

原发性贲门失弛缓症的外科治疗 (附 10 例报告)

石维平 史宏灿 陆世春

(扬州大学医学院附属医院, 扬州, 225001)

摘 要 作者对 10 例原发性贲门失弛缓症进行手术治疗, 采用 Heller 术 8 例, 食管下段贲门切除术 3 例, 其中再手术 3 例, 附加幽门成形术 4 例。本组资料表明, Olsen 分期 I ~ III 期行 Heller 术效果满意, 不需附加手术, III 期需行食管下段贲门切除术。作者对手术方法、手术径路、附加手术与手术效果的关系等进行探讨。

关键词 原发性贲门失弛缓症; Heller 术; 食管下段贲门切除术; 幽门成形术

自 1984 年 12 月至今, 本院胸外科手术治疗原发性贲门失弛缓症 10 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 10 例, 男 4 例, 女 6 例, 年龄 15~52 岁, 平均 35.7 岁。病程 1~15 年。10 例均有间歇性吞咽困难, 上腹及胸骨后不适, 7 例有呕吐, 1 例呕吐时发生昏厥。全组有不同程度的消瘦、脱水、贫血、低蛋白血症等。X 线钡餐检查按照 Olsen 分期法, I 期 1 例, II 期 2 例, III 期 6 例, IV 期 1 例。钡餐照片均显示典型的“鸟嘴”样改变, 食管扩张 4~6cm, 1 例严重扩张食管下段呈“S”形改变。

全组均在气管插管静脉复合麻醉下手术, 经腹手术 9 例次, 经胸腹联合切口 2 例。采用 Heller 术 8 例, 其中 1 例第一次行 Heller 术, 术后 1 月仍有吞咽困难症状, 被迫二次手术, 术中见食管下段肌层切开不足 5.0cm, 粘膜膨出不满意, 并有局部疤痕形成, 于原切口小弯侧 1.0cm 处再行食管下段贲门肌层切开 8cm, 术后症状消失, 食管下段贲门切除食管胃端侧吻合 3 例, 其中 2 例在他院作 Heller 术并发疤痕狭窄, 1 例 IV 期患者, 术中见食管下段扭曲扩张, 食管胃连接部 1.0cm 范围内外径仅 1.0cm, 经胸腹联合切口直接作食管下段贲门切除术。食管下段贲门切除 3 例及另 1 例加做了幽门成形术。

随访 1~13 年, 单纯 Heller 术 (包括再手术 1 例), 其中 1 例一年后出现轻微吞咽困难, 保守治疗而愈。Heller 术组无返流症状, 切除组均有轻度返流症状。全组生活质量明显比术前提高, 进食通畅, 体重增加。切除组 1 例作胃镜检查, 可见胃十二指肠胆汁返流。

2 讨论

原发性贲门失弛缓症属良性病变, 病因至今不明, 一般认为与食管下段壁内肌间神经丛 (Auerbach's 神经丛) 病变引起神经肌肉功能失调有关, 亦有报告显示家族性贲门失弛缓症发病, 可能与基因有关^[1], 另有 2%~4% 的患者继发于新生物侵犯食管, Chagas 病、淀粉样变、迷走神经切断术、弥漫性食管平滑肌瘤及胰腺囊肿等。

贲门失弛缓症患者出现吞咽困难症状时重时轻, 病程早期对生活质量影响小, 医生和患者对手术治疗的必要性认识不足; 另一方面, 虽然有多种手术方法, 但由于手术本身可能存在不可避免的并发症, 而使不少医生对手术疗法采取谨慎态度, 认为轻症不影响生活质量, 可以用药物治疗。即使考虑手术, 手术方法的选择也往往难以确定。虽然有胃镜检查、食管功能测定、X 线钡餐检查 Olsen 分期法, 但很难判断出采用哪一种方法比较满意。曾有作者报告, 有食管胃返流者并不一定出现症状, 而无返流者可能会出现胸骨下

部、剑突下烧心感等症状。因此,目前手术治疗贲门失弛缓症有两个方面的认识,有人认为严格按照 Heller 术治疗效果满意,有效率达到 90%~100%;有人认为在 Heller 术式基础上必须附加抗返流手术^[2]。另外,手术径路和肌层切开的长度也成为许多作者争论的焦点^[3,4]。

自从 1913 年 Heller 发明双侧(前后壁)食管下段贲门肌层切开术,1923 年 Zaaier 将 Heller 术改良为单侧食管壁肌层切开术以来,已成为治疗此症的定型手术。根据本组的治疗经验,这一手术一般不附加任何手术,疗效比较满意,临床上很少出现返流性食管炎的症状,而且术后生活质量明显提高,进食顺畅,体重增加。有些作者研究认为该术式食管胃返流率可达 22.4%~50%^[5,6]。然而,无症状的返流并不影响疗效,有些附加手术,如幽门成形术出现返流症状是胆汁返流入胃,而并不一定是返流性食管炎引起的。因此,我们认为 Heller 术中只要注意严格掌握手术指征,手术中尽可能避免引起返流的种种因素,一般情况下,不需要附加手术。Heller 术的适应症至少根据以下几点:①有明显的吞咽困难症状,影响生活质量,病史超过 1 年。②食管钡餐检查的时机选择应在发作严重时进行,并且需进行 2 次 2 个时段的检查,结果得出相同的诊断。③Olsen 分期 I~III 期。我们认为对于 I~II 期患者,只要症状较重,就应尽早手术;虽属 III 期患者,但症状轻微可暂缓手术;IV 期患者仅作 Heller 术效果不佳,应一期作食管下段贲门切除消化道重建术。

经胸手术对显露食管贲门优于经腹手术,切开和剥离食管肌层比较容易且充分,损伤粘膜的机会少,并可避免食管裂孔的损伤。而经腹手术创伤小,便于抗返流手术,而且手术本身造成的返流的可能性小于经胸手术。另外,可以避免开胸手术对心肺功能的干扰以及可能出现的严重并发症。我们认为对食管下段贲门部的括约功能影响小者则为首选的手术方法。目前认为影响这一括约肌功能的因素是:①食管下段括约肌(LES)形成该区食管腔内的高压(LESP)状态起到抗返流作用。②腹段食管经常受到大于气压的腹压所压迫。③食管胃角起到活瓣的作用。④膈肌脚的悬带作用。以上四种因素,在经胸手术时,游离食管较长,食管周围组织破坏较多,可能影响 LES 功能,而经腹手术无此顾虑,其它三种因素

在两种手术径路中的影响相同。因此,从理论上讲经腹手术优于经胸手术。本组 Heller 术组均经腹手术,未发生返流性食管炎的症状,另外经腹手术恢复快,容易被患者所接受。

食管下段贲门肌层切开长度目前标准不一,也很难说与疗效有关,总原则是食管侧的切开长度大于胃侧切开的长度。有作者强调,切开胃侧肌层不应超过 1.0~1.5cm, Jara 等证实贲门胃侧肌层只要切开超过 2.0cm 即 100%发生返流,我们认为,虽然食管下段神经肌肉失调是主要原因,但在 X 线检查及手术所见,此症严重狭窄部位在贲门部及贲门上方食管 3.0~4.0cm 以内,食管侧肌层切开长度 6.0cm 已足够,超长度切开不一定能提高疗效,反而会增加更加危险的并发症,如粘膜穿孔等。食管下段贲门肌层的充分切开,粘膜膨出满意,尤其是食管胃连接部粘膜的膨出是 Heller 术取得最佳疗效的重要环节。

严格按照 Heller 术操作要求,一般不需附加手术。因为 Heller 手术只要掌握胃侧肌层切开的适当长度对食管下段括约功能影响较小,附加手术只是手术不满意或失败的一种补救措施,如果掌握不好,术后因此而造成的梗阻症状等使手术失去其本来意义。作者认为手术宜小而简单,大而复杂的手术所带来的并发症往往给这种慢性疾病带来令人失望的治疗结果。

关于 Heller 术后再手术问题应严格掌握,如术后吞咽困难虽有复发,但症状轻,且比发病初期有明显改善则不需手术,对于那些症状加重者则需考虑再次手术。手术中发现肌层切开不够,可再施行肌层切开术,但应避免在同一平面进行,因为粘连、食管壁水肿,小的疤痕形成等可能造成粘膜穿孔,如果已证实为疤痕性狭窄,则应改作食管下段贲门切除术食管胃端侧吻合术,端侧吻合可以加大人工胃底,有利于预防食管胃返流,特别是平卧位时食管胃返流,如果同时作幽门成形术,可以促进胃的排空,然而,胃十二指肠返流难以避免。

总之, Heller 术已成为原发性贲门失弛缓症理想的术式,疗效满意,但必须严格掌握手术指征,优选经腹手术径路,切开肌层的长度 6.0~8.0cm,一般不需附加手术。

参考文献

- 1 Nihoul-fekete C, et al. Achalasia of the esophagus childhood;

- Surgical treatment in 35 cases, with special reference to familial-cases and glucocorticoid dipiciency association. *Hepatogastroenterology*, 1991; 38: 510
- 2 陈文庆. 贲门失弛缓症外科治疗术式讨论. *中华胸心血管外科杂志*, 1993; 9: 97
- 3 张泽普. 贲门失弛缓症的手术治疗. *中华胸心血管外科杂志*, 1991; 7: 87

- 4 张正伟, 彭远泰, 张勇, 等. 经腹改良 Heller 手术附加抗返流手术治疗贲门失弛缓症. *武汉医学杂志*, 1995; 19: 103
- 5 徐名明, 张玉鹤, 黄孝迈, 等. 贲门失弛缓症的外科治疗. *中华胸心血管外科杂志*, 1993; 9: 98
- 6 黄国俊, 唐荣华, 汪毓麟. 粘膜外肌层切开术治疗贲门痉挛的疗效评价. *中华外科杂志*, 1965; 13: 536

(收稿日期: 1997-07-04)

SURGICAL TREATMENT OF THE PRIMARY ACHALASIA OF THE GASTRIC CARDIA

Shi Weiping, et al.

ABSTRACT Treatment of the primary achalasia of the gastric cardia with surgery operation in 10 cases was reported. Eight patients have been treated by Heller's myotomy and three patients by esophagogastric anastomosis. Four patients in this series have been treated by additional pyloroplasty. It indicated that the classification of clinical type I ~ III of Olsen with Heller's operation and type IV with esophagogastric anastomosis are practicable. It is discussed that the methods and incision of operation, whether to add pyloroplasty are related to the operative results.

KEY WORDS primary achalasia of the gastric cardia; Heller's operation; esophagogastric anastomosis; pyloroplasty

贲门癌上消化道出血误诊 5 例分析

李传发

(江都市中医院, 江都, 225200)

作者收集了我院近年来经手术或病理证实为贲门癌而误诊为其它疾病者的上消化道出血 5 例, 现分析如下。

1 临床资料

本组 5 例中男 4 例, 女 1 例, 年龄 39~82 岁。上腹部疼痛、嗝气、返酸 2 例, 5 例均有上消化道出血, 出血量 > 800ml 2 例, 5 例均伴有头昏、心悸、出冷汗, 血压下降等表现。术前误诊时间 1~6 个月, 其中误诊为药物引起的急性出血性胃炎 1 例, 胃十二指肠溃疡出血 3 例, 怀疑胃新生物 1 例。5 例均经手术治疗, 术后提示腺癌 3 例, 粘液腺癌 2 例, 有淋巴结转移 1 例。

2 误诊原因

(1) 临床症状不典型, 药物治疗使临床症状改善。本组 5 例以上消化道出血为首表现, 均无梗噎感、异物感或进行性吞咽困难, 临床医生缺乏高度警惕或对早期癌认识不足, 过于相信钡

餐或胃镜检查而误诊。

(2) 贲门部分解剖的特殊, X 线、钡餐诊断率极低, 胃镜诊断贲门癌虽是最直接的方法, 但是胃底后壁约 2.5cm × 2.5cm 溃疡癌须经倒镜方能发现。本组 3 例虽然做过胃镜检查, 但由于过份相信临床医生提供的病史而未做倒镜检查, 这是造成误诊的主要原因。

(3) 病理取材不当, 未做胃底后壁仔细检查也是造成误诊的原因之一。本组有 1 例因口服阿期匹林而出现上消化道出血, 胃镜检查发现胃腔内有散在性新鲜出血点, 病理活检为炎性组织而误诊为药物引起的急性出血性胃炎。

我们体会除加强对早期癌认识外, 胃镜检查在贲门癌高发区应列为常规检查, 对有禁忌者行拉网细胞等检查或食道钡餐双重造影。检查时必须仔细观察, 对易误诊部位重点检查, 对上消化道出血的患者应常规做倒置镜检查。

参考文献 (略)

(收稿日期: 1997-09-10)