

贲门失弛症的诊断与外科治疗

张健¹ 李鹏程¹ 纪子钊²

(1 辽宁省盘锦市第二人民医院 盘锦 124000;2 中国医科大学附属二院 沈阳 110004)

关键词:贲门失弛症;外科治疗;诊断

中图分类号:R 573.7

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0074-01

贲门失弛缓症是食管运动功能障碍疾病中最常见的一种,是指吞咽部食管体部无蠕动,贲门部括约肌弛缓不良所致,多见于 20~50 岁的青中年人。从 1990 年 1 月~2005 年 12 月共收治 20 例贲门失弛缓症患者,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 20 例中,男 9 例,女 11 例;年龄 24~55 岁,平均年龄 32 岁。

1.2 临床表现 20 例均有间歇性吞咽困难,其中进食流质时吞咽困难加重 6 例,与进冷、热食有关 8 例,与精神因素有关 11 例,食后有呕吐及返流 6 例,胸骨后及上腹部烧灼样疼痛 2 例,体重下降 3 例。由于病程长短不一,病变发展阶段不同,故临床表现不同。

1.3 术前诊断 20 例均行食管钡餐造影,其中贲门呈鸟嘴状改变 12 例,萝卜根状 6 例,漏斗状狭窄 2 例;8 例行食管镜检查,贲门正常 6 例,开放迟缓 2 例。

1.4 手术方法 单纯 Heller 手术 5 例,Heller 手术附加贲门瓣成形并带大网膜覆盖术 15 例。

1.5 结果 经 1~12 年随访,除 1 例再手术外(5%),其余疗效均较满意。

2 讨论

2.1 诊断 术前应常规行食管钡餐造影检查,其特征为:食管体部蠕动消失,吞咽时远端括约肌无松弛反应,钡剂在食管胃接合部停留,该部管壁光滑,管腔突然狭窄呈鸟嘴样改变,食管体部直径可自正常至明显扩张。X 线表现不典型,食管无扩张时,食管测压是重要的诊断依据。测压可发现食管体部缺乏正常原发性蠕动,食管腔压力增高,贲门不开放,食管下括约肌压力正常或偏高^[1]。此外内窥镜检查可以除外胃癌出现的假性失弛症。本组术前均行钡餐造影检查,8 例行食管镜检查。

2.2 外科治疗 1913 年 Heller 首创食管远端前、后壁肌层

切开术,1923 年 laijer 简化手术为一侧壁肌层切开治疗失弛症,已成为世界各国临床应用的最广泛的定型手术^[2]。本组 5 例行单纯 Heller 手术,15 例行 Heller 手术附加自行设计的贲门瓣成形并带蒂大网膜覆盖术。

2.3 食管肌层切开的长度、深度 切开长度一定超过食管的缩窄段,充分切开肌层纤维或黏膜外微小血管,两侧的游离应达食管周径的 1/2 或 2/3,使黏膜自然膨出。本组两侧的游离均达食管周径的 2/3。如遇黏膜破损,当即予以细丝线修补,胃底上的切口不应超过 1cm,否则易引起返流。

2.4 术后再狭窄的治疗 Heller 术后狭窄再手术率是 3%~7%。本组有 1 例再手术(5%)。原因主要为:(1)肌层切开不够;(2)切开肌层再愈合;(3)重度返流性食管炎和瘢痕性狭窄;(4)并发食管旁疝。我们自 1983 年开始自行设计贲门瓣成形并带蒂大网膜覆盖术^[3]治疗贲门失弛症,其目的是减少或避免返流性食管炎发生,而带蒂大网膜覆盖术则是为了避免膨出黏膜裸露,防止切开肌层再愈合、瘢痕形成导致再狭窄或黏膜穿孔发生。本组行上述手术经随访 5 年以上的 13 例无再狭窄发生,术后仅有 1 例存在轻度的返流性食管炎,1 例存在不同程度的吞咽困难,说明本术式对于避免术后再狭窄、降低返流性食管炎发生率、提高病人生活质量有一定效果。

总之,Heller 手术是安全、有效、操作简单的手术方法。我们认为对于确有返流因素存在的应加抗返流手术,有利于远期疗效。

参考文献

[1]Gelfand D.Dysp hagia Diagnosis and Treament [M].New York GAKU-SHOIN,1989,25(5):258~259
[2]Ellis FH Jr ,Crozier RE,Gibb Sp,et al.Management of esophageal achalasia[J].Clin Gastroenterol,1976,50(1):89~90
[3]吴蕴真,尹兴家,石文君.肌层切开、大网膜覆盖和贲门瓣成形术治疗贲门失弛症[J].中华外科杂志,1986,24(5):292~293

(收稿日期:2006-08-21)

6 例前置血管破裂的临床分析

司建英

(浙江省长兴县人民医院 长兴 313100)

关键词:前置血管;血管破裂;临床分析

中图分类号:R 714.433

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0074-02

胎膜上的血管通过子宫下段或跨越宫颈内口,位于胎先露的前方,称为前置血管。前置血管破裂,胎儿失血,引起胎儿窘迫,新生儿窒息死亡的机会较多^[1]。我院 1996 年 1 月~2006 年 1 月住院分娩的产妇 38 295 例,发生前置血管破裂者有 6 例,发病率为 0.016%,因发病率低,临床易被忽视。本文对 6 例前置血管破裂进行临床分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 6 例前置血管中经产妇 2 例,初产妇 4 例;5 例有宫缩入院,1 例胎膜早破入院;孕妇年龄最大者 38 岁,最小者 21 岁,平均为 24.5 岁;1 例孕周为 36³ 周,另 5 例均在 37~42 周之间。

1.2 临床表现 1 例 B 超提示胎盘低置,5 例 B 超均提示正

小儿早期肠套叠的诊治体会(附 42 例报告)

潘娇芬

(浙江省宁海县第一医院 宁海 315600)

关键词: 肠套叠; 小儿; 诊治体会

中图分类号: R 725.7

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0075-01

肠套叠是婴幼儿常见急腹症之一, 发病率是婴幼儿肠梗阻首位, 婴幼儿发病率高, 典型的肠套叠易诊断, 但一部分早期肠套叠症状不典型, 往往不易识别。现将我院 2004 年 1 月~2005 年 12 月 2 年来诊治的 42 例不典型早期肠套叠分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 42 例患儿, 男性 30 例, 女性 12 例; 年龄 0.4~2.1 岁, 平均 7.5 个月; 病程 0.5~8h。

1.2 临床表现 阵发性哭吵 18 例, 呕吐 10 例, 突发面色苍白 3 例, 反应淡漠 2 例, 烦躁不安 3 例, 嗜睡 2 例, 解大便后腹痛 2 例, 果酱样血便 2 例, 体检时腹部可触及包块 30 例。

1.3 辅助检查 所有患者均进行空气灌肠透视检查, 证实肠套叠, 并经空气灌肠复位, 无手术及死亡病例。

2 讨论

小儿肠套叠好发于 2 岁以内发育较好的婴幼儿, 多见肥胖儿, 占儿童肠套叠的 82%~86%, 根据上海 1 957 例儿童肠套叠的年龄统计, 以 3 个月婴儿开始上升, 4~10 个月较多, 5~7 个月达高峰。小儿肠套叠病因尚不完全明确, 可能有肠道局部病变存在的基础上, 肠管的蠕动机能发生紊乱, 产生了不规则的肠蠕动, 形成肠套叠。可由饮食性质和规律的改变、肠道炎性病变、腺病毒感染等诱发。引起的临床表现: 突发起

病, 腹痛(阵发性哭吵或不安)、呕吐、便血, 体检时腹部可触及肿块, 临床上有上述症状时可确诊, 但早期症状不完全具备, 多数表现为上述 1~2 种症状, 易造成误诊, 如误诊为胃炎、肠痉挛、腹泻病、急性细菌性痢疾等多见报道。

本文 42 例不典型肠套叠, 均得到及时地诊治。体会如下: (1) 首先提高对婴儿肠套叠的认识, 对突发性病情出现首先要考虑急腹症的可能。(2) 详细的病史询问和仔细的体格检查十分重要。本文有 2 例很活泼的小孩突然表情淡漠, 无呕吐、哭吵, 也无发热, 经仔细检查发现右上腹可及明显的包块, 后经空气灌肠证实为肠套叠, 并复位成功, 另 2 例 4 个月大的小婴儿出现嗜睡, 当初怀疑是迟发性颅内出血, 头颅 CT 检查正常, 后经腹部检查, 发现右上腹可及包块, 经空气灌肠证实为肠套叠, 复位成功。另 2 例果酱样血便患儿, 诊断为肠套叠, 经仔细询问病史, 血便前有阵发性哭吵及烦躁不安现象, 家长未予注意, 因此详细地询问病史及仔细地体格检查十分重要。在短时间内突然出现的病情变化, 特别是胃肠道反应的征状时, 如呕吐、面色苍白、表情淡漠、烦躁不安要想到肠套叠可能, 需要做仔细的腹部检查, 可能会发现右上腹有包块, 或者右下腹部有空虚感、不对称感等体征。(3) 再次, 对小婴儿出现的突发性病变, 腹部触诊不满意时, 应常规做空气灌肠检查, 可及时发现肠套叠, 及时复位, 避免手术治疗。

(收稿日期: 2006-07-11)

常, 5 例表现为临产破膜后阴道持续出血, 1 例表现为胎膜早破后阴道持续出血, 色均为鲜红色。5 例阴道出血量较少, 小于 200mL, 1 例出血较多, 约 400mL, 临床诊断为前置胎盘, 4 例临床诊断为胎儿宫内窘迫。5 例产后检查胎盘确诊为前置血管破裂, 1 例宫口开全后确诊为前置血管破裂。

1.3 终止妊娠的方法 2 例经阴道助产分娩, 其中 1 例宫口开全行产钳术, 另 1 例因胎心消失自然分娩。4 例行剖宫产终止妊娠, 剖宫产率为 66.7%。

1.4 对母儿的影响 6 例产妇均健康状况良好, 住院 5~7d 出院。但新生儿预后较差, 2 例行剖宫产终止妊娠者, 新生儿 APGAR 评分为 1 分和 5 分, 经抢救后新生儿存活。1 例行产钳术者出生后 APGAR 评分为 1 分, 抢救无效死亡。另 2 例行剖宫产者出生后无生命体征, 抢救后仍无生命体征死亡, 1 例宫口开 5cm 胎心消失, 围产儿死亡率为 66.7%。

1.5 与胎盘的关系 6 例中 2 例有副胎盘, 1 例胎盘帆状附着, 1 例为球拍状胎盘, 2 例胎盘附着位置较低。

1.6 确诊依据 本病唯一确诊依据是产后胎膜检查, 6 例产后检查均发现胎盘胎膜上有断端血管, 断端血管直径为 0.2~0.3cm, 此血管上有血块黏附或活动性出血。

2 讨论

正常情况脐带血管在胎盘上呈伞形分布进入胎盘, 当脐带在胎盘上异常附着时, 血管可在胎膜上延伸走行, 若此血管

位于胎先露前方形成前置血管。若在阴道检查或肛门指诊时摸到条索状有搏动的血管应想到血管前置可能, 临产后由于子宫收缩, 以致胎膜被牵引, 或胎膜破裂恰在前置的血管处, 使前置血管发生撕裂引起出血^[1]。前置血管破裂临床上主要表现为阴道出血, 主要为持续少量出血, 色鲜红, 一般无腹痛, 极易与前置胎盘、临产见红相混淆。本资料误诊率达 83.3%, 但阴道血涂片、血型鉴定、蛋白电泳等检查有助于诊断。

前置血管破裂严重威胁胎儿生命。由于血管破裂后引起胎儿血液外流, 一般出血 200~300mL 即相当于胎儿全部血量, 致胎儿短期内窒息死亡。所以前置血管破裂除阴道出血外, 还表现为出血后急剧的胎心变化, 对临产后阴道出血的孕妇, 进行连续的胎心监护非常必要, 前置血管破裂一经诊断, 若尚不具备立刻阴道助产的条件, 且胎儿尚存活应立即行剖宫产以抢救新生儿, 术中断脐前尽量将脐血挤向新生儿, 补充新生儿的血容量, 以后视病情酌情给予输血纠正贫血。剖宫产术前必须听胎心, 以免不必要的剖宫产。

参考文献

[1] 苏桂栋. 血性羊水 35 例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21 (12): 747
[2] 李白新. 危重急症的诊断与治疗[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1995. 122~124

(收稿日期: 2006-07-07)