

· 临床研究 ·

腹腔镜联合胃镜改良 Heller 术加 Dor 胃底折叠术治疗 7 例贲门失弛缓症的临床研究

金昌国¹, 欧阳才国¹, 张利刚¹, 康春博¹, 姚宝福¹, 刘 荣²

(1. 北京航天中心医院肝胆外科 100049; 2 中国人民解放军总医院肝胆外科, 北京 100039)

摘要:目的 探讨腹腔镜联合胃镜改良 Heller 术加 Dor 胃底折叠术治疗贲门失弛缓症的临床价值。方法 回顾分析 2007 年 10 月至 2009 年 11 月北京航天中心医院收治的 7 例患者采用腹腔镜联合胃镜改良 Heller 术加 Dor 胃底折叠术治疗贲门失弛缓症的疗效。结果 7 例手术均获成功, 手术时间 70.0~220.0 min, 平均 140.7 min, 术中出血量 10.0~65.0 mL, 平均 28.6 mL, 无 1 例中转开腹及并发症发生, 术后住院 4.0~8.0 d, 平均 6.5 d。术后随访 2.0~26.0 个月, 平均 12.1 个月, 术前症状均缓解。结论 腹腔镜联合胃镜改良 Heller 术加 Dor 胃底折叠术治疗贲门失弛缓症具有安全, 创伤小、术野清晰、恢复快、并发症少、疗效确切等优点。

关键词:贲门; 腹腔镜; 胃镜

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.26.020

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)26-2645-02

Clinical study on the effect of the laparoscopic combined with modified heller-dor operation on achalasia of the cardia

Jin Changguo¹, Ouyang Chaiguo¹, Zhang Ligang¹, Kang Chunbo¹, Yao Baofu¹, Liu Rong²

(1. Beijing Aerospace Central Hospital, Beijing 100049, China; 2. Chinese PLA General Hospital, Beijing 100039, China)

Abstract: **Objective** To investigate the value of laparoscopic modified Heller-Dor operation combined with esophagogastrosco-
py in the treatment of achalasia of the cardia. **Methods** The effect of the laparoscopic combined with modified Heller-Dor operation
on achalasia of the cardia from the seven cases from Oct 2007 to Nov 2009, 7 was analyzed retrospectively. **Results** All the opera-
tions were successfully accomplished. The operating time was 70~220 min (mean, 140.7 min) and the intraoperative blood loss was
10~65 mL (mean, 28.6 mL), none of conversion to open surgery and intraoperatiional complications, hospitalized for 4~8 days
(mean, 6.5 days). Follow-up visit for 2~26 months (mean, 12.1 months) in all the patients showed all the patients' symptom re-
lieved after operation. **Conclusion** Laparoscopic modified Heller-Dor operation combined with esophagogastrosco-
py in the treat-
ment of achalasia has the following advantage of safety, less injury, better operating exposure, earlier recovery, less complication and
good effects.

Key words: cardia; laparoscopes; gastroscopes

贲门失迟缓症是由于 Auerbach 神经节数量减少或萎缩导致食管下端括约肌(lower esophageal sphincter, LES)异常松弛、食管体蠕动减弱所引发的疾患。由于该病临床表现缺乏特异性,故往往造成临床及内镜下的漏、误诊^[1]。治疗方法有药物治疗、内镜下注射肉毒素、球囊扩张、手术治疗等。其中手术疗效最佳^[2],药物治疗多用于轻症患者。腹腔镜联合胃镜手术可获得病变部位的精确定位,肌层切开长度及深度的精准把控,实时监控食管黏膜的破损。现将腹腔镜联合胃镜改良 Heller 术加 Dor 胃底折叠术治疗贲门失弛缓症 7 例疗效报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 10 月至 2009 年 11 月北京航天中心医院采用腹腔镜联合胃镜改良 Heller 术加 Dor 胃底折叠术治疗贲门失弛缓症 7 例,男 3 例,女 4 例;年龄 27~62 岁,平均 42.3 岁;病程 2.0~17.0 年,平均 8.3 年。1 例术前曾接受扩张治疗,1 例曾注射肉毒素治疗。患者均有不同程度的吞咽困难,2 例有反流症状,3 例胸骨后疼痛,1 例体质量明显下降。术前均行上消化道钡餐透视,表现为近端食管扩张,远端食管狭窄呈鸟嘴样,最大横径扩张达 24~53 mm,平均 41 mm。患

者术前均行胃镜检查排除食管、贲门及胃恶性疾病。

1.2 手术方法 采用经口气管插管静脉复合麻醉。患者取仰卧位,头高足低,“大”字体位,胃镜监视器置于右肩水平,术者站在患者双腿之间。建气腹,腹内压 10 mm Hg。脐上放置 10 mm Trocar 用于放置腹腔镜,剑突下及左侧肋缘下分别戳孔作为主、副操作孔,右侧锁骨中线肋缘下一横指处放置 10 mm Trocar 伸入腹腔镜用 3 爪或 5 爪拉钩牵开肝脏,主操作孔放置 10 mm Trocar 伸入超声刀,行食管肌肉组织和括约肌切开。利用 5 爪拉钩牵开肝左叶,超声刀打开肝胃韧带,显露双侧膈肌脚,钝性松解食管,暴露出食管与贲门连接部位,显露迷走神经予以保护。经鼻置入胃镜,定位狭窄处,腹腔镜下用超声刀纵行切开食管贲门狭窄处前壁肌层,贲门下约 1~2 cm,贲门上 5~6 cm,分离肌层应达食管周径的 1/2,使食管黏膜完全膨出。胃镜观察狭窄段肌层全部切开并检查有无副损伤。用无损伤钳经食管前、后牵拉胃底至食管右侧,与食管右切缘、右侧膈脚缝合固定 2~3 针,食管左切缘与胃底固定 2~3 针,从而完成 Dor 胃底折叠术。胃镜检查确认胃底折叠合适。

2 结 果

7 例手术均获成功,手术时间 70.0~220.0 min,平均

140.7 min,术中出血量 10.0~65.0 mL,平均 28.6 mL,无 1 例中转开腹及并发症发生,术后住院 4.0~8.0 d,平均 6.0 d。术后随访 2.0~26.0 个月,平均 12.1 个月,术前症状均缓解。

3 讨论

1913 年 Heller 开创食管前、后壁肌层纵行切开治疗食管狭窄后,Zaaijer 作了改进,仅切开食管前壁肌层,称为改良 Heller 手术,有效率达 90% 以上^[3],是目前公认的最有效的标准术式。有研究显示,由于创伤小,恢复快且疗效肯定,胸腔镜和腹腔镜下 Heller 术在西方国家已基本取代常规开胸手术。

Stewart 等^[3]比较了胸腔镜与腹腔镜下对贲门失弛缓症患者行 Heller-Dor 手术的效果和安全性,结果显示腹腔镜组可降低手术时间,减少中转开放手术,缩短术后住院时间,术后吞咽困难消失率为 90%,而胸腔镜组为 31%。另有研究显示胸腔镜组胃食管反流的比例高于腹腔镜组^[4-5]。因此,西方学者推崇腹腔镜 Heller 术^[6]。

Heller 术的主要并发症为失弛缓症复发和胃食管反流。Zaninotto 等^[7]研究证实,切开长度不够是导致术后吞咽困难及复发的主要原因。有文献报道,胃食管反流与胃壁肌层切开过长有关,切开应不超过 1.5 cm,而超过 2 cm,术后反流发生率为 100%^[8]。Heller 术肌层切开的范围应该包括食管下段、胃食管结合部及部分胃底肌层三部分,切开的深度为打开纵肌层和环肌层,直至食管黏膜膨出为标准。食管的切开长度应控制在 4~6 cm,否则会影响食管的正常蠕动功能,胃底的切开应该在 1.5 cm 左右,不应超过 2 cm,总长度控制在 6~8 cm 较为适宜。本研究在切开肌层时,未刻意追求其长度,尤其在食管上端以切开增厚的肌层为限度,关键是掌握胃底的切开长度,一般控制在 1.5 cm 以内,若超过此限度,则贲门抗反流功能可能被损坏,但实际操作很难控制,故单纯 Heller 手术很可能造成胃食管反流。未附加抗反流措施的单纯 Heller 术后胃食管反流的发生率在 14%~57%^[9-10],因此,一般认为 Heller 术后应附加胃底折叠术^[11-13]。本研究认为该手术需常规行胃底折叠术,胃底折叠不仅起到了抗反流的作用,并利用折叠的胃底覆盖裸露的食管黏膜,起到了机械支持和保护作用,从而防止了食管黏膜破裂后可能出现的食管瘘。Dor 折叠术优于 Toupet 折叠术,因 Dor 折叠术无需广泛游离胃底,对贲门结构破坏小,胃底折叠手术操作更加简单,术后吞咽困难发生率^[14]。

胃镜用于术中,确定食管下段狭窄部位,决定肌层切开的范围;直视下观察黏膜狭窄环消失,确保手术效果;了解食管黏膜的破损情况并及时修补,修补黏膜破损时确保未缝到对侧黏膜;检查胃底折叠是否合适,胃底折叠后胃镜进入胃腔,如难于通过,可以重新缝合,调整到合适的松紧度。因此,腹腔镜、胃镜联合治疗贲门失弛缓症具有很好的临床应用价值。

总之,腹腔镜联合胃镜改良 Heller 术加 Dor 胃底折叠术治疗贲门失弛缓症安全可行,具有创伤小、恢复快、并发症少、疗效确切等优点,推荐作为贲门失弛缓症的首选术式。

参考文献:

- [1] 孙建,李雯.贲门失弛缓症临床及内镜漏诊相关分析[J].重庆医学,2009,38(3):371-372.
- [2] Wang L,Li YM,Li L,et al. A systematic review and meta-analysis of the Chinese literature for the treatment of achalasia[J]. World J Gastroenterol,2008,14(38):5900-5906.
- [3] Stewart KC,Finley RJ,Clifton JC,et al. Thoracoscopic versus laparoscopic modified Heller myotomy for achalasia:efficacy and safety in 87 patients[J]. J Am Coll Surg,1999,189(2):164-170.
- [4] Patti MG,Archerito M,Pinto M,et al. Comparison of thoracoscopic and laparoscopic hellermyotomy for achalasia[J]. J Gastrointest Surg,1998,104(2):561-566.
- [5] Hunter JG,Trus TL,Branum GD,et al. Laparoscopic Heller myotomy and fundoplication for achalasia[J]. Ann Surg 1997,225(6):655-665.
- [6] Sharp KW,Khaitan L,Scholz S,et al. 100 consecutive minimally invasive Heller myotomies:lessons learned[J]. Ann Surg 2002,235(5):631-639.
- [7] Zaninotto G,Costantini M,Portale G,et al. Etiology,diagnosis,and treatment of failures after laparoscopic Heller myotomy for achalasia [J]. Ann Surg,2002,235(2):186.
- [8] Jara FM. Long-term results of esophagomyotomy for achalasia of esophagus [J]. Arch Surg,1979,114(8):935.
- [9] Kjellin AP,Gramquist S,Ramel S,et al. Laparoscopic myotomy without fundoplication in patients with achalasia [J]. Eur J Surg,1999,165(2):1162-1166.
- [10] Wang PC,Sharp KW,Halzman MD,et al. The outcome of laparoscopic Heller myotomy without antireflux procedure in patients with achalasia[J]. Am Surgeon,1998,64(6):515-520.
- [11] 王秋生,刘隆,冀涛,等.腹腔镜手术治疗胃食管反流病和贲门失弛缓症[J]. 外科理论与实践,2004,17(9):458-460.
- [12] 蒋斌,修典荣,陆少美,等.腹腔镜下括约肌切开胃底折叠术治疗贲门失弛缓症[J]. 中国微创外科杂志,2003,10(3):515-516.
- [13] Ellis FH. Oesophagomyotomy for achalasia:a 22 year experience[J]. Br J Surg,1993,80(7):882-885.
- [14] 郭吕,顾建伟,朱景元,等.胸腹腔镜治疗贲门失弛缓症的临床分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2005,10(6):326-327.