

贲门失弛缓症术后并发食管旁疝致胃底绞窄坏死1例

尹勇, 王中林, 陆一民

■背景资料

贲门失弛缓症术后食管裂孔疝相比滑动性食管裂孔疝病情表现多种多样, 临床上易误诊, 病情进展可致胃扭转、血运障碍、绞窄坏死甚至发生严重胸、腹腔感染和中毒性休克, 因此早期诊断和及时恰当的处理十分重要。

尹勇, 王中林, 陆一民, 苏州大学附属第三医院外科 江苏省常州市 213003

通讯作者: 尹勇, 213003, 江苏省常州市局前街185号, 苏州大学附属第三医院外科. yinyong1973@163.com

电话: 0519-6180071

收稿日期: 2006-03-08 接受日期: 2006-03-17

摘要

介绍1例贲门失弛缓症Heller术后16 a并发食管旁疝致胃底绞窄坏死的病例。报告本例患者的详细病历资料和诊治经过。患者起病5 d后剖胸探查, 发现胃底疝入左侧胸腔并绞窄坏死, 行近端胃大部切除, 修复食管裂孔。术后随访1 a无复发。食管旁疝发生嵌顿时, 应立即插入胃管减压, 如减压不成功或症状不改善, 应急诊手术探查。

关键词: 贲门失弛缓症; 食管旁疝; 并发症

尹勇, 王中林, 陆一民. 贲门失弛缓症术后并发食管旁疝致胃底绞窄坏死1例. 世界华人消化杂志 2006;14(8):830-831

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/830.asp>

0 引言

贲门失弛缓症术后食管裂孔疝的发生率约为5%-10%, 常因裂孔结构及其支持组织遭到破坏所致^[1]。本院最近收治1例贲门失弛缓症Heller术后16 a并发食管旁疝致胃底绞窄坏死的病例, 现将诊治经过报告如下。

1 病例报告

患者女, 56岁, 16 a前因贲门失弛缓症行Heller手术, 近年常出现返酸、胸骨后烧灼样痛。3 d前劳动时突发左胸部持续性剧痛, 活动及深呼吸时尤甚, 伴胸闷、恶心、上腹不适, 他院胸部CT提示“左侧胸腔积液”, 经抗感染治疗胸痛未见缓解转入我院。查体: 体温37.9℃, 脉搏100次/min, 呼吸24次/min, 血压16/10 kPa(120/75 mmHg), 痛苦貌, 左胸中下部语颤减弱, 叩诊呈浊音, 叩击痛(+), 呼吸音减低, 未闻及啰音。腹部平坦, 剑突下压痛(+), 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音正常。血常规: WBC $14.7 \times 10^9/L$, N 0.84, RBC $3.74 \times 10^{12}/L$, Hb 105 g/L。胸片: 左下肺大

片致密影, 中等量胸腔积液。B超定位下行胸腔穿刺抽出不凝血。抗感染、止血等保守治疗2 d, 病情加重, BP降至9.8/6.6 kPa(74/50 mmHg), 呼吸急促, 表情淡漠, 气管稍右偏, 左肺听诊几乎无呼吸音。复查血常规: WBC $19.2 \times 10^9/L$, N 0.85, RBC $3.5 \times 10^{12}/L$, Hb 98 g/L。积极抗休克治疗, 同时行左侧胸腔闭式引流, 当即引出500 mL暗红色血性液, 1 h后又引出300 mL血性液, 复查胸片: 左胸大片高密度影, 纵隔右移。考虑左胸活动性出血, 急诊剖胸探查。术中见食管下段肌层切开松解完全, 胃底及大网膜经膈食管膜薄弱区疝入左侧胸腔, 胃壁绞窄坏死几乎穿孔, 胸腔内血性液、血块及坏死组织1 500 mL, 肺表面被覆较厚纤维板, 肺与胸壁、膈肌黏连紧密, 行近端胃大部切除、食管-残胃胸内吻合、纤维板剥脱术, 重新修复食管裂孔。术后患者一度出现左侧包裹性脓胸、肺不张, 经积极抗感染、营养支持、多次引流排脓等治疗, 1.5 mo后痊愈出院。术后随访1 a无复发。

2 讨论

食管旁疝又称滚入性食管裂孔疝, 相比滑动性食管裂孔疝少见, 但却有重要临床意义。当胃食管接合部的膈肌脚结构及裂孔支持组织薄弱或遭到破坏时, 腹腔脏器尤其邻近的胃底可通过筋膜裂孔疝入胸腔, 由于膈食管膜不能限制胃体向上移动, 加之腹内压高于胸内压, 病情进展可致胃大弯与部分胃体甚至全胃疝入胸腔, 而贲门仍被部分膈食管膜所固定位于膈下, 此时可出现胃扭转、血运障碍、绞窄坏死、穿孔, 发生严重胸、腹腔感染和中毒性休克。本例患者贲门失弛缓症术后16 a突发左胸剧痛, 并伴有活动性血胸征象, 由于我们对Heller术后食管旁疝致胃绞窄坏死缺乏足够的认识, 加之胸腔大量积血将疝囊内嵌顿的胃底包裹, CT扫描显示不清, 术前误将血胸归结为黏连胸膜组织撕裂所致, 以致延误诊断。因此凡Heller术后出现胸骨后不适、胸闷、气急或突发胸腹部剧痛者, 均应积极行X线食管-胃造影检查, 如发现食管末段位于腹腔内、贲门固定、

部分或大部分胃位于膈肌上方后纵隔下部, 应考虑为食管旁疝. 食管旁疝发生嵌顿时, 应立即插入胃管减压, 如减压不成功或症状不改善, 应急诊手术探查^[2].

3 参考文献

- 1 王吉甫. 胃肠外科学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 43-45
- 2 李福年, 周荣详, 李杨. 腹壁与疝外科学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 387-390

■同行评价

贲门失弛缓症术后并发食管旁疝少见, 本文对该疾病的诊治有一定的参考意义.

电编 李琪 编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2006年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

第十一届全国普通外科学术会议征文通知

本刊讯 中华普通外科杂志编辑部将于2006-07下旬在内蒙古呼和浩特市召开“第十一届全国普通外科学术会议”. 本次会议将围绕普通外科手术并发症与外科再手术的主题就普通外科临床与基础研究、外科并发症、以及外科再手术等问题进行研讨. 会议邀请国内外著名外科专家, 对热点问题做专题演讲, 参会代表进行学术交流, 经验介绍、开展讨论.

1 征文内容

征文内容包括: (1)腹部外科手术并发症和外科再手术经验; (2)普通外科的新进展、新诊断、新技术、新方法、新手术、新经验; (3)临床研究、基础研究、实验研究; 手术适应证、禁忌证问题; (4)腹腔镜手术; (5)肿瘤的放化疗; (6)手术并发症和再手术的营养支持; (7)手术并发症和再手术的护理等.

2 征文要求

征文要求包括: (1)请将未公开发表的论文全文以及800字以内的中文摘要各1份, 并附拷贝软盘, 寄到100034, 北京西城区阜内大街133号 齐老师 收, 联系电话: 010-66168321转3126, 010-66164704. (2)来稿请注明单位、作者姓名、邮编及联系电话(请自留底稿, 恕不退稿), 请在信封左下角注明“普外会议征文”字样. 参会代表将获得国家级继续医学教育一类学分. (3)截稿日期: 2006-06-30.