

膈疝在胸部 X 线中的检查与诊断(附 23 例分析)

曹国平 强巍 许云飞

【摘要】 目的:旨在加强对膈疝在胸部 X 线表现的认识,提高诊断率。方法:本组 23 例,均有较完整的临床、X 线资料,对其在胸腔的 X 线表现进行了分析和讨论。结果:本病的 X 线表现分为嵌入物本身引起的表现及对周围脏器的改变。结论:本病易误诊,熟悉了本病在胸部 X 线表现及提示性线索,能提高诊断率。

【关键词】 膈疝 X 线检查 放射诊断

【中图分类号】 R656.2, R814 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2001)01-0032-02

膈肌疾病中最常见的是膈疝,由于膈疝患者常有不同程度的胸部症状,检查往往从这开始。而膈疝的临床及影像学表现复杂多样,常造成误诊,有的处理不及时,会带来严重后果^[1-3]。本文着重介绍膈疝在胸部的影像学表现,总结诊断线索,探讨常用的检查方法,旨在减少误诊,提高诊断率。

材料与与方法

本组膈疝 23 例,男 11 例,女 12 例,年龄 19 天~ 80 岁,平均 37.9 岁。诊断明确时间,最早在 3 天,最迟 2 年半。胸腹膜裂孔疝 13 例,胸骨旁疝 4 例,食道裂孔疝 4 例,外伤性膈疝 2 例。8 例经手术治疗。临床表现胸闷、稍咳嗽者 16 例,呼吸困难 1 例,心前区不适 2 例,上腹部隐痛 8 例,呕咖啡样物 1 例,黑便 2 例,肠梗阻症状 2 例。

23 例全部摄有全胸正位片,侧位片 6 例。首次怀疑者,胸腹联合透视 6 例,19 例经钡餐造影,2 例钡灌肠,1 例食管插管钡餐造影同时进行了钡灌肠,1 例口服碘水造影证实。其中 2 例在造影前作了体层摄影。

嵌入内容物均经造影及手术证实,最多的是胃,其次结肠的肝、脾曲,再次为横结肠、小肠及脾脏。大多为单一脏器,极少是二个以上的脏器。

本组病例中,误诊率较高,误诊为纵隔肿瘤、小儿肺炎、肺囊肿各 2 例,胸腔积液、气胸伴胸膜粘连各 1 例,误诊率达 34.8%。

结果

由于嵌入内容物及大小不同,造成膈疝的影像学表现多种多样。同一个病人,在不同时期表现也可以不一致。笔者认为膈疝的 X 线表现分为嵌入物本身引起的表现及对周围器官造成的改变。

1. 嵌入物在胸腔内的影像学表现

作者单位: 212001 江苏,镇江医学院附属医院放射科
作者简介:曹国平(1955-),男,江苏人,主治医师,主要从事胃肠放射学临床及研究。

①心影后、膈上软组织影(7 例)。软组织影呈圆形、类圆形,大如成人拳头,小如鸡蛋,隐藏于心影内,边界光滑清晰,密度因人而异,这与嵌入物和含液气量有关,与心脏等密度或稍低,有时不均匀,其基底与膈面紧密相连,该处膈面不清晰,与纵隔关系密切,易误诊为纵隔肿瘤(图 1a)。②在心影中或心影旁含气液平的空腔(9 例)。空腔大小不一,大者 6cm × 10cm,小者 2 × 3cm,液平面长短不一,本组最长者达 8cm。有的呈多层状分布,空腔内外壁大多光整,壁厚约 0.8~1.0cm,有的周围模糊,易误诊为肺囊肿。基底在膈面上,由于液体关系,该区密度相对增高。③在一侧胸腔上方有分格状积气影(2 例)。其中 1 例病变达第 2,3 肋间,间隔不规则,壁厚薄相差不大,周围肺纹理有被推移的现象,大多是结肠嵌入,结肠充气有时可见扩大变形的结肠袋影。易误为气胸伴胸膜粘连。④膈上片状影(2 例)。大片状或小片状,边缘稍模糊,中心密度较高,遮盖部分膈面。特别是在婴幼儿易误为肺炎(图 2a)。⑤膈上空腔影(1 例)。在膈面上方有一弧状带,连接于心脏及膈面,张力较高,内无肺纹理,也没有液平(图 3)。⑥本文有 2 例在胸片上无明显改变。可能与嵌入物较小或摄片时,疝囊回复等因素有关。⑦造影表现,根据嵌入物及膈疝的类型不同而不同。因嵌入物大多数为消化道的空腔脏器,可以通过造影证实,均有其特征性表现。造影剂能较容易地进入这些空腔脏器,诊断易明确(图 1b,图 2b、c)。

2. 嵌入物造成周围器官的改变

如果嵌入物比较小,不引起胸腔的明显改变。常见的胸腔改变是纵膈心脏向健侧移位,移位的幅度随嵌入物的大小而定,无纵隔摆动。肺组织受压,肺纹理聚拢,局部胸腔透亮性增高或减低,相应膈肌位置低下或上升,膈面显示不清。

讨论

膈疝的影像学表现多异,常误诊^[1-3]。本组误诊

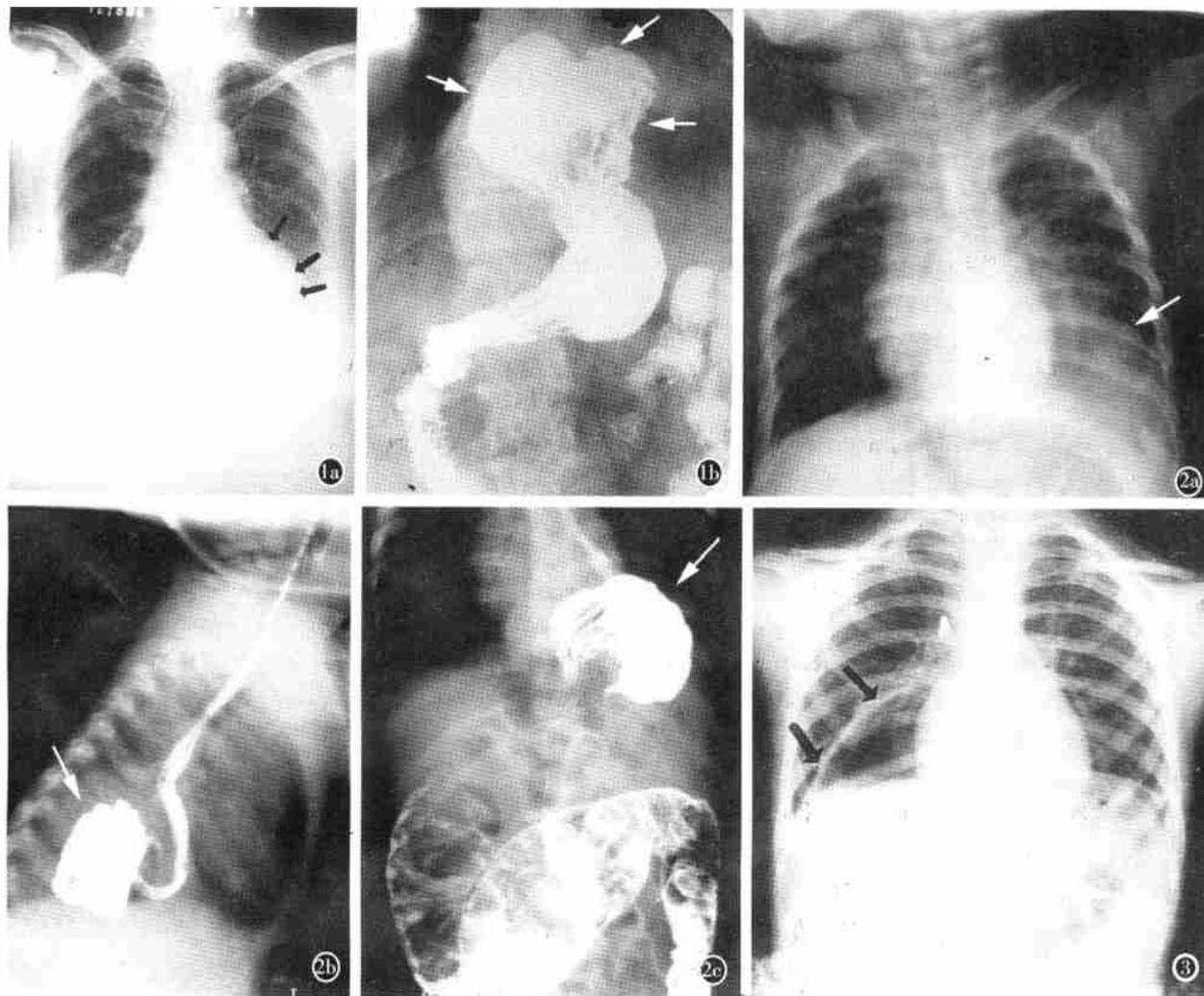


图1 食管裂孔疝。a) 胸片示与左下心缘重叠,呈圆形软组织影,部分边界超越左下心缘,光滑清晰(→),内无气体。b) 吞钡后上半胃经食管裂孔嵌入胸腔。图2 胸腹膜裂孔疝。a) 示左膈面上心缘旁大片阴影,中心密度较高;b、c) 示经插管钡餐造影证实胃嵌入左胸腔。图3 右位胃嵌入右侧胸腔,显示空腔影(→)。

率达 34.8%,李荫太^[3]报告 50 例,误诊率达 50%,尤其是新生儿先天性膈疝的病死率达 30%~50%^[4],更应仔细诊断。

检查膈疝的方法较多,提倡用经济、实用、有效的方法。胸部平片的阳性率很高,既经济又方便,施养德等^[1]报告为 71%,本文 91.3%。胸片的正侧位和胸腹联合透视,能大大提高阳性率,透视是发现该病的重要手段。对于空腔脏器的嵌入,在无禁忌证时,首选钡餐或钡灌肠,阳性率 100%。检查时用稀钡,钡量达到诊断目的即可,婴幼儿可行插管造影,有不完全梗阻时,用碘水造影。食管裂孔疝,胸腹膜裂孔疝及外伤性膈疝应选择钡餐;胸骨旁疝应选择钡灌肠^[1]。实质性脏器嵌入,用 CT 增强扫描,必要时辅以体层、B 超检查。胃镜对食管裂孔疝有效。

我们认为有以下表现者,需怀疑膈疝:①胸片上有明显的病变如大的肿块、含气液腔、空腔等,但胸部症

状轻微或不明显者;②胸腔内出现如肿块等异常影,与相应膈面关系密切且膈面境界不清或消失者;③胸内异常影,仅对肺组织挤压,而无侵蚀破坏者;④“肺炎”或“肺囊肿”时,肺叶解剖结构无法确定者;⑤胸腔内见到结肠影,特别注意已经改变的结肠影;⑥膈肌平面上出现不能解释的异常影像如含气液的空腔等;⑦胸腔内听到肠鸣音者^[5]。

参考文献

- 1 施养德,王志成,徐博良,等.膈疝的影像学特征及检查方法评价[J].临床放射学杂志,1999,18(4):215-217.
- 2 Silveiman FN. Caffey's pediatric X-Ray Diagnosis[M]. St. Louis: Mosby, 1993. 898-906.
- 3 李荫太.膈疝的诊断(附 50 例分析)[J].天津医药,1981,9:677.
- 4 Wiener Es. Congenital Posterolateral diaphragmatic hernia: new dimensions in management[J]. Surgery, 1982, 92: 670.
- 5 王志兰.膈疝 48 例临床分析[J].蚌埠医学院学报,1997,22(4):247.

(2000-07-03 收稿)