

婴儿胸骨后疝腹腔镜手术治疗一例

· 病例报告 ·

张 鸿, 高云鹏

作者单位: 650228 云南,昆明市儿童医院心胸外科,云南省儿童重大疾病研究重点实验室

作者简介: 张 鸿(1977-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:小儿心胸外科疾病诊治。E-mail:465747098@qq.com

[关键词] 腹腔镜手术; 婴儿; 胸骨后疝

[中图分类号] R 655.1 [文章编号] 1674-3806(2020)09-0928-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.09.20

1 病例介绍

患儿,男,8月龄,因胸部CT提示肺囊肿3个月就诊。患儿3个月前因“肺炎”在当地医院住院治疗,期间行胸部CT检查提示“肺囊肿”。肺炎好转3个月后来我院作进一步检查。我院胸部CT检查见胸骨后、心膈脚处有异常含气影(见图1),提示:膈疝(胸骨后疝)。上消化道造影未见异常,进一步行下消化道造影(钡灌肠)见肠管经膈肌疝入胸腔(见图2),明确诊断为膈疝(胸骨后疝)。入院后完善其他相关检查提示无手术禁忌,行腹腔镜下胸骨后疝修补术。手术方式:脐部做切口植入5 mm戳卡放入腹腔镜,平脐水平、左右锁骨中线处分别做切口植入5 mm戳卡放入操作钳,8 mmHg压力建立气腹。腹腔镜探查可见胸骨后方膈肌U型缺损,缺损大小约3 cm×2 cm,U型缺损的开口为腹壁(见图3),缺损处无良好的边缘,缝合困难。我们采取经腹壁进针U型缝合方法。于缺损的腹壁投影处做皮肤切口长约2~3 cm,切开皮肤至皮下即可,于皮肤切口进针,腹腔镜直视下刺入腹腔,连续缝合缺损的右侧边缘、底缘及左侧边缘,然后直视下将针由腹腔穿刺而出,于皮肤切口出针,收紧缝合线打结,将结打于皮下。皮肤切口组织胶水粘合。腹腔镜直视下将缺损的左右边缘间断缝合1针加强修补。术后当天可进食,术后5 d复查CT无异常出院。



图1 术前胸部CT检查所见(可见胸骨后、心膈脚的消化道含气影)



图2 X线钡灌肠检查所见(可见横结肠疝入胸腔)

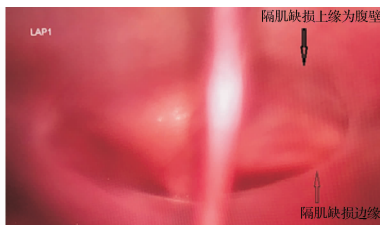


图3 腹腔镜下手术所见(膈肌缺损边缘,缺损的上缘为腹壁)

2 讨论

2.1 胸骨后疝为先天性膈疝(congenital diaphragmatic hernia, CDH)的一种类型,但是发病率低,相对少见,文献^[1]报道胸骨后疝约占全部外科治疗CDH的3%~5%。1761年Morgagni首先描述了腹腔脏器经胸骨后疝入胸腔的检查结果,后来,本病也被称为Morgagni疝^[2]。本病与后外侧膈疝不同,多数无明显的临床症状^[3],但与其他膈疝相似之处在于也有发生疝内容物嵌顿的可能,一旦出现疝内容物的嵌顿则为绝对的手术指征,需行急诊手术。本病的疝内容物多为结肠(横结肠),临床症状可能主要为肠梗阻(急

性或慢性不全性肠梗阻)。临床上更多的情况是摄片时偶然发现心膈脚的异常含气影从而提示诊断本病。

2.2 胸骨后疝的临床表现及诊断:多数患儿无明显的临床表现,只是在摄片时偶然发现异常。也有报道由于疝内容物的压迫而表现为胸闷气短、恶心呕吐或胸骨后疼痛等。反复的呼吸道感染可能是相对多见的一种症状但并无特异性,多由于疝内容物对肺的压迫所致。影像学表现:根据疝内容物不同影像学会有不同的表现。一般表现为在胸部平片上可见胸骨后肋膈脚密实影或含气影。CT是主要的检查手段,根据疝入器官的不同表现而不同,实质器官嵌入时表现为胸骨后密实圆形阴影,空腔脏器疝入时表现为膈上胸骨后的含气影或气液平。据报道^[4]疝入物可为肠系膜或肠管。值得注意的是,食管裂孔疝旁疝和胸骨后疝在X线平片上有着类似的表现,均可表现为心膈脚处的含气影。CT检查有助于二者的鉴别:食管裂孔疝旁疝含气影位于后纵隔而非前纵隔。而胸骨后疝则为前纵隔(胸骨后方、心包旁心膈脚处)的消化道含气影。消化道造影是另外一项重要的检查,如疝入物为横结肠可行下消化道造影,见肠管显影于膈肌上则可明确诊断。本病的诊断主要依靠CT及消化道造影,有时在CT和平片上的表现需要与肺囊肿相鉴别,消化道造影检查的阳性结果可以排除肺囊肿。

2.3 胸骨后疝的治疗:手术是本病唯一的治疗选择。传统的手术为开胸或开腹手术,两种手术入路均可充分暴露膈肌缺损直视下修补。腹腔镜手术作为微创手术的方式具有创伤小、恢复快、患儿家长乐于接受等优点。我们尝试使用腹腔镜对本例患儿进

行修补。腹腔镜下沿缺损上缘U型缝合并打结于皮下,这一手术方法借鉴了相关的文献^[5,6]。我们体会腹腔镜手术适用于膈肌缺损较小的胸骨后疝的治疗。除了腹腔镜手术的微创优势外,我们体会该手术方法还有以下优点:(1)操作相对简单,一根不可吸收的丝线沿U型缺损边缘缝合,缝线穿出腹壁在腹腔外打结,线结埋于皮下即可。(2)由于胸骨后疝的解剖特点,膈肌的缺损呈U型,上缘为腹壁,缺乏牢固的缝合边缘,故上缘的缝合比较困难,用这一方法解决了上缘不易缝合进针的困难。腹腔镜下手术修补操作简单、创伤小、恢复快。

参考文献

- 1 Terrosu G, Brizzolari M, Intini S, et al. Morgagni hernia; technical variation in the laparoscopic treatment [J]. *Ann Ital Chir*, 2012, 83(5): 415 - 420.
- 2 Al-Salem AH, Zamakhshary M, Al Mohaidly M, et al. Congenital Morgagni's hernia: a national multicenter study [J]. *J Pediatr Surg*, 2014, 49(4): 503 - 507.
- 3 Sabiston Spencer 主编, 石应康主译. 胸心外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 748.
- 4 王鹤, 石磊, 侯印西. Morgagni 疝影像诊断 6 例分析 [J]. *宁夏医学杂志*, 2014, 36(6): 545 - 546.
- 5 金惠明, 吴晔明, 王俊. 婴儿和儿童胸骨后疝 [J]. *中华小儿外科杂志*, 2016, 37(2): 114 - 117.
- 6 朱琳琳, 吕志葆, 陈功, 等. 腹腔镜下 U 型缝合膈肌缺损治疗儿童先天性胸骨后疝 [J]. *临床小儿外科杂志*, 2010, 9(3): 189 - 191.

[收稿日期 2019-09-23][本文编辑 刘京虹 韦颖]

本文引用格式

张鸿, 高云鹏. 婴儿胸骨后疝腹腔镜手术治疗一例 [J]. *中国临床新医学*, 2020, 13(9): 928 - 929.