2%;His角消失或增大318例,占82.3%。

表1 滑疝病人性别年龄分布(n,%)

年龄组	男性	女性	合计
1~20岁	3.1(12)	1.6(6)	4.7(18)
21~40岁	5.4(21)	7.3(28)	12.7(49)
41~60岁	12.9(50)	18.9(73)	31.8(123)
61岁以上	16.3(63)	34.5(133)	50.8(196)

3 讨论

3.1 滑疝病人特点

小儿滑疝常常是先天性食管过短发育不良及食管裂孔松弛增宽,周围组织薄弱所致。本文结果可见成人滑疝以老年女性为多,这与慢性咳嗽、膈肌松弛、食管裂孔周围组织薄弱有关。

3.2 特定体位与常规立位照影及胃镜比较

常规立位照影由于重力作用,钡剂往往沿胃粘膜纵行皱襞流入胃体部或胃幽门部,同时立位时膈肌松弛舒张,膈肌上升,腹压减小,疝囊可向腹腔回纳而消失,因此不易显示滑疝。病人仰卧位右胸抬高半斜位照影,钡剂受重力作用可以回流至胃底,同时腹前外侧群肌肉收缩紧张,腹压增加,疝囊容易突入胸腔。因此,这种体位可很好显示贲门部或胃底部突出胸腔的疝囊影。病人俯卧位左胸抬高半斜位照影,可以充分显示食管下端贲门部及胃底部。由于病人俯卧位,食管位于胃底的水平线下,钡剂流动缓慢,胃底处于胃的最上方,钡剂不能逆流至胃底,因此胃底呈充气相。胃体部和幽门部的胃窦处于下方,钡剂可缓慢流入,故此处钡剂呈充盈相。这种位置可使腹前外侧群肌肉收缩而紧张,膈肌收缩紧张而膈穹窿下降,腹腔压力增高,而胸腔压力小,因此有利于疝囊膨出到胸腔。本文结果显示特定体位照影确诊率高于常规立位照影。

尽管本文结果显示特定体位照影确诊率优于胃内窥镜检查,但胃镜能直观地观察疝囊的形态结构,并可以进行活检。因此,当X光照影疑似滑疝时,可以辅以胃镜检查为临床提供更加全面准确可靠的诊断依据。

特定体位照影不仅较常规立位照影滑疝确诊率高,而且对病人无痛苦无创伤且又安全准确,病人易于接受,本文认为特定体位照影可作为检查滑疝的首选方法。

[收稿日期]2005-03-19 [修回日期]2005-05-21

维普资讯 http://www.cqvip.com

[参考文献]

[1] van Dongen P. What is your diagnosis? Sliding hiatal hernia[J]. J Small Anim Pract, 1997,38(9):379.

[2] de Arzua Zulaica E. Diagnosis of hiatal hernia by radiology and endoscopy [J]. Rev Esp Enferm Dig, 1996,88(1):60.

[3] 顾占军,胡荣剑,刘甫庚. 老年人食管裂孔疝并存食管癌或胃癌的影像学诊断[J]. 中华老年医学杂志,1997,16(3):177.

[4] 周慕莲,朱桂珍,陈九如. 70例老年人食道裂孔疝临床X线分析[J]. 中华老年医学杂志,1988,7(3):144-146.

(编辑:余汇洋)

右肋缘下切口单纯胆囊切除不切断腹直肌入路

Cholecystectomy through the right subcostal incision without disconnecting the rectus abdominis

张兴华 (蓟县人民医院外一科,天津 蓟县 301900)

[关键词] 胆囊;切口;腹直肌
[中图分类号] R575.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042[2005]04-0250-01

随着人们对医疗质量要求的不断提高,患者除了对手术本身要求有最好的疗效外,对减少手术损伤也有了更高的要求。我院外一科于2002年1月至2004年2月对173例需行单纯胆囊切除的病人采用改良切口入路方法进行手术[1],取得了满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组173例胆囊结石病人,其中男79例、女94例,男女比例为1.0:1.2。年龄从37岁至81岁(平均年龄为49岁)。平时无自觉症状、健康状况体检时发现胆囊结石者21例;合并慢性胆囊炎者124例;合并急性胆囊炎者27例;术后标本病理检验报告胆囊癌患者1例。胆囊内单个结石者53例;泥沙样结石者29例;多发结石者91例。所有诊断均经病理证实。

1.2 方法

采用静脉复合麻醉。取右肋缘下切口切开皮肤、浅筋膜至腹直肌前鞘,切开腹直肌前鞘,于其深面向上、下锐性分离腹直肌约3~4 cm,切断腹外斜肌腱膜、腹外肌及腹内斜肌。以手指伸入腹直肌后鞘深面钝性分离,再以皮肤拉钩牵开腹直肌,提起剪开腹横筋膜及腹膜,换腹腔拉钩连同腹直肌牵开腹壁切口,显露术野。以鼠齿钳夹住胆囊底并弱力牵引,切开胆囊浆肌层,于该层深面围绕胆囊肝床钝性分离,以电刀切开该层,使胆囊与肝床分离。认清胆囊管与胆总管汇合口[2],于距该口约0.5 cm处结扎切断胆囊管,取出标本。胆囊管残端以碘酒、酒精棉球涂擦。用可吸收线连续缝合胆囊浆肌层肝床残端。温生理盐水冲洗术野,检查无活动出血,留置胆囊肝床旁硅胶管引流一条,自切口中、外1/3交界处引出。以可吸收线连续缝合腹膜,以7号丝线间断缝合切断之肌层及腹直肌前鞘,以1号丝线间断缝合浅筋膜及皮肤切口。术后7~9 d出院。

2 结果与讨论

本组无术野显露困难,无手术死亡病例,无胆总管损伤、切口裂开病例,仅7例较肥胖病人术后3~4 d切口出现轻度脂肪液化,均经红外线理疗治愈。出院后随访4~6周,切口愈合良好,青壮年病人出院后4~5周即可胜任较重体力劳动。

既往习惯性的右肋缘下切口切断腹直肌入路对于单纯胆囊切除损伤较大,术后病人起坐及下床活动时切口疼痛较重,因此,对术后胃肠道功能的恢复亦有不利影响。本组病例由于切口未切断腹直肌,病人切口疼痛较轻[3],术后36 h内均能下床活动,对减轻病人痛苦、促进术后胃肠道功能的恢复也起到了满意的效果。此入路不切断腹直肌,对腹直肌功能影响很小。所以,此改良入路减少了手术创伤及病人痛苦,缩短了手术时间及康复时间[4-5],对需行单纯胆囊切除术的病人均可选用此入路。

[参考文献]

[1] 张光全,程泰熙,郭 锋,等.术前B超检查判断小切口胆囊切除术的适应症[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(2):191.

[2] 王竹平.认真做好胆囊切除术[J].临床外科杂志,2002,10(1):1.

[3] 杨昌平. 预防小切口胆囊切除术后并发症[J].普外临床,1997,12(1):19.

[4] 皋岚雅.小切口胆囊切除术适应证及要领[J].临床外科杂志,2002,10(1):6.

[5] 孙 敏,陈嘉勇,刘家宦,等. 小切口胆囊切除的探讨[J]. 局解手术学杂志, 2003,12(4):292-294.

(编辑:兰阳军)

[收稿日期]2005-01-25 [修回日期] 2005-04-08