

胸腔镜手术治疗食管良性疾病 18 例报告

蒲 强 刘伦旭* 王 允 车国卫 寇瑛俐 马 林

(四川大学华西医院胸心外科,成都 610041)

【摘要】 目的 探讨胸腔镜手术治疗食管良性疾病的疗效。**方法** 2002 年 6 月~2008 年 3 月对 18 例食管良性疾病(食管平滑肌瘤 6 例,贲门失弛缓症 9 例,食管囊肿 2 例,食管憩室 1 例)施行胸腔镜手术,食管平滑肌瘤切开肌层,剥离肿瘤,确认黏膜无损伤后缝合肌层;贲门失弛缓症切开食管肌层近端至肺下静脉,远端切开胃壁肌层 0.5~1 cm。**结果** 14 例在胸腔镜下完成手术,4 例辅助小切口。手术时间 55~180 min,平均 78 min。术中出血 15~100 ml,平均 40 ml。术后住院时间 5~9 d,平均 7 d。全组无死亡病例。18 例术后随访 1~70 个月,平均 26 个月,9 例贲门失弛缓症中 8 例吞咽梗阻症状完全消失,1 例仍有轻微吞咽梗阻,1 例有反流现象,其余 11 例术前症状均缓解。**结论** 胸腔镜手术治疗食管良性疾病创伤小,术后恢复快,治疗效果满意。

【关键词】 电视胸腔镜; 食管良性疾病; 食管平滑肌瘤; 贲门失弛缓症; 食管囊肿; 食管憩室
中图分类号: R735.1; R571 **文献标识:** A **文章编号:** 1009-6604(2009)05-0424-02

随着电视胸腔镜技术的不断发展,电视胸腔镜手术治疗食管良性疾病的报道逐渐增多,并取得了较好的治疗效果。我院 2002 年 6 月~2008 年 3 月采用电视胸腔镜行食管良性疾病手术 18 例,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 18 例,食管平滑肌瘤 6 例,均为男性;贲门失弛缓症 9 例,男 4 例,女 5 例;食管囊肿 2 例,均为女性,其中 1 例合并心包囊肿;食管憩室 1 例,男性。年龄 19~64 岁,平均 34 岁。术前行胃镜、食管钡剂造影检查,食管平滑肌瘤患者加做超声内镜检查。食管平滑肌瘤中段 3 例,下段 2 例,1 例为多发,肿瘤大小 1.5 cm × 1 cm × 1 cm ~ 5 cm × 6 cm × 9 cm。2 例食管囊肿直径分别为 3 cm 和 6 cm。贲门失弛缓症患者均有明显吞咽梗阻症状,病程 2 月~20 年,平均 7 年,2 例曾行贲门扩张治疗,术前食管钡剂造影显示近端食管扩张 3~8 cm。

病例选择标准:心肺肝肾功能耐受麻醉及手术;无致密胸膜粘连;无术侧既往手术史;胃镜证实食管病变处黏膜无粘连及瘢痕形成。

1.2 方法

全身静脉复合麻醉,双腔气管插管。侧卧位,并向前倾斜约 15°~20°。贲门失弛缓症患者均经左胸手术,食管平滑肌瘤、食管囊肿、食管憩室患者根据病变突出方向及部位决定手术入路。食管平滑肌瘤切口:胸腔镜孔在腋后线第 8 肋间 1.0 cm,胸腔镜引导下于腋中线第 4 或 5 肋间、肩胛线第 7 肋间分别做 1.5 cm 操作孔。贲门失弛缓症切口:胸腔镜孔在肩胛线第 7 肋间 1.0 cm,操作孔在第 6 肋间腋

中线和第 8 肋间腋后线;通常需在腋中线第 8 肋间附近做一小孔伸入组织钳用以压迫膈肌及牵开膈肌裂孔。入胸后将肺推向前方暴露后纵隔,切开肺下韧带后在目标手术区域以电钩纵行切开食管床纵隔胸膜。

对于食管平滑肌瘤,游离肿瘤附近的食管,套带牵引,沿肿瘤表面纵行切开食管肌层,肌层切开长度要充分,上下均要适当超过肿瘤范围以便充分暴露。暴露肿瘤表面后可用抓钳或于肿瘤表面缝线进行牵引,先电钩分离肿瘤与食管肌层之间的结缔组织,然后用吸引器头钝性分离瘤体与食管黏膜之间间隙,直至最后摘除。分离宜紧贴肿瘤表面进行,尽可能避免黏膜损伤。在手术过程中注意止血保持术野清洁,以便认清肿瘤与黏膜界限。肿瘤切除后由巡回护士将胃管前端退至手术部位的食管腔内,术者将食管牵引带调整至手术野以远正常食管处,拉紧牵引带以封闭远端食管,胸腔内灌水淹没食管,向食管内迅速注气,可见手术处食管黏膜层膨胀,观察有无漏气。若无黏膜损伤则以 3-0 可吸收线间断缝合食管肌层;若有黏膜损伤,以 4-0 可吸收线缝合修补黏膜破口后再缝合肌层。所有操作完成后再将胃管送入胃内,接减压器。

食管囊肿若能完整摘除,处理与食管平滑肌瘤相似。但食管囊肿分离时易破裂塌陷成囊皮状,且多与食管壁致密粘连,塌陷后囊壁与黏膜层不易鉴别和分开,易致损伤黏膜,所以分离时更应细致。食管憩室在游离憩室周围粘连后应于其根部切除,但又不能切除过多,避免缝合后出现食管狭窄。采用 EZ45B 腔镜直线切割缝合器(美国强生公司)于其根部切除憩室。

对于贲门失弛缓症,先离断肺下韧带,游离部分

* 通讯作者

下段食管并套带牵引,以电钩纵行切开食管下段肌层。首先在一点突破,暴露出食管黏膜,然后向贲门方向延伸。延伸中先用电钩勾起食管肌层,并用吸引头向后推开黏膜,然后电凝切开肌层,渐次推进。切开膈食管膜,用小拉钩将膈肌角向前拉开,套带将食管向头侧拉起,将贲门提至胸腔内。根据贲门处的环形束带及贲门静脉标志,切开肌层至食管胃交界以下约 0.5 ~ 1 cm。然后将肌层切开向上延伸,至肺下静脉处。肌层纵行切开后,须向两侧分离至少 1/2 食管周径,以钝性推离为主。操作过程中要避免黏膜损伤,并注意保护迷走神经。操作完成后按前述方法试水检查黏膜有无破损,若有破损须缝合修补,肌层则无须缝合。

1.3 围术期处理

所有患者术前均留置胃管。术后常规禁食,术后第 2 天拔除胸腔引流管前吞服亚甲基蓝,观察胸腔引流液有无染色。术后第 3 天起进食流质,至术后第 5 天开始进半流饮食,然后逐渐恢复普通饮食。对黏膜损伤病例禁食 4 d,第 5 天开始进流食,第 9 天进半流饮食,术后 3 周进普通饮食。禁食期间给予静脉营养。

2 结果

手术时间 55 ~ 180 min,平均 78 min。术中出血 15 ~ 100 ml,平均 40 ml。4 例中转辅助小切口:1 例贲门失弛缓症因黏膜损伤而中转小切口行黏膜修补;1 例贲门失弛缓症因曾行贲门扩张治疗食管下段胃食管交界处致密粘连,在小切口直视下行肌层切开;1 例为食管下段巨大憩室,黏膜破口大;1 例为食管巨大平滑肌瘤,因肿瘤大、不规则并与黏膜粘连致密。1 例术中出现黏膜损伤,在腔镜下完成修补。术后 48 h 引流 60 ~ 400 ml,平均 190 ml。胸腔管保留时间 2 ~ 5 d,平均 3 d。术后住院时间 5 ~ 9 d,平均 7 d。

18 例术后随访 1 ~ 70 个月,平均 26 个月。9 例贲门失弛缓症中,8 例吞咽梗阻症状完全消失,1 例仍有轻微吞咽梗阻,1 例有反流现象,口服药物治疗。6 例食管平滑肌瘤术前症状均缓解,无特殊不适。食管囊肿及食管憩室患者均无特殊不适。

3 讨论

食管良性病变中以贲门失弛缓症、食管平滑肌瘤、食管囊肿及食管憩室常见。1991 年 Pellegrini 等^[1]首先开展了胸腔镜食管肌层切开治疗贲门失弛缓症。目前,胸腔镜手术已成为食管良性疾病治疗的主要手术方法。随着胸腔镜器械发展及手术技术的不断提高,胸腔镜治疗食管良性疾病的安全性得到认可,腔镜下操作并不增加手术风险及手术时间且手术后肺部并发症少、疼痛轻、住院时间缩短^[2-9]。本组 18 例均顺利完成手术,术后恢复良好,无围术期严重并发症。

食管肌层切开是手术治疗贲门失弛缓症的标准术式,但对于手术入路(经腹或经胸)、切开范围以

及是否行抗返流处理尚有争议。一项包含 41 篇研究的文献综述分析显示:经胸腔镜或腹腔镜 Heller 手术均取得了良好的手术效果;经胸手术患者可不同时行抗返流处理;抗返流的手术方式与效果关系不大;但这些结果还需要随机对照研究和长期随访来证实^[10]。本组 9 例贲门失弛缓症均经胸手术,未行抗返流处理,仅 1 例术后有轻微返流症状。

本组 18 例中,14 例经完全腔镜下完成手术,4 例在辅助小切口下完成。完全胸腔镜手术比开胸手术具有优越性已成共识。本组 4 例辅助小切口手术,2 例为手术开展的早期病例,技术及经验不足,处于学习阶段,另外 2 例病变本身在腔镜下切除困难,须辅助小切口直视下完成。对于经验较少的术者,辅助小切口可降低手术难度及减少黏膜损伤等并发症。当技术成熟后,可不需要小切口辅助,即使发生黏膜损伤也是可以在完全腔镜下完成修补。本组有 1 例术中黏膜损伤在全腔镜下完成修补。

在腔镜食管手术过程中通常使用胃镜定位病变部位、协助病变固定,以及检查有无黏膜损伤等,但多数医院手术室未配备胃镜设备。本组 18 例术中均未使用胃镜,仍可完成手术,因而通过其他方法可以弥补术中缺乏胃镜的不足。对于病变部位的确定,较大病变术中定位多无困难,而较小的病变,特别是内生型的食管平滑肌瘤,我们通过仔细的影像学定位均能准确找到病变。术中食管牵引带的使用可很好的固定食管,通过向食管腔内注气试水的方法完全可以发现食管黏膜破损。

参考文献

- 1 Pellegrini C, Wetter LA, Patti M, et al. Thoracoscopic esophagomyotomy. Initial experience with a new approach for the treatment of achalasia. *Ann Surg*, 1992, 216 (3): 291 - 296.
- 2 Rendina EA, Venuta F, Pescarmona ED, et al. Leiomyoma of the esophagus. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg*, 1990, 24: 79 - 82.
- 3 Kent M, d' Amato T, Nordman C, et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2007, 134 (1): 176 - 181.
- 4 王俊,刘军,李剑锋,等.食管良性疾病的胸腔镜手术. *中华胸心血管外科杂志*, 2001, 17 (3): 149 - 151.
- 5 Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, et al. Thoracoscopic management of benign tumors of the mid-esophagus: a retrospective study. *Int J Surg*, 2007, 5 (5): 328 - 331.
- 6 Patti MG, Pellegrini CA, Horgan S, et al. Minimally invasive surgery for achalasia: an 8-year experience with 168 patients. *Ann Surg*, 1999, 230 (4): 587 - 593.
- 7 von Rahden BH, Stein HJ, Feussner H, et al. Enucleation of submucosal tumors of the esophagus: minimally invasive versus open approach. *Surg Endosc*, 2004, 18 (6): 924 - 930.
- 8 Maher JW. Thoracoscopic esophagomyotomy for achalasia: maximum gain, minimal pain. *Surgery*, 1997, 122 (4): 836 - 840.
- 9 何泽锋,王建军,王家顺,等.胸腔镜辅助食管下段肌层纵行切开术治疗贲门失弛缓症 18 例. *中国微创外科杂志*, 2006, 10 (10): 735 - 737.
- 10 Shiino Y, Filipi CJ, Awad ZT, et al. Surgery for achalasia: 1998. *J Gastrointest Surg*, 1999, 3 (5): 447 - 455.

(收稿日期:2008-07-14)

(修回日期:2008-10-17)

(责任编辑:李贺琼)