

# 先天性肥厚性幽门狭窄的 X线诊断

李京恩, 周珉, 陈方, 王琪, 陆双泉, 盛茂

(江苏省苏州大学附属儿童医院放射科, 江苏 苏州 215003)

**摘要:**目的 总结分析婴幼儿先天性肥厚性幽门狭窄的 X线特征。方法 回顾分析 2000 年 1 月 ~ 2004 年 6 月经手术、病理证实的 50 例先天性肥厚性幽门狭窄患儿的 X线检查及其表现。结果 胃扩张 50 例, 胃排空延迟 50 例, “双轨征” 23 例, “线样征” 50 例, “鸟嘴征” 36 例, “肩样征” 22 例, “蕈伞征” 42 例, 胃食管返流 20 例。结论 钡餐造影是诊断先天性肥厚性幽门狭窄的可靠方法。

**关键词:**先天性; 幽门狭窄; 肥厚; X线检查

## Imaging diagnosis of congenital hypertrophic pyloric stenosis

L I Jing-en, ZHOU Min, CHEN Fang, WANG Qi, LU Shuang-quan, SHENG Mao

(Department of Radiology, The Children's Hospital Affiliated to Suzhou University, Suzhou 215003, China)

**Abstract:** **Aim** To evaluate the X-ray features of congenital hypertrophic pyloric stenosis. **Methods** Fifty cases with congenital hypertrophic pyloric stenosis confirmed by surgery and histopathology in our hospital during 2000 to 2004 were collected. The X-ray manifestations were retrospectively analyzed. **Results** 50 had stomach dilatation, 50 stomach empty postpone, 23 double track sign, 50 line sign, 36 had beak sign, 22 shoulder sign, 42 umbrella sign, and 20 cases gastro-esophageal hernia. **Conclusion** Batrium meal examination is an accurate and reliable method for congenital hypertrophic pyloric stenosis.

**Key Words:** congenital; pyloric stenosis; hypertrophic; X-ray

先天性肥厚性幽门狭窄是新生儿、婴幼儿最常见的器质性呕吐原因,如不能及时诊断及正确治疗,患儿将发生严重营养不良,甚至衰竭死亡。笔者收集 2000 年 1 月至 2004 年 6 月本院经手术病理证实的先天性肥厚性幽门狭窄 50 例总结如下。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 50 例经手术病理确诊的先天性肥厚性幽门狭窄患儿,其中男 43 例,女 7 例,发病年龄 15 ~ 63 d,平均 21 d,均以呕吐为首发症状,多发生于奶后 10 ~ 30 min,呕吐物为乳汁或乳凝块,不含胆汁,有酸味,其中 43 例为进行性喷射性呕吐,24 例上腹部可见胃蠕动波,21 例可触及橄榄样肿块。50 例均有不同程度的营养不良,36 例有便秘。

**1.2 检查方法** 本组均行胸腹部平片及上消化道钡餐检查。造影前 4 h 禁食禁水。造影时吮入或经胃管注入稀钡剂约 30 ~ 40 ml,将患儿置于检查床上,转动体位,充分显示胃窦、幽门管、十二指肠球体,予以点片摄影。对幽门梗阻严重者,检查完毕后,经导管吸出胃内钡剂,防止呕吐时导致吸入性肺炎。

### 2 结果

**2.1 腹部平片** 本组 50 例患儿均可见胃囊扩张,而肠腔内气体很少或无。

**2.2 胃肠钡餐检查** 50 例均胃蠕动增强,通过幽门时间延长,排空延迟,其中 5 例 2 h 尚未进入十二指肠。50 例幽门管细长狭窄,呈线状(“线样征”),其长度为 15 ~ 30 mm,宽度为 1 ~ 3 mm; 23 例幽门管内可见两条平行条状影(“双轨征”); 36 例胃窦部幽门前区呈鸟嘴状突出(“鸟嘴征”); 22 例胃窦部可见凹面向十二指肠的弧形压迹(“肩样征”); 42 例十二指肠球底可见弧形压迹(“蕈伞征”); 20 例胃食管返流。见图 1。

### 3 讨论



图 1 胃肠 X线影像表现

幽门管细长,呈“线样征”,十二指肠球底见“蕈伞征”,幽门管内可见“双轨征”,胃窦部幽门前区“鸟嘴征”。

**3.1 发病机制** 先天性肥厚性幽门狭窄是婴儿时期常见的外科疾病。国内统计资料表明占消化道畸形第 3 位,男女之比为 5 : 1 ~ 6 : 1<sup>[1]</sup>。本组 50 例,男性 43 例,与文献报道相符。该病因目前尚无统一认识,多数人认为是由于幽门肌神经丛异常,数目减少或退行性变,使幽门括约肌处于长期痉挛状态,导致幽门肌肉肥厚、增生;也有人认为与高胃泌素及低生长抑素有关<sup>[2,3]</sup>。本病有遗传倾向,本组中 3 例有家族史。

**3.2 临床特点** 先天性肥厚性幽门狭窄的临床特点:(1)多见于足月顺产儿,生后 2 周左右出现喷射性、无胆汁性呕吐。(2)上腹部左向右滚动的蠕动波。(3)空腹时,中上腹可及橄榄样坚硬肿块。本组病例中 100% 出现呕吐症状,仅有 42% (21/50) 可触及腹部包块,48% (24/50) 可见胃蠕动波,故无法与其他病种鉴别。因此,必须进一步钡餐造影检查,才能明确诊断。

**3.3 影像表现** 多数患儿在腹部平片可见明显积气扩张的胃,提示幽门狭窄的可能,但却不能依此作为诊断本病的依据。钡餐造影是目前诊断本病的可靠方法,其病变特征性改

# 腮腺部分切除术治疗腮腺浅叶混合瘤 38例

吴建权

(安徽省巢湖市第二人民医院口腔科, 安徽 巢湖 238000)

**摘要:**目的 腮腺部分切除术治疗腮腺浅叶混合瘤的临床疗效。方法 对 38例腮腺混合瘤患者采用腮腺部分切除术并与 40例腮腺浅叶常规切除术相比较。结果 腮腺部分切除术手术时间显著缩短,并发症显著减少,术后随访 1~5年无复发病例。结论 腮腺部分切除术是治疗腮腺浅叶混合瘤较为安全有效的方法。

**关键词:**腮腺混合瘤;腮腺部分切除术;外科手术

## The application of regional excision of parotid gland in the treatment of parotid pleomorphic adenoma

WU Jian-quan

(The Second People's Hospital of Chaohu City, Chaohu 238000, China)

**Abstract:** **Aim** The purpose of this study was to evaluate the result of the parotid parotidectomy in the treatment of parotid pleomorphic adenoma. **Methods** The regional excision of parotid gland was applied in 38 cases with pleomorphic adenoma and comparison was made with superficial parotidectomy. **Results** The regional excision had the following advantages: shortening the time of operation, decreasing the complication, avoiding the facial deformity and reserving the function of parotid glands. **Conclusion** Partial parotidectomy is a safe and effective method in the treatment of parotid pleomorphic adenoma.

**Key words:** pleomorphic adenoma; partial parotidectomy; surgery operation

腮腺混合瘤是涎腺肿瘤中最常见的疾病,而发生于腮腺浅叶的混合瘤则占 90%左右。传统上强调保留面神经的浅叶切除手术尽管大大降低了术后复发的可能,同时也相应增加了术后各种并发症的发生。近几年来,笔者有选择地在临床施行了腮腺部分切除术来治疗腮腺浅叶混合瘤,取得了满意的临床效果,现报道如下。

### 1 资料和方法

**1.1 临床资料** 我院 96年以来收治共 38例病例,肿瘤均

发生于腮腺浅叶,肿瘤大小为 3 cm × 3 cm 以下,且均经术后病理确诊为多形性腺瘤。其中男性 22例,女性 16例,年龄 18~71岁,病程 1~8年,其中 1例为复发病例。对 38例腮腺混合瘤患者采用腮腺部分切除术并与 40例腮腺浅叶常规切除术相比较。

**1.2 手术方法** 手术在局麻或全麻下进行,位于腮腺下极的混合瘤自颌下至乳突前方作弧形切口,必要时可延长。沿颈阔肌深面向上翻瓣,只需解剖区域内相关的面神经分支,沿肿

变明显,诊断准确性高,解剖直观,不仅能在术前明确诊断,而且对临床诊断不清的呕吐患儿有鉴别诊断的作用<sup>[4]</sup>。笔者体会造影时要掌握要领:开始只能用少量钡剂 30~40 ml,使患儿胃窦充盈,太多易使胃体扩张掩盖幽门,太少又影响幽门显示。通常取右侧卧位或右前斜位观察,可显示幽门管及十二指肠球体,并有利于观察胃的排空情况。由于胃排空延迟,观察与摄片时间应延长,才能见到本病的典型征象。本病 X线征象较多,可以总结归纳为 3种:幽门管改变现象,包括“线样征”、“双轨征”。幽门环肌肥厚压迫现象,包括幽门部“肩样征”、十二指肠球体“蕈伞征”。功能改变现象,包括胃腔扩张,胃排空延迟,胃窦小弯侧“小突征”,幽门部“鸟嘴征”等。其中幽门管“线样征”最为可靠:幽门管细长、狭窄如线条状,向头侧弯曲,固定不变、僵直、无蠕动,长度可达 15~30 mm,宽度 2~3 mm。本组 50例均可见幽门管“线样征”。幽门环肌肥厚征象亦有较高诊断价值:“肩样征”的出现表示肥厚的肌层已明显凸向胃窦部,“蕈伞征”的出现表明肥厚的肌层已明显突向十二指肠。而功能改变现象虽然多见,且表现多样,但不能依此诊断本病,只有在合并幽门管改变或压迫征象时才可作出诊断。本组中 20例可见胃食管

返流,这可能是由于胃排空受阻,张力增加,加上频繁呕吐导致食管下括约肌张力低下,贲门关闭不全所致。

**3.4 鉴别诊断** 本病需与以下疾病共同鉴别:幽门痉挛:发病早,大多于出生后几天即出现间歇性、非喷射性呕吐,每次呕吐量少。钡餐后胃蠕动增强,钡排空延迟,可出现“鸟嘴征”,但幽门管无延长,无肩样征和蕈伞征、“双轨征”等征象,使用解痉药可使幽门痉挛消失。幽门前隔膜:多见于早产儿,生后不久即出现呕吐,吃奶后即吐,为间歇性、喷射性。钡餐造影于幽门前 10~20 mm 处可见狭窄缺陷,钡剂可通过隔膜孔,幽门管长度正常,无十二指肠球体压迹等征象。

### 参考文献:

- [1] 徐赛英. 实用小儿放射诊断学 [M]. 北京:北京出版社, 1999: 579-82
- [2] 胡亚美. 诸福棠实用儿科学 [M], 第 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2002: 1308
- [3] 周玲, 杨跃煌. 先天性肥厚性幽门狭窄的研究现状 [J]. 新生儿科杂志, 1998, 13(2): 86-8
- [4] 陈焜贤. 主编. 实用放射学 [M], 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1998: 521. (收稿日期: 2004-11-26)