

DOI:10.3724/SP.J.1008.2008.00513

• 病例报告 •

儿童巨大先天性食管旁疝 1 例报告

Surgical repair of gaint congenital paraesophageal hernia in child: a case report

冯家烜,金 海,王志农*

第二军医大学长海医院胸心外科,上海 200433

[关键词] 儿童;先天性食管旁疝;病例报告
[中图分类号] R 655.4 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2008)05-0513-01

1 临床资料 患儿,男,6 岁。因“发现膈疝、腹部不适 6 年”于 2007 年 4 月 18 日收住入院。患儿于出生后第 7 日因发热查胸片,被诊断为“肺炎”,同时发现患有“膈疝”,未作针对性治疗。6 年病程中,患儿偶有恶心、呕吐、腹部饱胀不适,无胸骨后烧灼感,无心慌、呼吸困难,无纳差、腹泻。为进一步治疗,由门诊收住入院。查胸片示膈疝;上消化道钡餐示巨大食管裂孔疝,胃底及部分肠道疝入左胸腔,左肺受压,心脏向右侧移位(图 1A)。在充分术前准备后,于 2007 年 4 月 23 日在全麻下手术。术中切开覆被于食管的胸膜,仔细将食管下段周径完全游离后,开始重建食管-胃结合部,在胃底与食管连接处上方 2 cm 处行一排间断缝合,当缝完这第一排缝合线后,再用三针褥式缝合穿经膈肌、胃底及食管,目的是使重建部分完全居于膈肌底且无张力,然后缝缩食管裂孔,修整疝囊。术后给予胸腔闭式引流、胃肠减压、禁食、预防感染及营养支持,患儿恢复良好,术后第 3 日进流质饮食,第 5 日下床活动,第 7 日行上消化道钡餐检查示无明显异常(图 1B),痊愈出院。术后 3 个月随访,无不适主诉。

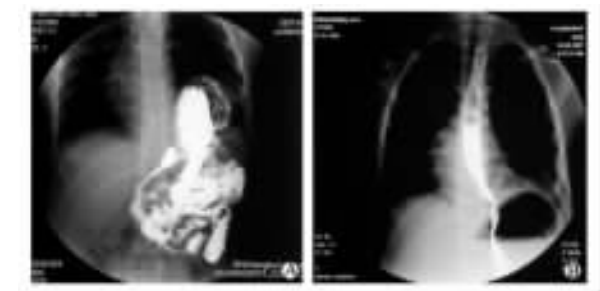


图 1 患儿手术前(A)后(B)上消化道钡餐造影

2 讨 论 食管裂孔疝(esophageal hiatus hernia)在我国发病率不高,分先天性和后天性两种。先天性食管裂孔疝临

床上较为罕见,主要原因是食管前庭(食管下段)的固定结构发育不良。食管裂孔疝分四型,其中Ⅱ型食管旁疝的发病率不高,约占全部经外科治疗的食管裂孔疝的 5%,像本例这样的巨大先天性食管旁疝就更为罕见。食管裂孔疝可能出现的临床症状主要包括:(1)反流症状。食管下端括约肌(LES)及食管-胃结合部的解剖特点对于防止反流性食管炎的发生起着关键作用,具体包括以下几个方面:①胃食管角(His 角)形成胃食管活瓣;②膈肌脚的钳闭作用;③贲门横行黏膜皱襞具抗反流作用;④远端食管高压区的出现,它是管径狭小的远端食管由负压的胸腔骤然进入正压腹腔的结果。当食管裂孔疝发生时,上述抗反流机制减弱或缺失,从而胃液反流引起反流性食管炎。(2)压迫肺及占据一定胸腔容积可产生饭后咳嗽、偶尔气促等。(3)食管旁疝在没有反流时也可产生症状,包括饱胀感、饱餐后呕吐、上腹部不适、下咽梗阻等。但Ⅱ型食管旁疝与Ⅰ型滑疝不同的是前者危险性高,是一种严重胸部疾病,可能出现胃扭转、梗阻、绞窄、胸胃过度扩张等,而且每一种都可能致死。因此,食管旁疝患者即使无任何症状也应行外科手术治疗。由于食管旁疝手术治疗除了进行疝修补术之外,还需同时进行抗胃食管反流术。故针对该患儿的手术原则应包括以下几条:(1)将疝入胸腔的食管-胃结合部、胃和其他疝囊内容物还纳到原解剖位置;(2)固定食管-胃结合部,纠正其生理紊乱;(3)切除疝囊,修补和缝缩扩大的食管裂孔。该患儿按照以上原则手术后,经上消化道钡餐证实原巨大疝囊消失,食管、胃肠蠕动功能良好。术后 3 个月随访,恶心、呕吐、腹部饱胀不适等症状消失,无不适主诉。手术治疗不仅可防止患儿远期可能出现的反流性食管炎及其相关病理改变,解除对胸腔脏器压迫,而且更可防止出现一些致命的并发症,对患儿康复有较大意义。

[本文编辑] 贾泽军

[收稿日期] 2007-09-18 [接受日期] 2008-02-13
[作者简介] 冯家烜,硕士生. E-mail: fengjiaxuan@yahoo.com.cn
* 通讯作者(Corresponding author). Tel: 021-25074614, E-mail: wangzn007@163.com