

经胃镜行气囊扩张术治疗贲门失弛缓症 18 例临床分析

陆海英, 谭凤康, 马 昭

作者单位: 532700 广西, 隆安县人民医院内三科

作者简介: 陆海英(1971-), 女, 大学专科, 副主任医师, 研究方向: 消化内科疾病的诊治及消化内镜的检查和治疗。E-mail: Lhaiyingz@yahoo.com.cn

[摘要] **目的** 探讨经胃镜行气囊扩张术治疗贲门失弛缓症的疗效。**方法** 对 18 例贲门失弛缓症患者行胃镜直视下应用气囊扩张器行扩张术治疗, 术后行胃镜或 X 线检查以评价疗效。**结果** 18 例患者均获一次性扩张成功, 扩张显效 18 例(100.0%), 无效 0 例。无穿孔、大出血等并发症发生。**结论** 经胃镜引导下气囊扩张术是有效治疗贲门失弛缓症的非外科手术方法。

[关键词] 贲门失弛缓症; 气囊扩张术

[中图分类号] R 573.7 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)04-0348-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.04.24

Endoscopic balloon dilatation in the treatment of achalasia: Clinical analysis of 18 cases LU Hai-ying, TAN Feng-kang, MA Zhao. Department of Gastroenterology, Longan People's Hospital, Guangxi 532700, China

[Abstract] **Objective** To explore the therapeutic effect of endoscopic balloon dilatation in the treatment of achalasia. **Methods** Eighteen patients with achalasia were treated by endoscopic balloon dilatation. After treatment repeated endoscopy or X-ray examination were performed to evaluate the effect. **Results** The marked effect were obtained in 18 patient(100.0%). No perforation, hemorrhage and other complications occurred. **Conclusion** Endoscopic balloon dilatation is an effective non-surgical operation method in the treatment of achalasia.

[Key words] Achalasia; Balloon dilatation

贲门失弛缓症是一种食管运动功能障碍性疾病, 临床主要表现为吞咽困难、胸骨后疼痛、胃食管反流等症状。治疗方法主要有药物治疗、扩张治疗、外科手术治疗, 但是外科手术治疗创伤大且并发症多。随着内镜介入诊疗技术的发展, 在内镜下行气囊扩张术治疗贲门失弛缓症被越来越多的患者所接受。2006-05~2011-12 我院采用经胃镜行气囊扩张术治疗贲门失弛缓症 18 例, 疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集本院自 2006-05~2011-12 贲门失弛缓症患者 18 例, 其中男 10 例, 女 8 例; 年龄 17~67 岁, 平均 38.5 岁。病史 6 个月~12 年, 平均 20 个月。全部病例均有吞咽困难、食物反流、胸骨后疼痛等典型症状。所有病例均经过上消化道钡餐、电子胃镜检查确诊, 并排除手术禁忌证。吞咽困难分级按 Smoller 分级^[1]。0 级: 能正常进食; I 级:

能进软食; II 级: 仅能进半流质饮食; III 级: 仅能进流质; IV 级: 完全不能进食或进水也困难。术前本组 II 级 12 例(66.7%), III 级 6 例(33.3%)。

1.2 诊断 典型症状主要有吞咽困难、食物反流、胸骨后疼痛等。X 线钡餐检查表现为钡剂在食管下括约肌部通过障碍, 远侧食管黏膜光滑, 腔变细, 食管下端狭窄呈“鸟嘴状”或线状, 食管明显扩张, 严重者呈乙状结肠样弯曲, 大量食物及黏液滞留, 可有液平面。内镜检查主要表现为食管扩张, 或弯曲变形, 腔内见大量的食物及黏液残留, 进镜有阻力, 食管黏膜光滑。

1.3 器械 Olympus 公司 GIF-V70 电子胃镜; 气囊导管食管狭窄扩张器及配套压力泵。

1.4 治疗方法 手术前检查出凝血时间及心电图, 禁食、禁水 12 h, 术前患者常规行咽喉部表面麻醉, 肌注阿托品 0.5 mg、地西泮 10 mg、度冷丁 50 mg。

常规内镜检查,吸净食管内潴留液,了解食管贲门口的紧张度及排除食管-贲门-胃底恶性肿瘤,通过胃镜活检孔插入导丝至胃内,保留导丝,并将胃镜退至食管腔,退出胃镜,将扩张气囊头端涂上适量润滑油,在导丝的引导下置入气囊扩张器于贲门部,在内镜直视下充气扩张气囊,压力为 100 ~ 150 kPa,每次扩张维持 3 min,放气 3 min,再次充气,反复 3 次,退出扩张气囊及导丝。再次进镜观察,胃镜下可见贲门明显扩张,黏膜见有纵行的撕裂口,表面有少许血迹。术后禁食 24 h,常规制酸、补液等治疗。若无不适,可进食流质食物,持续 2 d 后逐渐向半流质软食过渡。3 d 后复查上消化道 X 线钡餐造影。

1.5 疗效判定标准 根据贲门口直径增加与自觉症状改善情况分为:(1)显效:贲门口直径增加 20 ~ 25 mm,临床症状消失,无吞咽困难或吞咽困难程度减轻 2 级。(2)有效:贲门口直径增加 10 ~ 20 mm,吞咽困难程度减轻 1 级。(3)无效:吞咽困难无改善或加重。术后随访观察 1 个月(近期疗效)及 1 年(远期疗效)时病人的吞咽困难改善情况。

2 结果

2.1 疗效 本组 18 例患者均获一次性扩张成功,扩张显效 18 例(100.0%),无效 0 例,近期疗效满意;随访观察 1 年(远期疗法)无症状复发。

2.2 并发症 本组 18 例患者扩张时均有不同程度的胸骨后疼痛,但均能忍受;未发生食管穿孔、上消化道大出血等严重并发症。

3 讨论

3.1 贲门失弛缓症是相对少见的疾病,其病因及机制尚不十分清楚,可能与病毒感染、基因遗传有关。临床主要表现为吞咽困难、呕吐和反流等症状。目前临床上治疗的方法较多,主要是针对降低下食管

括约肌(low esophageal sphincter,LES)压力,不同程度地解除 LES 松弛障碍,包括药物治疗、内镜下食管下括约肌肉毒毒素注射治疗、气囊扩张治疗、胸腔镜或腹腔镜下食管贲门肌切开或加胃底折叠治疗^[2]。本组 18 例根据临床表现结合钡餐检查、内镜下观察确诊为原发性贲门失弛缓症。我们采用经胃镜直视下插入气囊扩张治疗贲门失弛缓症,均获一次性扩张成功,1 年内未有重复扩张者。治疗过程中,均有不同程度的胸骨后疼痛,但均能忍受,并可自行缓解,术中食管黏膜均有撕裂伤出血,可自止。

3.2 我们的体会是:(1)提高疗效的关键因素:气囊扩张术治疗贲门失弛缓症是利用气囊扩张 LES 区,使其部分环肌纤维断裂,LES 压力下降,部分或全部纠正 LES 松弛障碍,改善食管排空,从而缓解症状,因而选择适当的气囊是治疗成功的重要因素,治疗过程中应注意充气时气囊中部应始终位于贲门口,患者均有不同程度的胸痛出现,但一般能忍受。(2)并发症及其原因:气囊扩张术所致的并发症常见于出血及穿孔,而穿孔为严重并发症,首次注气过快、加压过高可能为穿孔的原因之一。(3)扩张结束后应再次行胃镜检查,观察贲门扩张情况,并注意局部有无出血、穿孔等并发症。

综上所述,经胃镜行气囊扩张术治疗贲门失弛缓症操作简便、创伤小、成功率高、安全性好,且并发症少,值得临床推广应用。

参考文献

1 刘志坚,朱 萱,喻国花,等. 内镜下扩张治疗复杂型上消化道狭窄 34 例报告[J]. 中国内镜杂志,2007,13(5):467.
2 吴 骏,孙 林,杨海平,等. 改良 Heller 手术附加胃底折叠术治疗贲门失弛缓症 55 例疗效观察[J]. 中国医药,2007,2(7):417.
[收稿日期 2012-01-06][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

《中国临床新医学》杂志会员入会登记表
(复印填写后寄回本刊)

姓 名		性 别		出生年月		职 务	
职 称		学 位		专 业			
单 位				地 址			
电 话		E-mail				邮 编	