

腹腔镜改良 Heller 手术治疗贲门失弛缓症(附七例报告)

Laparoscopy-assisted modified Heller myotomy for treatment of achalasia: a report of 7 cases

王正冬, 金根培, 周爱明 (江苏省连云港市第一人民医院普通外科, 连云港 222003)

[关键词] 食管失弛症; 腹腔镜; 改良 Heller 手术

[中图分类号] R 573.7 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)09-1035-02

贲门失弛缓是神经食管肌肉失调导致食管运动障碍性疾病, 以食管下端括约肌张力增高、食管体部正常蠕动消失及食管下端括约肌在吞咽时松弛障碍为特征。临床上以吞咽困难、胸骨后疼痛、不同程度呕吐为主要症状, 严重者可以出现体质量下降。目前治疗贲门失弛缓的常用方法均具有一定的局限性^[1]: 药物治疗和中医中药治疗作用有限; 内镜下球囊扩张需要反复扩张, 并有穿孔、出血等并发症; 内镜下肉毒毒素注射治疗作用仅持续 3~12 个月, 且费用昂贵; 经胸手术治疗游离食管较长, 效果较好, 但手术创伤大, 需要切除一根肋骨, 患者痛苦大, 术后恢复慢。近年来发展起来的微创式 Heller 肌切开术(包括经腹腔镜和经胸腔镜两种方式)效果与传统手术类似, 但简化了手术操作, 减少了创伤, 缩短了术后住院和康复时间, 效果较好, 易于被患者接受。现将我科采用腹腔镜改良 Heller 手术治疗 7 例贲门失弛缓的经验总结如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2004 年 12 月至 2007 年 1 月我科共收治贲门失弛缓患者 15 例, 男性 7 例, 女性 8 例, 年龄 32~60 (32.5±3.8) 岁。临床症状包括吞咽困难 15 例、胸骨后烧灼痛 13 例、呕吐 9 例, 病程 11 个月至 23 年。15 例均经消化道钡透及胃镜确诊, 经药物治疗均无效。其中 7 例采用腹腔镜改良 Heller 术, 病例选择标准: 术前心肺功能良好, 无腹部手

术史, 经胃镜检查食管下段无黏膜撕裂, 无瘢痕粘连。另外 8 例采用传统开腹手术。

1.2 腹腔镜改良 Heller 术操作方法 麻醉成功后仰卧于手术台, 左、右锁骨中线肋缘下、剑突下共置入 2 个 5 mm 和 1 个 10 mm Trocar 为操作孔, 气腹压力 12 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。以三叶钳托起肝左外叶, 显露食管下段及贲门, 电钩离断左三角韧带, 将食管下段表面脂肪组织清除, 离断膈肌脚, 将食管下段游离。分离食管纵行肌, 电刀纵行切开约 8 cm, 上至食管膨大部, 注意保护迷走神经及食管黏膜完整, 向下切开贲门处环形肌约 1.0 cm, 见食管黏膜膨出, 分离食管纵行肌与黏膜, 使黏膜膨出占食管周径 1/2。游离胃底, 经食管后将胃底与贲门上方食管缝合, 腹腔内置入生理盐水 1 000 ml, 液面超过食管下段及胃底, 挤压胃底, 无气泡溢出。

2 结果

腹腔镜改良 Heller 术组患者手术时间、手术出血量、术后日引流量、住院日明显少于传统手术组 ($P<0.05$, 表 1)。腹腔镜改良 Heller 术组 7 例均术后第 2 日胃肠道功能恢复, 拔除胃管, 自行下床活动并进食流质; 而传统手术组术后第 4 日胃肠道功能恢复, 拔除胃管, 并进食流质, 1 周后下床活动。所有患者术后钡餐结果显示均为正常食管影像, 未见反流。症状均缓解, 无并发症, 无手术死亡。随访 6~31 个月, 症状无反复。

表 1 腹腔镜改良 Heller 术和传统开腹手术患者手术基本情况的比较

组别	例数(n)	手术时间(t/min)	手术出血量(V/ml)	术后日引流量(V/ml)	住院日(t/d)
腹腔镜改良 Heller 术	7	76.4±11.1*	15.7±7.3*	36.4±16.5*	4.7±1.1*
传统开腹手术	8	137.5±17.5	200±59.8	63.7±16.9	11.5±1.1

* $P<0.05$ 与传统开腹手术组比较

3 讨论

微创式 Heller 肌切开术包括经腹腔镜和经胸腔镜两种方式, 胸腔镜手术时为保证食管床的良好暴露, 要求术侧肺的绝对萎陷^[2], 故对患者肺功能的要求相对较高。相比较而言, 腹腔镜下的 Heller 术对患者肺功能及身体状况要求较低。Stewart 等^[3]认为, 腹腔镜手术与经胸腔镜相比手术及住院时间缩短, 两组的术后并发症基本相似, 经过平均 17 个月的随访, 腹腔镜组的缓解率为 90%, 明显高于胸腔镜组的 31%。本组 7 例均采用经腹腔镜手术, 临床疗效满意。

腹腔镜改良 Heller 手术操作有一定的难度, 我们术前病

例选择标准是: 心肺功能好, 无腹部手术史, 常规胃镜检查食管下段无黏膜撕裂, 无瘢痕粘连。由于出血及食管黏膜穿孔是最为严重的并发症, 术中必须严格止血, 解剖层次分明, 在手术操作中我们的体会是: 在游离食管下段时, 先将食管下段、贲门前表面脂肪组织剔清理干净, 清晰显露食管下段狭窄段, 在狭窄段上方 1.0 cm 处, 用分离钳先钝性分离食管纵行肌, 达食管黏膜层, 沿该突破口上下纵行钝性分离 1.5~2.0 cm, 再次确认食管黏膜层后, 用电钩向下逐步分离狭窄段, 使食管黏膜层逐步膨出, 直至贲门下 1.0 cm; 充分游离胃底(必要时胃短血管

[作者简介] 王正冬, 主治医师。E-mail: wzdtj2006@hotmail.com

用钛夹夹闭),包绕食管缝合时松紧度适宜。术毕,患者取头低位,注入生理盐水,液面超过食管,胃管内注入空气,术者用分离钳轻柔挤压胃底,无气泡溢出,确认食管黏膜层无破损,将胃内空气抽吸干净,吸净生理盐水,置入引流管。

腹腔镜组 7 例患者术中无并发症,手术中失血量很少,术后吞咽困难等症状均缓解,从随访结果看,与传统开腹手术相比,治疗效果相似,而平均手术时间缩短了 14.0%、术中平均出血减少了 92.5%、术后日平均引流减少了 50%、平均住院日缩短了 47.6%,且胃肠道功能恢复快,术后下床早。因此我们认为采用腹腔镜改良 Heller 手术治疗贲门失弛缓,具有传统手术有效性,手术操作简化,减少创伤,缩短住院日

和康复时间,值得临床推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 夏忠胜,朱兆华.贲门失弛缓症治疗进展[J].国外医学·内科学分册,2004,31:114-116.
- [2] 谭黎杰,王 群,徐正浪,等.食管良性疾病胸腔镜治疗的并发症[J].中国临床医学,2004,11:982-984.
- [3] Stewart K C,Finley R J,Clifton J C,et al. Thoracoscopic versus laparoscopic modified Heller myotomy for achalasia:efficacy and safety in 87 patients[J].J Am Coll Surg,1999,189:164-170.

[收稿日期] 2007-03-28

[修回日期] 2007-07-13

[本文编辑] 孙 岩