维普资讯 http://www.cqvip.com

儿童，贲门失弛缓症；外科手术；

局解手术学杂志 1994 年第 3 卷第 2 期总第 10 期

前，以 500ml 盐水加 16 万单位庆大霉素混合液反复冲洗术区，术后及时管理引流更换切口敷料，即可将椎间隙感染避免到最低限度。

神经根损伤的预防：在剥离松解神经根粘连及牵拉神经根切除髓核过程中注意勿损伤神经根。要在直视下，耐心、细心操作。牵拉神经根时要适时放松，避免牵拉时间过长。尤其向外侧牵拉神经根时，力度要合适，避免从根部拉伤。

本文 1 例椎间隙定位错误是由于 X 线平片见到的骶椎腰化与腰 CT 显示的腰 4 间隙位置不一致。平片是由腰 1 向下数，而腰 CT 是从骶 1 向上数，CT 显示的腰 4.5 间隙是平片的腰 5 骶 1 间隙，所以出现第一次手术的定位错误。其预防方法：1. 认真阅读 X 线平片，尤其是在骶椎腰化时，应与腰 CT 的定位一致。2. 术中以骶椎斜坡向上滑所触及第一个凹陷（洞），为腰 5 骶 1 间隙，向上第二个凹陷（洞）为腰 4.5 间隙。笔者按此方法认定间隙，尚未出现过椎间隙判定错误。

硬膜外静脉出血的预防：首先应使腹部悬空，避免腹部受压。打开椎管后，用神经剥离子松解和分离黄韧带，避免咬椎板时误伤静脉丛。在分离神经根、切除髓核时要直视。一旦静脉出血，可用棉片、棉球和凝胶海绵压迫下进行手术。摘出髓核后，要认真检查椎前静脉是否彻底止血。

总之，腰椎间盘突出症病人痛苦大，临床表现不一、手术难度不等。但手术的并发症绝大多数是可以预防的。要求术者认症要准确，术前准备要可靠，术中操作要精细。术后要观察。可望腰椎间盘突出症手术的并发症会越来越少。

参考文献

1. 刘广杰，等．腰椎间盘突出症手术治疗远期随访及有关问题探讨，中华骨科杂志 1981；1：83.
2. 张伯勋，等．腰椎间盘突出症术后效欠佳的原因分析，中华骨科杂志 1981；1：83.
3. 陆裕朴，等．腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症的手术并发症，中华骨科杂志 1992；4：241.

（收稿：1994—01—31）

25—26

小儿贲门失弛缓症的外科治疗

河北省儿童医院胸外科 王贤书 马文海

（河北石家庄，邮政编码 050031）

R726.6 .566

〔提要〕自 1990 年 11 月迄今作者手术治疗小儿贲门失弛缓症 5 例，其中 2 例经胸行单纯 Heller 氏手术，3 例经腹行 Heller 氏手术附加幽门成形术。随访 1～3 年，疗效满意，无反流性食管炎或复发。作者认为，经胸手术无需附加抗反流手术。

〔关键词〕贲门失弛缓症；Heller 氏手术；幽门成形术。

贲门失弛症是一种食管神经肌肉功能失调疾病，小儿少见。我院自 1990 年 11 月迄今手术治疗小儿贲门失弛症 5 例。2 例经胸行单纯 Heller 氏手术，3 例经腹行 Heller 氏手术附加幽门成形术，随访 1～3 年，疗效满意。现对小儿贲门失弛症的外科治疗及 Heller 氏手术是否需附加抗反流手术进行讨论。

临床资料

本组 5 例中，男 3 例，女 2 例，年龄 3～14 岁，平均年龄 8.6 岁。病程 3 月～1 年 3 月。5 例均有吞咽困难、呕吐或反流、轻度脱水。X 线食管钡餐检查示食管重度扩张，贲门显示类似鸟嘴或萝卜根状。入院后均给予解痉药物治疗一周无效。1 例女性患儿重度脱水、消瘦、Ⅱ度营养不良，术前 2 月先行胃造瘘术，待营养改善后再经胸行 Heller 氏手术。

5 例均在气管插管静脉复合麻醉下手术。2 例经左胸切口行单纯 Heller 氏手术，3 例经腹行 Heller 氏手术附加幽门成形术，食管胃粘膜外肌层切开长度最短者 5cm，最长者 6cm，平均 5.5cm。3 例经腹手术者，胃粘膜外肌层切开长度均超过 2cm；经胸手术 2 例胃粘膜外肌层切开约 0.6cm。经腹手术 3 例术时粘膜破裂 5 处，用单纯丝线间断缝合。经胸 2 例术时粘膜未破，术后无胃食管瘘，全组无死亡。

本组 5 例随访 1～3 年，均进食通畅，饮食正

维普资讯 http://www.cqvip.com

溃疡病，穿孔，气腹征，消化性溃疡

常。体重增加。无反流呕吐，X 线钡餐检查无狭窄及反流征象。

讨 论

1913 年 Heller 用双侧（前后壁）食管贲门粘膜外肌层切开治疗贲门失弛症，1923 年 Zaaijer 将 Heller 术改良为单侧食管前壁肌层切开术，沿用至今。改良的 Heller 术是否需附加抗反流手术，一致是大家争论的问题。

本组 5 例病人，3 例经腹行 Heller 氏术加抗反流术，2 例经胸行单纯 Heller 氏术。术后均无反流发生。我们认为经胸手术无需附加抗反流手术，而经腹手术则需附加抗反流手术。理由是：(1) 经胸手术显露食管贲门充分，食管肌层切开彻底准确，避免切开胃肌过长，仔细解剖，可减少对左迷走神经干及分支的损伤。Csendes 等[1]认为，胃壁肌肉并不参与失弛缓的形成，因此由食管继续向胃壁切开时，长度不超过 1cm，以 0.5cm 为宜，否则可切断 Helvetices 环，造成反流。另经胸手术可避免损伤膈疝。(2) 经腹手术需加抗反流手术，因为经腹手术对食管下段游离的范围较经胸者广泛，破坏了膈食管韧带的完整性，易导致术后发生反流[2]。另经腹手术食管往往显露不佳，食管肌层切开不够，而胃侧肌层切开过长。胃壁肌层切开的部位越长，越易损伤迷走神经支，使胃壁张力减退，亦增加了反流发生率，故经腹手术时附加抗反流手术可减少术后反流发生。

本组 2 例经胸手术，胃壁切开均在 1cm 以内并可清楚地将迷走神经游离出并加以保护。而经腹手术 3 例由于胃壁受牵拉影响，胃壁肌层切开不易准确掌握，均超过 2cm，故均附加幽门成形术。Jara 等曾证实，贲门肌层只要切开 2cm，即 100% 发生反流。究竟经胸还是经腹途径手术，由术者习惯而定，各有优缺点。作者认为经胸途径手术更宜。由于本组病例少，故小儿贲门失弛缓症的手术方式尚需进一步研究。

参考文献

1. Csendes A, et al. Late subjective and objective evaluation of the results of eskphagomyotomy in 100 patients with achalasia of the esophagus surgery 1988; 104: 469.
2. 徐启明，等．贲门失弛症的外科治疗，中华胸心血管外科杂志 1993; 9: 99.

（收稿：1994－03－29）

26－27

溃疡病急性穿孔气腹征阴性 65 例

济南铁路局临沂铁路医院外科 任志国

山东省临沂地区人民医院外二科 曹玉军

（山东临沂，邮政编码 276004）

R656.62

自 1985 年 1 月至 1992 年 12 月，我们两院共收治溃疡病急性穿孔 518 例，其中 X 线检查气腹征阴性者 65 例。为探索气腹征阴性的原因，将 65 例报告分析如下。

临床资料

本组 65 例，男 41 例，女 24 例，年龄 18～66 岁，30～48 岁 39 例，占 60%。穿孔至入院时间最短 3 小时，最长 42 小时，24 小时内入院者 38 例，占 58.5%。全部病例均经手术证实，其中十二指肠溃疡穿孔 39 例，胃溃疡穿孔 26 例，均为胃窦、幽门管溃疡。术前确诊 52 例、误诊 13 例。穿孔单纯修补术 44 例，胃大部切除术 21 例本组病人无死亡。

气腹征阴性原因

本组 65 例入院后均经立位 X 线腹透或摄片检查，分析气腹征阴性原因大致为如下几类：

1. 穿孔小、穿孔后不久被大网膜或食物颗粒将穿孔填塞。本组有十二指肠溃疡穿孔 18 例，胃溃疡穿孔 8 例，术中见穿孔已被大网膜或食物堵塞、且穿孔直径均在 0.5cm 以下。

2. X 线检查时穿孔时间短，本组有 8 例病人穿孔时间在 3 小时内行 X 线检查，均为十二指肠球部溃疡穿孔。分析其原因可能为穿孔后幽门痉挛，胃内气体不易通过穿孔进入腹腔，或进入气体