

# 腹腔镜下括约肌切开胃底折叠术 治疗贲门失弛缓症

蒋斌 修典荣 陆少美 张同琳

北京大学第三医院普通外科(北京,100083)

【内容摘要】 目的 报道腹腔镜下括约肌切开( Heller 术)胃底折叠术治疗贲门失弛缓症 1 例,手术 190min,失血 50ml,术后 1 周食管形态恢复正常,无残余食物,术后 1 月食管静息压和残余压基本正常,松弛率升高,自发性蠕动和逆蠕动消失,随访 6 月,症状无反复。

【关键词】 贲门失弛缓症; 腹腔镜; 括约肌切开术; Heller 术; 胃底折叠术

中图分类号 R655.4 文献标识 B 文章编号 1009-6604(2003)06-0515-02

对于贲门失弛缓症, Heller 术加抗反流手术能有效地解除该病引起的吞咽困难等症状,疗效肯定持久<sup>[1,2]</sup>。传统的开胸手术创伤大,术后并发症率较高,手术对患者心肺功能的要求也比较高。腹腔镜下括约肌切开加胃底折叠术的疗效与传统手术相似,而手术并发症明显减少,术后恢复快。此术式在国外已在逐步推广<sup>[3]</sup>,而国内尚未见到类似报道。我院完成 1 例,术后疗效满意,现报道如下。

患者女性,30 岁。病史 1 年,症状为胸骨后疼痛、烧心,伴进食后呕吐,一般在进食完毕后立即出现,3 月来体重下降约 10kg。钡餐示食管中度扩张,食管贲门连接处呈典型鸟嘴样狭窄(图 1a)。食管测压:静息压和残余压均明显升高,松弛率下降,体部收缩不协调,可见自发性蠕动和逆蠕动(表 1),确诊为贲门失弛缓症(中度)。

表 1 手术前后食管测压结果

|        | 静息压<br>( mmHg ) | 残余压<br>( mmHg ) | 松弛率<br>( % ) | 食管蠕动                   |
|--------|-----------------|-----------------|--------------|------------------------|
| 术前     | 38.5            | 11              | 63           | 体部收缩不协调,可见自发性蠕动和逆蠕动    |
| 术后 1 月 | 5 ~ 12          | 2               | > 80         | 体部同步收缩,低幅,无明显自发性蠕动和逆蠕动 |
| 正常值    | 14.3 ~ 34.5     | < 5.0           | > 90         |                        |

手术方法:全麻,套管穿刺、放置同胃底折叠术,进腹后超声刀分离贲门周围,游离胃底,注意保护迷走神经主干。打开部分膈肌角,向上游离食管直至扩张部分,全长约 8cm 以上。在食管镜指引下超声刀纵行切开食管下段肌层,从贲门向上至膨大部分,全长约 7cm,使全程粘膜膨出(图 2)。食管内注入

美蓝,充气检查不漏。随后行部分胃底折叠( Toupet 270° ),包绕食管下段 2/3 周径,缝合固定于食管浆肌层。

手术时间 190min,失血 50ml。术后第 1 天即开始饮水、下地活动,第 2 天进软食,症状明显好转,无呃逆呕吐,无烧心。术后 1 周食管钡餐即显示食管形态恢复正常,无残余食物(图 1b),术后 1 月食管测压结果显示静息压和残余压均明显下降至基本正常,松弛率升高,自发性蠕动和逆蠕动消失(表 1)。术后 3 月的钡餐结果显示为正常食管影像。随诊 6 月,无明显不适,症状无反复。

## 讨 论

一般认为,贲门失弛缓症是一种神经功能减退病变,患者胸段食管 Auerbach 神经丛的神经节细胞明显变性、减少或消失<sup>[4]</sup>。其主要生理特点是远端括约肌松弛障碍和食管蠕动消失。症状表现为吞咽困难、胸痛、烧心和体重下降。诊断方法:通过食管测压评估食管下端括约肌(LES)压力和食管动力;钡餐检查明确食管解剖改变,并除外引起吞咽困难的其他疾病,如食管和贲门癌等。

目前贲门失弛缓症的治疗方法如下:1. 药物治疗,包括钙离子拮抗剂(心痛定)和硝酸盐类(消心痛),但药物仅能使症状部分缓解,且长期服药有明显副作用,仅适用于一般情况很差,无法耐受手术操作的病人和早期病例。2. 内镜下肉毒素注射:松弛食管平滑肌,从而缓解症状,近期效果尚可,但费用昂贵,其作用也仅能保持 1 年左右。1 年后的复发率高达 68%,而重复注射的效果不肯定,另外该疗法不能改善食管的排空<sup>[5]</sup>。3. 内镜下气囊扩张:内镜下球囊张力性扩张的一次扩张有效率约 60% ~

72% ,反复扩张成功率更高 ,但危险性较高 ,食管破裂的发生率为 2% ~ 13% ,一旦出现 ,必须紧急行开胸或开腹手术 ,对患者的打击很大 ,同时其远期疗效欠佳 ,5 年有效率约 51%<sup>[4]</sup> 4. 手术 :经胸或经腹切

开下段食管前后壁肌层和贲门括约肌( Heller 术 ) ,可明显缓解吞咽困难症状 ,早期有效率达 90% 以上 ,手术适应证 :经严格的内科治疗无效 ,食管明显扩张 ,症状严重 ,其他疗法无效者。

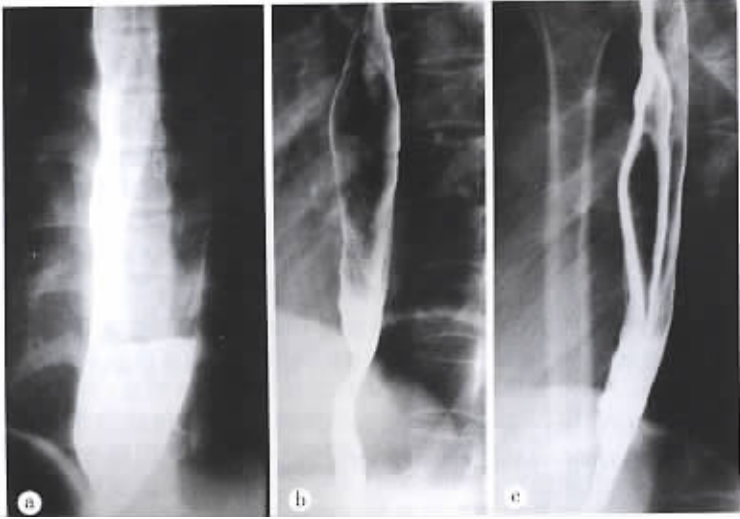


图 1 手术前后食管钡餐结果

- a. 术前 :食管明显扩张 ,贲门口处呈明显鸟嘴样狭窄 ,残留钡剂通过缓慢 ,可见逆蠕动。
- c. 术后 1 周 :食管形态基本恢复正常 ,无残留钡剂 ,贲门口无狭窄。
- d. 术后 3 月 :食管形态正常 ,蠕动良好 ,钡剂通过顺畅 ,无狭窄。

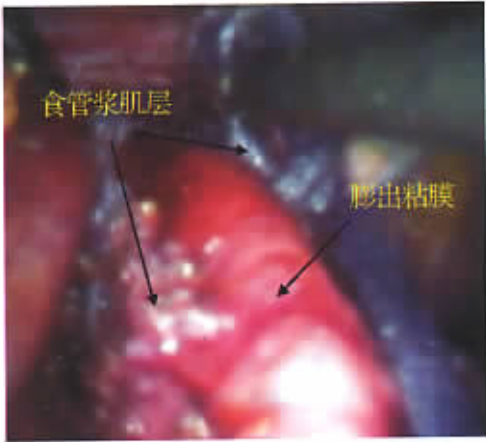


图 2 术中食管下段肌层切开后

单纯 Heller 手术的远期疗效明显下降 ,原因为 : Heller 术后胃食管反流的发生率达 22% ~ 50% ,食管因长期炎症而出现明显的症状 ,严重者可因食管狭窄而再次出现吞咽困难等症状 ,病人远期食管癌的发生率也升高。因此现在一般认为除了行肌层切开外应附加胃底折叠术。Heller 术加胃底折叠术的优点在于 :1. 防止 Heller 手术可能造成的粘膜膨出、憩室或穿孔 2. 减少反流性食管炎的发生 ,提高远期疗效 3. 胃底覆盖食管创面 ,防止食管瘘的发生 4. 避免食管切开处创面的瘢痕化及粘连形成 ; 5. 对膨出的食管粘膜有弹性支撑作用<sup>[1]</sup>。传统的开胸或开腹手术创伤大 ,对病人的心肺功能要求高 ,术后恢复时间长 ,并发症多。腹腔镜手术的效果与开胸手术相同 ,而创伤明显减小 ,手术时间较短 ,并发症发生率低 ,恢复快 ,具有明显优势。Heniford 等报道<sup>[3]</sup> 49 例 ,平均手术时间 180.5min( 145min ~ 264min ) ,平均术后住院 3 天 ,并发症发生率 10% ,但多为气胸 ,无一例食管漏发生。

本病例术后第 1 天就下地活动进食 ,术前症状消失 ,疗效非常显著。术后无并发症出现 ,恢复快 ,费用小。随访期间症状无复发 ,钡餐和食管测压的结果基本恢复正常 ,进一步证实了手术的疗效。结果和文献报道基本一致 ,因此 ,我们认为 ,对于具有手术适应证的贲门失弛缓症病人 ,应大力提倡在腹腔镜下行 Heller 术加胃底折叠术。

我们认为 ,行腹腔镜手术时应特别注意的技术要点 :1. Trocar 的放置 ,食管下段和胃底的分离步骤与胃底折叠术相同。2. 食管下段至少游离 8 cm ,食管段肌层切开 > 7cm ,胃段切开 2cm ,分离肌层使 40% 的粘膜外露。3. 清除胃食管前脂肪时 ,注意识别并保护迷走神经前支。4. 在预定切开处注入正肾盐水 ,可减少出血。切开时食管内置纤维内镜指引 ,防止损伤食管粘膜。为防止穿孔 ,粘膜下的出血不能电凝 ,可使用浸有正肾盐水的止血纱布。5. 术毕食管段充气以检查是否有切开不完全的肌纤维和可能的裂孔。6. 术后第 1 天需行食管稀钡造影除外食管瘘 ,术后 3 周内进软食。

参 考 文 献

- 1 阮鹏 ,邵光杰. 食管贲门肌层切开加食管胃底固定术治疗贲门失弛缓症. 广东医学 ,1995 ,16 :435 - 436.
- 2 林荣繁. Heller's 术附加抗返流术治疗贲门失弛缓症 86 例疗效观察. 医学文选 ,2001 ,20 :264 - 265.
- 3 Heniford BT ,Matthews BD ,Kercher KW ,et al. Laparoscopic anterior esophageal myotomy and toupet fundoplication for achalasia. Am Surg , 2001 ,67 :1059 - 1067.
- 4 Spiess AE ,Kahrilas PJ. Treating achalasia :from whalebone to laparoscope. JAMA ,1998 ,280 :638 - 642.
- 5 Cuilliere C ,Ducrotte P ,Zerbib F ,et al. Achalasia :outcome of patients treated with intrasphincteric injection of botulinum toxin. Gut ,1997 ,41( 1 ) :87 - 92.

( 收稿日期 2003 - 07 - 08 )  
( 修回日期 2003 - 10 - 10 )