影像学检查对漏斗胸严重程度的判断具有一定的优越性。本例患者的 Haller 指数(13.4)远大于重度漏斗胸的参考值3.5,胸脊间距(1.64 cm)明显小于重度漏斗胸的参考值5 cm,心脏旋转角(67.3°)大于正常参考值49.4°[4]。该患者出现自发性气胸的原因可能是胸骨向右侧一侧旋转,加重了对右侧肺组织的压迫,右侧肺组织长期无法有效舒张,导致右侧胸膜摩擦变薄,容易发生自发性气胸。该患者还有心血管的并发症,如二尖瓣脱垂、二尖瓣、三尖瓣返流、主动脉窦扩张,上述表现均属于严重漏斗胸患者青春期以后的常见并发症。漏斗胸的治疗手段为外科手术,传统手术创口大,肌肉软骨破坏多,目前应用较为广泛的为 NUSS 微创手术,该手术是在胸腔镜导引下手术植入量身塑造的金属板,将凹陷胸骨往外推出来做矫正手术,所有向内凹变形的肋软骨也用金属板向外推出[5]。该手术除能改善心肺功能外,还能完整保留肌肉软骨,顾及外表美观,这点在女性患者中尤其重要。

参考文献:

[1] 李振水,崔玉清,牛志伟,等. 胸肋骨截骨内固定法治疗小儿漏斗胸27例[J]. 武警医学,2003,14(1):31-32.

[2] Antonoff M B, Saltzman D A, Hess D J, *et al*. Retrospective review of reoperative pectus excavatum repairs[J]. J Pediatr Surg, 2010, 45(1):200-205.

[3] Rebeis E B, Campos J R, Fernandez A, *et al*. Anthropometric index for Pectus excavatum[J]. Clinics (Sao Paulo), 2007, 62(5):599-606.

[4] 陈桦,金科,肖怀春,等. 螺旋CT在儿童漏斗胸中的应用[J]. 实用放射学杂志,2006,22(3):338-341.

[5] Han Y, Wang J, Li W, *et al*. Non-thoracoscopic extrapleural Nuss procedure for the correction of pectus excavatum in children[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2010, 37(2):312-315.

(收稿:2010-07-13 修回:2010-09-08)

(编辑 吴培红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2010)22-2472-02

胃镜下治疗咽食管憩室2例

樊超强,王 雷,赵国策,赵晓晏 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科)

【关键词】 咽食管憩室;胃镜

【中图法分类号】 R571.2 【文献标志码】 B

1 临床资料

病例1:患者女性,56岁,3年前间断出现进食后呕吐,呕吐物为刚进食的食物,当时患者自觉症状轻,未进一步诊治。近2个月来自觉上述症状逐渐加重,并伴有进食梗,到我院行胃镜检查见食管上端距门齿16 cm见一直径约2.5 cm、深约3.5 cm憩室,憩室与食管腔之间有长约2.0 cm的嵴样组织,憩室底部光滑(图1),食管吞钡检查见咽食管连接处有一囊袋状结构(图2),诊断为食管Zenker憩室,拟行外科手术治疗。患者既往有慢性支气管炎、肺气肿及双肺肺大疱等病史。肺功能提示:极重度阻塞性为主混合性通气功能障碍;重度阻塞性肺气肿;气道阻力增高;小气道功能重度降低;最大通气量22 L,占预计值28%。考虑患者不能耐受外科手术,遂转入我科行内镜下手术治疗。完善相关检查后,在全麻下,首先将胃管经鼻置入食管,引导管腔视野,然后在胃镜直视下用针状刀(功率30 W)将憩室囊和食管之间的肌桥由近端至远端切开,切开长约1.8 cm。手术耗时30 min。术后禁食2 d,第5天复查胃镜提示原来憩室消失,局部形成一约1.2 cm×1.5 cm溃疡(图3),术后食管吞钡检查提示憩室较前明显缩小(图4)。1周后患者症状好转出院,随访10个月未见术前症状复发。

病例2:患者男性,75岁,4年前无明显诱因出现进食梗,到当地行食管吞钡检查发现咽食管憩室,当时症状轻,未行进一步治疗。近4个月来自觉上述症状逐渐加重,伴有呕吐,呕吐物为刚进食的食物,偶有饮水呛咳。到我院就诊,拟行手术治疗,但患者年龄大,既往有慢性支气管炎、肺气肿病史,考虑患者不能耐受外科手术,遂到我科行内镜下治疗。胃镜检查提示食管上端距门齿17 cm见一直径约2.0 cm、深约2.5 cm憩室,憩室与食管腔之间有长约1.6 cm的嵴样组织,憩室底部光滑。用上述同样的方法行胃镜下治疗,切开长约1.5 cm时局部出现一直径约0.3 cm穿孔,由于局部空间小,视野差,胃镜前端戴一长0.4 cm透明帽支撑管腔,暴露视野,用2枚钛夹缝合后结束操作。手术耗时35 min。术后禁食3 d,复查胃镜和食管吞钡检查,均提示憩室较前明显缩小。住院观察10 d,症状明显好转出院。随访10个月未见术前症状复发。

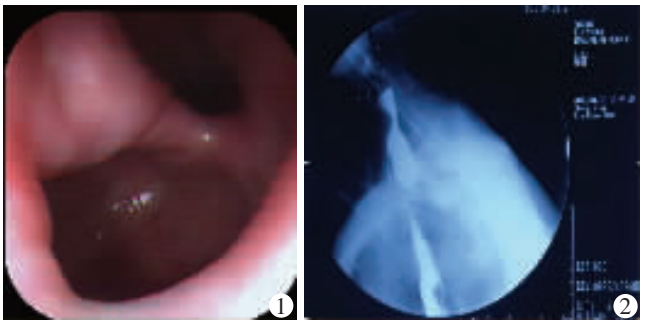


图1 咽食管憩室患者胃镜观察

图2 咽食管憩室患者食管X线片表现

【通信作者】 赵晓晏,电话:(023)68774665





图 3　咽食管憩室患者术后胃镜观察溃疡形成，憩室基本消失

图 4　咽食管憩室患者术后 X 线片观察憩室明显缩小

2　讨论

咽食管憩室也叫咽囊，主要有 2 种形式，咽部黏膜向后面凸出的称为 Zenker 憩室，向侧面凸出的称为 Killian-Jamieson 憩室。Killian-Jamieson 憩室主要发生于环咽肌的横行纤维之间，Zenker 憩室则大多发生于环咽肌横行纤维的上方，主要由于咽食管连结部后壁的肌肉缺陷所致。典型临床表现为轻度吞咽困难和食物反流入口腔，吞咽异物感或气过水声。当憩室逐渐长大，有可能压迫喉反神经产生声音嘶哑，或压迫颈交感神经产生 Horner 综合征[1]。

该病属于食管良性病变，极少数发生癌变，但随着憩室长大，其临床表现逐渐加重，明显影响生活质量。既往该病在国内均行外科手术治疗，创伤大、费用高、住院时间长。咽食管憩室的内镜治疗于 1917 年 Mosher 首先描述，由于当时并发症较多，未进一步推广应用。近年来，随着内镜技术的发展，内镜下切除咽食管憩室的可操控性和精确度逐渐提高，并取得了良好的临床疗效。Bist 等[2] 在内镜下用透热疗法将憩室和食管之间的肌桥破坏，从而成功达到治疗的目的。

内镜下咽食管憩室切开术的目的在于使分离憩室和食管的桥形组织扁平化，扩张憩室向食管的开口，有助于改善憩室内食物的排出，从而缓解或消除临床症状[3]。我们参考相关文献并结合临床工作经验，成功地进行了 2 例咽食管憩室的内镜下手术，随访 10 个月症状均未复发。我们从中体会该手术对操作者技术要求较高，由于食管环咽肌平时处于收缩状态，因此手术视野很难充分暴露，术中放置胃管引导手术视野是很有必要的，也可于镜身前端戴透明帽撑开管壁，暴露视野。同时，由于操作空间有限，术者的精细操作也非常重要，术中切开要缓慢逐步进行，针状刀不可过长，以 2 ~ 3 mm 为宜，以防穿孔，或者用钩刀切开。在病例 2 术中出现穿孔，考虑与术中创面渗血和管壁蠕动影响视野有关，由于穿孔小，术中及时发现，并用钛夹严密缝合，未出现严重并发症。此外，术前要完善胃镜和食管 X 线等检查，充分了解憩室的大小、位置、形状，尤其是憩室囊和食管之间的肌桥长度，以便确定手术切开深度。

内镜下治疗咽食管憩室是安全有效的，与外科手术相比，不仅耗时短，患者恢复快，同时也缩短了住院时间，节约了医疗费用，临床应用价值高，但仍需要更多病例研究及术后更长时间随访。

参考文献：

[1] 许国铭，李兆申. 上消化道内镜学[M]. 上海：上海科学技术出版社，2003：288 - 292.

[2] Bist S S, Varshney S, Bisht M, *et al*. Zenker's diverticulum—a case report[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2009, 61(1): 79 - 81.

[3] 索恩亨德拉. 内镜手术学：消化内镜手术技巧图谱[M]. 王永光，译. 西安：世界图书出版西安公司，2007：201 - 204.

（收稿 2010-06-27 修回 2010-08-02）

（编辑　张　维）

正文中参考文献的标注方法

正文中参考文献的著录制度有顺序编码制和著者-出版年制。

1. 本刊采用顺序编码制，即按照正文中引用的文献出现的先后顺序用阿拉伯数字（从 1 开始）连续编码，并将序号置于方括号中。

2. 文内标注　根据具体情况一般可按照下述 3 种格式标注。

a. 正文指明原始文献作者姓名时，序号标注于作者姓名之后的右上角。

例 1：薛社普等[1] 指出棉酚从体内排泄缓慢。

b. 正文未指明作者姓名或非原始文献作者时，序号标注于相关论述句末的右上角。

例 2：动态心电图特别适用于无症状心肌缺血的发现[1-3]。

c. 正文直接述及文献序号，即文献作正文叙述的直接补语时，文献序号不用角码标注，与正文并排。

例 3：本研究与文献[4,6]报道的结果一致。

3. 标注应尽可能靠近有关引文，写在标点符号之前。在同一处同时引用几条文献时，文献序号应放在 1 个方括号内。文献序号不连续时，用逗号分隔，如例 3；连续时文献序号不必一一列出，可标注起止序号，用连接线连接，如例 2。

本刊编辑部