

ro-2-deoxy-D-glucose[J]. Cancer Res, 2003, 63(19): 6252-6257.

Reson Imaging, 2003, 17(3): 343-349.

[17] Yang M, Martin DR, Karabulut N, et al. Comparison of MR and PET imaging for the evaluation of liver metastases[J]. J Magn

(收稿日期: 2004-06-01)

• 病例报道 •

成人非外伤性膈疝的 X 线表现四例

宋国祥, 王志云, 李八林, 苏昊, 王壮波

【中图分类号】R445; R816.4; R655.6 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)12-0919-01

膈疝是指腹腔脏器通过膈肌的缺损裂口直接疝入胸腔。一般认为, 疝囊进入胸腔以后, 若疝入物较多, 量较大, 常挤压心脏、肺脏、胃肠, 引起恶心呕吐、呼吸困难及胸骨后疼痛等一系列症状。但是, 我们在临床工作中却发现很多为成人非外伤性膈疝, 尽管疝囊高度在腋部已达第 3 前肋(图 1), 却无明显自觉症状, 本文选择 4 例报道如下。

病例资料 本组 4 例中男 2 例、女 2 例, 年龄 20~24 岁, 平均 21.7 岁。所有膈疝患者均来自农村贫困地区, 发现膈疝前未做过 X 线检查。近日或既往无明显外伤史, 亦无明显自觉症状, 在招工胸部透视时被偶然发现。对全部病例均摄常规胸部平片, 并钡餐检查确诊。检查机器为日本岛津 XUD150OB-30 型 800 mA X 线机。

X 线表现:发病在左侧 2 例, 右侧 2 例。囊状充气影内有宽

大液平(图 1、2)2 例; 大片状不均匀密度影并延伸到膈下(图 3)1 例; “膈升高”征象 1 例。其中 2 例膈肌部分缺损, 1 例膈肌模糊不清, 3 例心膈角被遮盖, 1 例心脏向健侧轻度移位, 1 例膈肌轻度抬高。造影检查: 疝入物主要为胃和结肠, 其中胃 2 例, 结肠 2 例。肋骨、骨盆骨折及液气胸情况: 无。

讨论 膈疝大小与临床症状关系密切, 膈疝大时常有自觉症状, 膈疝小, 时则症状轻微或者没有症状, 但症状的轻重并不完全取决于疝囊的大小, 而主要取决于疝囊对心脏、肺脏、胃肠等器官的压迫程度。4 例成人非外伤性膈疝, 虽然疝囊比较大, 但心脏、膈肌无明显移位, 相对于这些器官挤压较轻, 可能这是没有引起症状的主要原因。其次, 分析认为, 可能这类膈疝发生于婴幼儿时期, 开始疝入物较少没有发现, 以后疝孔变大, 疝入物增多, 由于过程漫长, 身体逐渐适应, 肌体代偿较强, 致使没有症状。

成人非外伤性膈疝在 X 线上与其它类型膈疝(如外伤性膈疝、婴幼儿先天性膈疝)基本雷同, 但心脏、膈肌移位轻微。本文所举病例疝囊都比较大, 容易在胸部透视发现。还有一部分膈疝, 由于疝囊小或者其它比较特殊的原因(如复发性食道裂孔疝), 由于在胸部透视或平片上没有表现而被漏诊。但目前 X 线仍然是最常用最可靠的检查方法之一, 且平片和胃肠造影可以明确诊断^[1]。

X 线检查膈疝显示疝囊是比较关键的技术。笔者总结经验如下: ①膈肌呈双穹窿, 前高后低, 检查时将 X 线中心线向足侧倾斜 10°~20°, 有利于显示缺损的膈面, 并能最大限度显示疝囊, 避免左右膈肌重叠; ②若疑似可复性食道裂孔疝, 可以在服了大量钡剂后, 令患者俯卧左后斜位, 右臂固定自己身体, 左手用力在上腹部推压; ③可疑为结肠疝入, 服钡餐 2~3 h 后观察效果最佳。经上述方法检查, 除实质性腹腔脏器疝入外, 多数膈疝都能明确诊断。

参考文献:

[1] 蓝琦. X 线诊断基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 143.

[2] 荣独山. X 线诊断学(第 2 版)[M]. 上海: 科学技术出版社, 1997. 32.

(收稿日期: 2003-12-30)

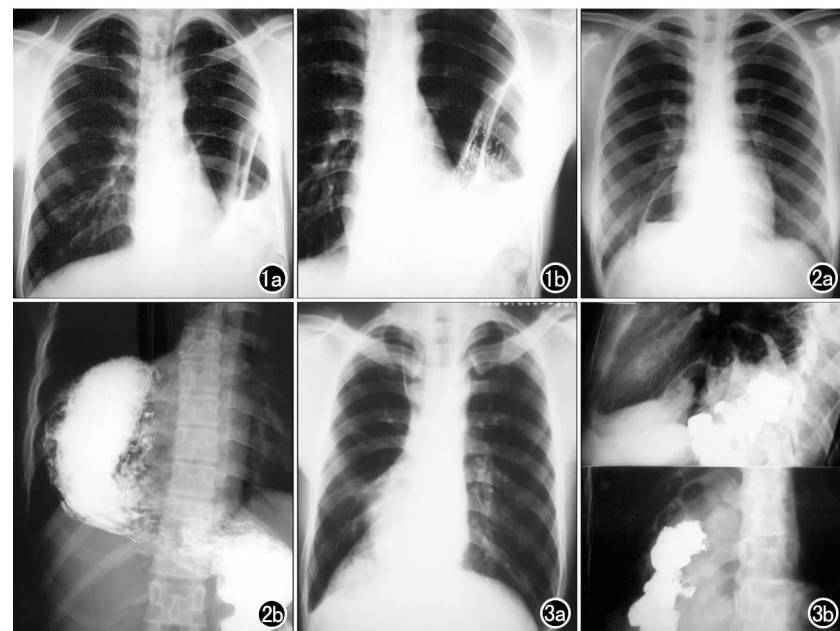


图 1 a) 平片示左胸腔内巨大囊状阴影, 液面下有连续的密度不均匀阴影, 心脏无明显移位; b) 钡餐检查示钡剂进入囊内。图 2 a) 平片示右胸腔内囊状阴影, 外侧边界光滑; b) 钡餐检查示显示胃疝入右胸腔。图 3 a) 平片示右下肺野大片状密度不均匀阴影, 右心膈角被遮盖; b) 钡餐检查: 显示结肠疝入右胸腔。

作者单位: 523660 广东, 东莞市清溪医院放射科

作者简介: 宋国祥(1957-), 男, 浙江绍兴人, 主治医师, 主要从事放射诊断工作。