

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