DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.06.027
第25卷第6期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 6
528 2003年3月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Mar. 2003

论著

文章编号:1000-5404(2003)06-0528-03

经腹Heller手术加绕食管后方胃底部分折叠治疗贲门失弛缓症

杜 程,王如文,蒋耀光,赵云平,谭群友 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所胸外科,重庆 400042)

提 要:目的 探讨采用经腹贲门肌层切开(Heller)加绕食管后方胃底部分折叠治疗贲门失弛缓症的疗效。方法 回顾性总结48例贲门失弛缓症经腹Heller手术加绕食管后方胃底部分折叠治疗的近期及远期效果。结果 全组病例手术后恢复顺利,吞咽困难症状缓解,无手术并发症。38例进行了食管动力学监测,术前末端食管括约肌压力(LESP)为(21.48±5.36)mmHg,术后LESP为(16.45±4.12)mmHg,两者经统计学处理(t检验)无显著差异($P>0.05$),25例进行了术后24 h pH值监测,DeMeester记分均在正常范围。近期手术优良率100%。31例进行了13~156个月的随访。平均随访时间75个月。随访病人均能正常生活和工作,3例有反流症状,其中1例24 h pH值监测反流次数超过50次。远期手术优良率90.32%。结论 经腹Heller手术加绕食管后方胃底部分折叠治疗贲门失弛缓症疗效满意,是一种安全有效的手术方式。

关键词:贲门失弛缓症;贲门肌层切开术;胃底折叠术
中图法分类号:R573.7;R615;R656.61 文献标识码:A

Treatment of achalasia of cardia by transabdominal cardiomyotomy plus posteroesophageal partial gastric fundoplication

DU Cheng, WANG Ru-wen, JIANG Yao-guang, ZHAO Yun-ping, TAN Qun-you (Department of Thoracic Surgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To evaluate the therapeutic efficacy of transabdominal cardiomyotomy plus posteroesophageal partial gastric fundoplication to treat achalasia of cardia. Methods From May 1988 to February 2000, 48 patients with achalasia of cardia underwent this procedure. The patients were analyzed by using pre-and post-operative symptom, barium meal, esophageal manometry and 24-hour esophageal pH monitoring. Results All patients recovered smoothly and the relief of dysphagia was achieved in all patients. There were no postoperative complication or deaths. In 38 (38/48) patients, the lower esophageal sphincter pressure (LESP) before and after operation was 21.48±5.36 mmHg and 16.45±4.12 mmHg ($P>0.05$), respectively. Twenty-five (25/48) postoperative patients underwent 24-hour esophageal pH monitoring and their DeMeester scores were in normal ranges. Thirty-one (31/48) patients were followed up for 13 to 156 months. All the patients followed up could live and work normally. Three patients presented postoperative reflux symptom. The long-term satisfactory operation rate was 90.32%. Conclusion Transabdminal cardiomyotomy plus posteroesophageal partial gastric fundoplication is a safe and effective procedure for the treatment of achalasia of cardia.

Key words: achalasia of cardia; cardiomyotomy; fundoplication

1988年5月至2000年2月我科采用经腹门贲肌层切开(Heller)加绕食管后方胃底部分折叠治疗贲门失弛缓症48例,近远期疗效满意。现分析报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组48例,男性22例,女性26例。年龄最小17岁,最大68岁,平均35.05岁。其中38例为45岁以下青壮年;病程最短4个月,最长33年,平均5年1个月。所有病例均有不同程度的吞咽困难以及进食后呕吐。由于长期进食困难而致营养不良11例,平均体重减轻4~5 kg。食管X线吞钡检查见食管末端钡剂通过受阻,狭窄呈鸟嘴状或萝卜根状,狭管上端均有不同程度的扩张。

1.2 手术方法

采用气管插管静脉复合麻醉39例,持续硬膜外麻醉9例,取平卧位,上腹正中切口。显露贲门区,于食管裂孔前方切开腹膜反折。游离出腹段食管并用布带牵引。钝性游离食管至狭窄上方3~4 cm。常规贲门肌层切开,上方超过狭窄2~3 cm,下方至胃底1~1.5 cm,肌层切开处粘膜应充分膨出,超过

作者简介:杜 程(1963-),男,河北省宁晋县人,硕士,主治医师,主要从事食管良性病变方面的研究。电话:(023)68757241

收稿日期:2001-05-26;修回日期:2001-10-12

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

食管周径 1/2。胃底前壁绕末端食管后方折叠, 并间断缝合于两侧肌层切开边缘, 长约 2.5~3 cm。切取约 10~15 cm 带蒂大网膜, 覆盖于暴露的粘膜上, 并予缝合固定, 网膜下方不宜缝团, 以利于局部引流, 防止网膜与粘膜间积液。本组有 3 例肌层切开时粘膜破裂, 均用无创伤缝针修补, 修补后用大网膜覆盖。术后均顺利恢复, 未发生食管瘘。

1.3　统计学处理

数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示, 采用 t 检验。

2　结果

2.1　术后结果

本组 48 例术后均恢复顺利, 无术后并发症, 吞咽困难及呕吐症状完全消失, 无返酸、嗳气、腹胀等症状, 术后 3 周行食管 X 线钡餐检查, 见钡剂通过顺利, 扩张食管有不同程度的缩小, 未见钡剂反流, 出院时所有病例均能正常进半流或普食。38 例进行了食管动力学监测, 术前末端食管括约肌压力(LESP)为(21.48±5.36)mmHg, 术后 LESP 为(16.45±4.12)mmHg, 两者无显著差异($P>0.05$)。25 例进行了术后 24 h pH 值监测, De-Meeter 记分均在正常范围。

2.2　随访结果

本组对 31 例进行了 13~156 个月术后随访, 平均随访时间为 75 月。随访病人均能进食, 无梗阻症状。无胸痛及呕吐等不适。体重有不同程度的增加, 能参加正常工作和学习。X 线钡餐检查, 见钡剂通过顺利, 扩张食管有不同程度缩小, 未见有食管裂孔疝。3 例有轻度的进食后反酸, 均无胸痛及呕吐, 对其进行食管测压及 24 h pH 值监测, 仅 1 例 24 h 反流次数超过 50 次。另 2 例患者食管测压及 24 h pH 值监测均在正常范围。

3　讨论

贲门失弛缓症(Achalasia)是一种食管运动功能障碍性疾病, 其特点是食管正常蠕动消失, 食管体明显扩张, 食管胃连接部功能性梗阻, 是仅次于食管癌而需要外科治疗的食管疾病。目前对该病的病因还不十分清楚。所有治疗方案均是对症治疗, 是以解除梗阻, 减少反流为目的, 而不能恢复食管的正常运动功能。目前对贲门失弛缓症的治疗存在一些争议: ①保守治疗还是手术治疗, 即是对贲门失弛缓症患者采用扩张治疗、肉毒素局部注射治疗无效后再行手术治疗, 或明确认断即行手术治疗。扩张治疗包括气囊、水囊或钡囊等, 这些方法均有一定疗效, 但需多次扩张后才能奏效。因此, 不少患者不愿接受这一治疗, 且膨大弯曲的食管给扩张治疗带来了一定的困难, 并有穿孔的危险。Hunt 等[1]报告 445 例经扩张治疗的病人, 其中 9 例经开腹手术修复 1 例经腹腔镜修复。1993 年 Pastiche 等[2]首先将肉毒毒素(BTX)用于治疗贲门失弛缓症。其观察了用 BTXA 治疗 65 例贲门失弛缓症的长期疗效, 结果为治疗后 1 周、4 周及 1 年有效率分别是 100%、70%和 36%。1 年后多数患者需再次注射治疗, 或改行扩张治疗和手术治疗[3]。因此, 多数学者主张手术治疗。②手术入路的选择, 即经胸或是经腹手术, 主张经胸者认为, 手术显露优于经腹, 操作方便, 有利于充分的肌层切开, 且不损伤食管裂孔, 而赞同经腹者认为, 经腹手术操作并不困难, 创伤小, 不开胸, 对呼吸和循环干扰小, 并有 10%~20%的病例合并腹腔疾病, 便于同时手术处理[4], 本组 48 例均经腹顺利完成手术, 手术平均时间 1.5 h, 不需手术输血, 术后恢复顺利。③Heller 手术是否附加抗反流手术, 也是目前争论的焦点, 单纯 Heller 手术远期疗效的优良率在 75%~85%。疗效不佳的病例多数为反流性食管炎, 瘢痕愈合狭窄及食管裂孔疝等。食管反流发生率多在 25%~35%[5,6], 因而, 多主张附加抗反流手术。Jordan[7]报道 42 例, 其中 29 例行 Heller 手术加 Nisse 式包埋抗反流(A 组), 6 例胃底固定部分抗反流(B 组), 17 例未行抗反流手术(C 组), 结果 A 组症状消失 5 例, 症状明显缓解 3 例, 术后有反流 1 例, B 组中三者的例数分别为 2 例, 11 例和 4 例。C 组中三者例数为: 6 例、5 例和 6 例。他认为附做抗反流手术对提高疗效有益。但反对附加抗反流手术者认为, Heller 手术效果不佳的原因是手术方法不正确, 与胃底切开过长有关。Richards[8]报道一组单纯做 Heller 手术而未附加抗反流手术, 亦取得良好效果。本组 48 例均附加抗反流手术, 31 例长期随访观察, 无因复发而再次手术病例, 食管 X 线钡餐检查, 钡剂通过顺利, 无钡剂反流, 仅有 3 例有餐后轻度反流症状, 但食管末端压力在正常范围, 仅 1 例 24 h pH 值监测反流数超过正常。我们认为, 行肌切层切开手术, 应附加抗反流手术, 且我们报道的抗反流手术较简单, 在行 Heller 手术同时实施抗反流手术, 并不增加手术创伤。

目前抗反流手术方法较多, 典型的方法是采用胃底折叠, 以增加末端食管括约肌的压力, 达到抗反流目的, 如 Nessen 用胃底包绕食管 360°、Belsey 包绕 270°及 Hil 包绕 180°折叠, 这些方法均可增加食管末端括约肌的压力, 以 Nessen 胃底折叠增高最明显。上述方法均系将胃底折叠覆盖于肌层切开暴露粘膜上, 因此, 部分病人可因瘢痕愈合而影响治疗效果。本组病例则是将胃底绕食管后方行部分折叠, 并将胃底缝合于两侧肌层切开边缘, 不将膨出之粘膜包绕, 这不仅避免了切开的肌层再次连接愈合, 而且能适当地增加末端食管括约肌压力, 起到良好地抗反流作用。这一方法由 Croodes 等于 1988 年报道, 认为是一种新的手术方法。他们所报道的 7 例, 症状完全消失, 无手术并发症及反流症状。24 h pH 监测, 6 例中仅 1 例清晨 2~4 点时有反流, 但无自觉症状。食管动力学测定末端食管仍有

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

一高压区。随访1~3.5年效果满意。我们采用这一方法治疗48例,经31例随访观察,远期手术优良率达90.32%,取得了满意近期及远期疗效。

通过本组的治疗,我们体会这一手术具有以下优点:①将折叠的胃底缝合于两侧肌层切开边缘,不仅防止切开肌层再次连接愈合引起狭窄,而且保持了末端食管高压区的长期存,起到良好的抗反流作用。②本组病例均采用绕食管后方胃底部分折叠,使切开的粘膜充分暴露,有利于进食通畅。术后LESP仍保持在(16.45±4.12)mmHg,虽较术前稍有降低,但统计学无显著差异($P>0.05$)。维持在正常稍低水平,因而术后吞咽困难得到明显缓解。③本组48例于部分胃底折叠后,采用大网膜覆盖于切开的暴露粘膜上,不仅消除膨出粘膜裸露及过度膨出形成憩室,而且起到良好的保护作用。如遇粘膜破裂,修补后覆以大网膜,可防止瘘的发生。本组有3例粘膜破裂,均经上述处理,术后恢复顺利,无食管瘘发生。④本组病例均采用经腹入路,即可以采用气管插管静脉复合麻醉,亦可采用持续硬膜外麻醉,采用持续硬膜外麻醉亦能达到良好的麻醉效果。

参考文献:

[1] Hunt D R, Wills V L, Weis B, *et al*. Management of esophageal perforation after pneumatic dilation for achalasia[J]. J Gastrointest Surg, 2000, 4(4):411-415.

[2] Pasricha P J, Ravich W J, Hendrix T R, *et al*. Intrasphincteric botulinum toxin for the treatment of achalasia[J]. N Engl J Med, 1995, 332(12):774-778.

[3] Pasricha P J, Rai R, Ravich W J, *et al*. Botulinum toxin for achalasia: lone-term outcome and predictor of respones[J]. Gastroenterolgy, 1996, 110(5):1 410-1 415.

[4] 蒋耀光. 食管失驰缓症[J]. 重庆医药, 1998, 18(1):46.

[5] Richter J E. Comparison and cost analysis of different treatment strategies in achalasia[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2001, 11(2):359-370.

[6] Wills V L, Hunt D R. Functional outcome after Heller myotomy and fundoplication for achalasia[J]. J Gastrointest Surg, 2001, 5(4):408-413.

[7] Jordan P H Jr. Longterm results of esophageal myotomy for achalasia[J]. J Am Coll Surg, 2001, 193(2):137-145.

[8] Richards W O, Sharp K W, Holzman M D. An antireflux procedure should not routinely be added to a Heller myotomy[J]. J Gastrointest Surg, 2001, 5(1):13-16.

(编辑 郭建秀)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)06-0530-01

Ⅲ期上皮性卵巢癌58例临床分析

A clinical analysis of 58 cases of Ⅲ epithelial ovarian cancer

许 红,王中弥,左 馨 (云南省昆明市第一人民医院妇产科,昆明 650011)

上皮性卵巢癌(Epithelial ovarian cancer, EOC)是最常见的原发性卵巢恶性肿瘤,发现时多为晚期,预后差。近年来,随着对癌细胞减灭术的认识和技术上的提高以及铂类为主的联合化疗的广泛运用,5年生存率有所提高,有30%左右[1,2]。回顾近15年诊治的卵巢恶性肿瘤,将资料完整且随访的Ⅲ期上皮性卵巢癌病例的治疗及预后因素总结如下。

1 临床资料

58例上皮性卵巢癌选自经手术治疗,有病理组织学分型且获得随访的病例,按国际妇产科联盟1988年原发性卵巢癌的分期标准[3],其中组织学分型,浆液性腺癌25例,粘液性腺癌6例,子宫内膜样癌9例,透明细胞癌4例,混合性癌及其他14例。

58例术中残留癌灶<1 cm 38例,>1 cm 20例。术后行CAP或CP方案化疗52例,未行化疗6例,8例化疗少于4疗程,41例为6~10疗程。其中18例术前行3~4疗程化疗,治疗前后有腹水者34例,无腹水者24例,有2例治疗后腹水得到控制。

按随访情况计算1~5年生存率,对残留癌灶大小、腹水情况、辅助化疗情况以及组织学类型进行预后分析。

统计学方法:采用χ^2检验。

2 结果

58例Ⅲ期上皮性卵巢癌经治疗后5年生存率为20.69%。残留癌灶<1 cm,5年生存率为28.95%,明显高于残留癌灶>1 cm组。化疗(以铂类为主的联合化疗)明显提高5年生存率,且配合术前化疗与单行手术治疗生存率有明显差别,分别为27.78%,0%。有难治性腹水的5年生存率低,为4.55%,可控制腹水的5年生存率为33.33%,无腹水者5年生存率为29.17%。组织学分型中以透明细胞癌预后最差,5年生存率为0%。粘液性癌最好,为50%。

3 讨论

本组资料显示Ⅲ期EOC癌细胞减量术后残留癌灶<1 cm者生存率提高,5年为28.95%。但较同类文献[2,4]报道稍低,可能系术者对残留癌灶大小判断有差异或病例数量相对少以及组织学分型不同,腹水情况,年龄,原发肿瘤大小,子宫肌层受侵深度等相关因素影响。

作者简介:许 红(1966-),女,云南省昆明市人,主治医师,主要从事妇科肿瘤方面的研究,发表论文5篇。电话:(0871)3178841

收稿日期:2001-11-12;修回日期:2002-03-23

(下转533页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net