

## • 病例报告 •

## 巨大膈上食管憩室合并贲门失弛缓症 1 例

罗经文 成俊玲 刘志新 范文斌 陈开林 古琳 金黎 潘中芹

【关键词】 食管憩室； 贲门失弛缓症； 胃镜

食管憩室是指与食管腔相连的覆盖有上皮的囊袋状突出。按发病部位可分为咽食管憩室、食管中段憩室和膈上食管憩室。贲门失弛缓症是一种食管括约肌放松和蠕动功能障碍性疾病，膈上巨大食管憩室合并贲门失弛缓症罕见，仅有少量个案文献报道，故将本例诊疗过程报告如下。

## 病例资料

患者：男性，55 岁。因间断呕吐不适 3 年余于 2018 年 5 月 18 日收入院。患者于 3 年前无明显诱因开始出现进食时吞咽哽噎感伴呕吐，呕吐后哽噎感明显缓解，口臭明显，偶有反酸烧心感，无胸骨后疼痛，未予检查治疗。门诊行胃镜检查提示：①食管巨大憩室；②胃潴留。患者 3 个月体重下降 5 kg。既往 3 个月前在当地医院行胃穿孔修补术，2 年前右侧腹股沟斜疝修补术。有饮酒史 30 余年，每日 150 ml 白酒。体格检查：神清，无贫血貌，全身皮肤、巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，口唇无发绀，颈软，胸廓无畸形，心肺查体无阳性体征。腹平，左侧腹部见纵形探查切口手术瘢痕，腹软，全腹无压痛，无反跳痛，肝脾肋下未触及，莫菲征阴性，肝肾区叩痛阴性。右侧腹股沟区见手术瘢痕，双下肢无水肿。入院检查：血尿粪常规正常。肝功能提示白蛋白水平 38.9 g/L，血常规检查：白细胞计数  $2.4 \times 10^9/L$ ，红细胞计数  $3.82 \times 10^9/L$ ，血红蛋白浓度 115 g/L。胃镜检查：距门齿约 37 cm 处可见一巨大憩室形成，憩室底部可见食物残渣潴留，边缘

可见水肿及轻微渗血，食管可见大量食物残留(图 1)。胸部 CT 扫描(图 2)示：食管明显扩张迂曲，食管下段可见类圆形囊腔与食管相通，诊断膈上食管憩室，测得食管直径 5 cm，憩室大小 10 cm×7 cm，憩室入口 4 cm，由消化内科胃镜导引下行食管测压，食管下括约肌(lower esophageal sphincter, LES)静息压力 50.5 mmHg，综合松弛压(integrated relaxation pressure, IRP)平均值(28.9 mmHg)大于 15 mmHg，食管体部全部吞咽均为无效蠕动。诊断贲门失弛缓症 I 型。术前禁食，辅予深静脉营养支持，5 月 29 日全麻双腔气管插管行膈上食管巨大憩室切除、肌层切开、胃底折叠术(Belsey Mark IV)，患者麻醉成功后，经左后外侧第 8 肋间切口进胸。术中探查见(图 3)：食管憩室位于食管下段膈上约 4 cm 处，憩室入口直径约 4 cm，憩室大小约 10 cm×8 cm，憩室囊壁上界达下肺静脉水平，下界及膈肌、囊以上食管扩张明显，直径约 5 cm，憩室与右侧纵隔胸膜及右肺粘连致密，游离近贲门处食管，软的橡皮导尿管环绕并牵拉食管，注意保护双侧迷走神经及食管滋养血管，小心完全游离憩室后，将憩室囊牵引食管反转 180 度角，自憩室环约 0.5 cm 处在一个 60 mm×4.8 mm 及一个 60 mm×3.5 mm 腹腔镜(美国柯惠)下用一次性切割缝合器切除憩室送检，冰冻病理报告切缘未见恶变，间断缝合切缘肌层，回复食管，将缝合线对侧肌层切开至贲门括约肌，使黏膜层膨出。游离贲门及部分胃底，行 Belsey Mark IV 式胃底折叠缝合。将食管归位，食管床胸膜间断缝合。置腋后线第 9 肋间引流管一根。



图 1 胃镜检查显示距门齿 37 cm 处见一巨大憩室(箭头所示)，见食物残渣潴留，边缘水肿、渗血，食管可见大量食物残留

DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-8773.2019.04.13

作者单位：518052 广东医科大学附属深圳南山医院胸外科

通信作者：成俊玲，Email:luo21@21cn.com

术后第 2 天发现右侧胸腔积液, 给予置管引流, 引出 350 ml 血性液体, 左侧 40 ml; 第 6 天通过胃管鼻饲; 第 7 天复查胸部 CT 及胸部 X 线食道造影(图 4), 未见造影剂残留食管; 第 10 天经口进流质饮食, 顺畅, 无反流; 第 13 天半流

饮食, 痊愈出院。病理报告为囊状组织, 有水肿、出血灶, 囊壁内衬鳞状上皮, 部分黏膜下肌层变薄或者缺失, 符合食管憩室。嘱其半流饮食逐渐过渡到软食, 随访 7 个月, 无不适, 复查 CT、胃镜食管管腔明显变小, 食管蠕动良好(图 5、6)。

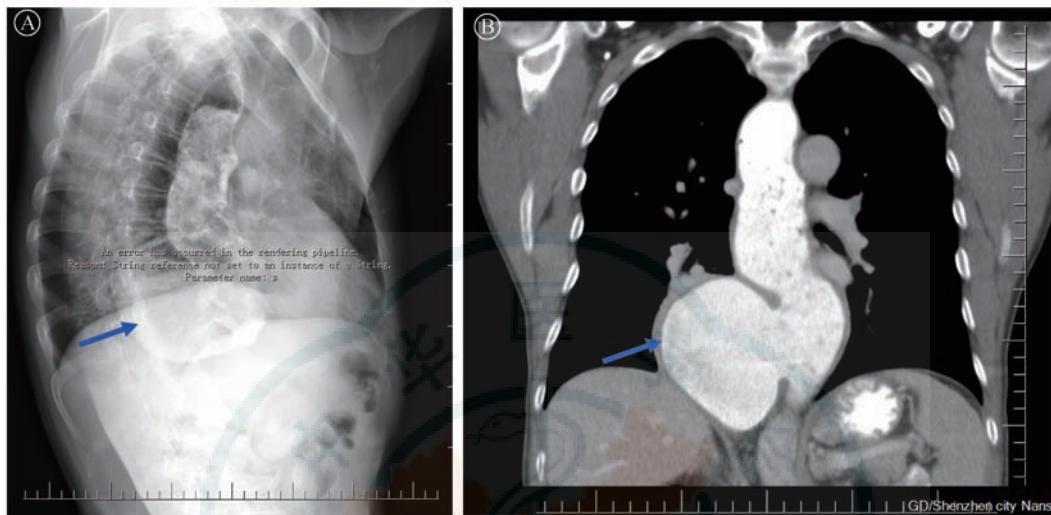


图 2 术前食管造影见巨大憩室(箭头所示)及食管扩张迂曲。A. X 线检查, B. CT 检查

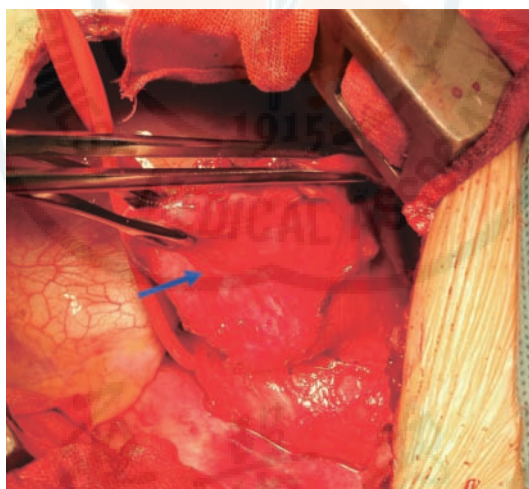


图 3 术中所见巨大食管憩室(箭头所示)

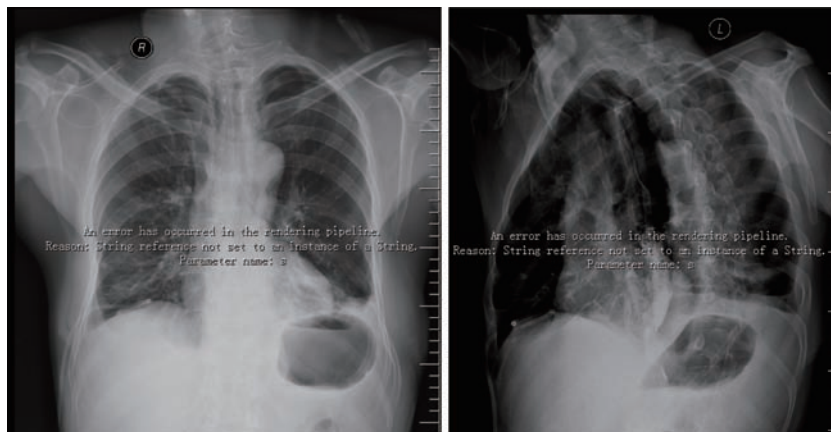


图 4 术后第 7 天食管泛影葡胺 X 线造影: 食管无造影剂残留

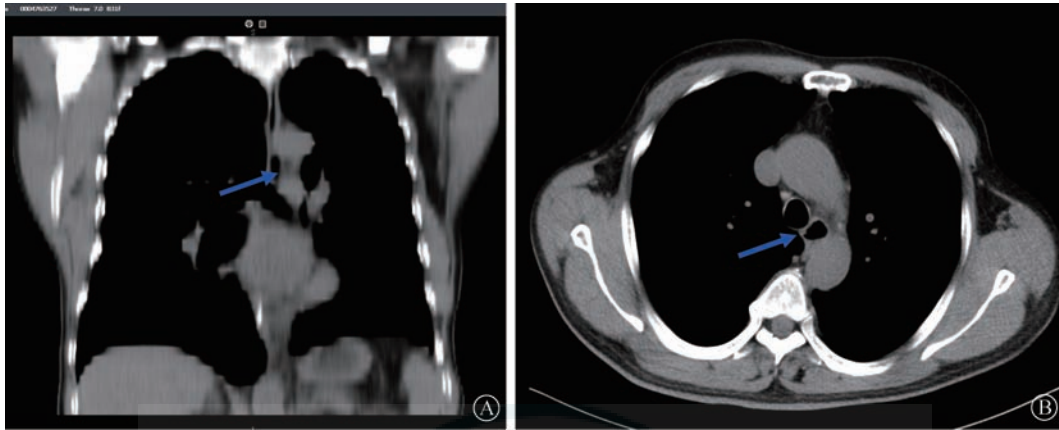


图 5 术后 7 个月 CT 见食管腔较前明显变小(箭头所示)

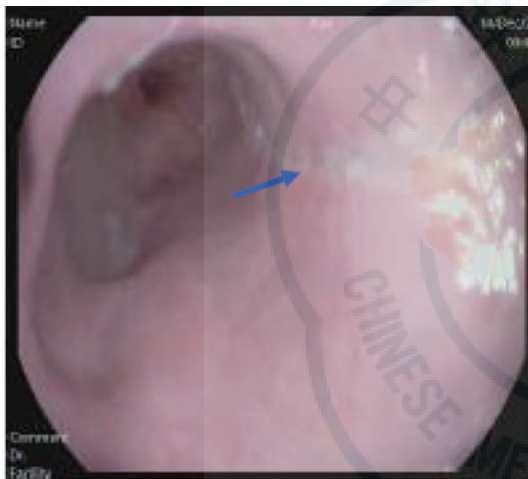


图 6 术后 7 个月胃镜见条索状溃疡愈合面(原憩室切缘, 箭头所示), 食管蠕动良好

### 讨 论

膈上食管憩室是一种食管下端位于贲门上方 4~10 cm 处的疾病, 约占所有食管憩室的 10%。这是一种由食管原发性运动功能障碍引起的疾病<sup>[1]</sup>。大多数患者无症状。有症状者有严重吞咽困难、呕吐、胃食管反流、口臭、体重减轻、心律失常和反复发作的吸入性肺炎等表现, 局部反复感染可引起食管气管瘘<sup>[2]</sup>及癌变<sup>[3]</sup>。本例膈上巨大食管憩室同时合并贲门失弛缓症, 文献报道二者互为因果关系, 常常并存<sup>[4-5]</sup>。贲门失弛缓症容易漏诊, 虽然食管吞钡造影发现食管贲门鸟嘴状改变是典型征象, 但合并膈上巨大食管憩室时并不典型, 食管测压是诊断贲门失弛缓症的主要手段, 且有助于分型, 贲门失弛缓症的治疗包括内科药物治疗, 内镜下球囊扩张, 镜下注射肉毒素以及内镜下微波切开及硬化剂注射治疗, 贲门肌层切开术(Heller 手术)仍是目前最常用的术式。有经口内镜下肌切开术(peroral endoscopic myotomy, POEM), 可经胸或经腹手术, 也可在胸腔镜或者腹腔镜下完

成。为防止反流性食管炎, 因而附加抗反流手术, 如胃底包绕食管末端 360 度(Nissen 手术)、270 度(Belsey 手术)、180 度(Hill 手术)或将胃底缝合在食管腹段和前壁(Dor 手术)。憩室的处理方式有单纯憩室切除缝合、内翻转缝合和食管切除<sup>[6]</sup>。文献<sup>[7]</sup>报道一例 70 岁女性患者膈上巨大食管憩室, 食管测压提示存在贲门失弛缓症, 先腹腔镜下进行 Heller 手术和 Dor 手术, 但因憩室巨大、位置高而未能切除; 6 周后胸腔镜下进行憩室切除, 术后第 5 天出现食管憩室切缘处瘘, 经植入支架封堵后痊愈。同样, 本例患者食管憩室巨大且合并贲门失弛缓症, 二者均需要治疗, 憩室切除和肌层切开以及抗反流手术必须进行, 考虑患者有胃穿孔、腹膜炎胃修补手术史, 腹腔粘连, 食管切除胃代食管有一定的难度, 且食管大部分扩张明显, 游离食管、吻合难度大, 吻合口瘘发生率高, 食管测压提示全食管不蠕动, 术后反流机会大。I 型贲门失弛缓症行 POEM 效果欠佳<sup>[8-9]</sup>, 故此我们选择了左进胸开放的食管憩室切除、肌层切开(Heller 手术)、胃底折叠术(Belsey Mark IV), 术中游离食管及憩室时保留了食管主要的滋养血管, 保护迷走神经不受损伤, 采用切割缝合器离断憩室, 充分地肌层切开, 并 Belsey Mark IV 术式抗反流, 是患者未出现食管瘘、梗阻、反流等并发症的技术基础。且手术一期完成, 优于胸腹腔镜联合手术。

巨大的憩室常突向右侧胸腔, 左胸切口游离时术野暴露较差, 注意勿损伤右侧脏器。本例憩室入口较宽, 且食管壁增粗, 遂使用的切割缝合器为一个 60 mm 的紫钉和一个 45 mm 蓝钉, 保证了切缘无张力, 食管肌层及外膜间断缝合, 因食管切缘朝向右侧, 术后应注意右侧有无血气胸情况, 及时引流处理。术后禁食, 深静脉的营养支持使患者得以顺利恢复。

### 参 考 文 献

1 Tedesco P, Fisichella PM, Way LW, et al. Cause and treatment of epiphrenic diverticula[J]. Am J Surg, 2005, 190(6):891-894.

- 2 郝曙光,孙益峰,杨煜,等.继发于食管憩室的食管-气管/支气管瘘的外科治疗[J/CD].中华胸部外科电子杂志,2017,4(1):61-66.
- 3 李桂民,刘雷,姜红春.食管憩室伴发食管癌 13 例[J].新乡医学院学报,2008,25(1):83-84.
- 4 岳兰萍,刘铭珍,刘兴山.巨大膈上食管憩室 1 例报告[J].山东医药,2010,50(9):106.
- 5 郑卫,潘君灏,林樱,等.贲门失弛缓症合并巨大食管憩室 1 例[J].福建医药杂志,2010,32(3):179-180.
- 6 Varghese TK, Jr, Marshall B, et al. Surgical treatment of epiphrenic diverticula: a 30-year experience [J]. Ann Thorac Surg, 2007, 84(6):1801-1809.
- 7 Ajay H. Bhandarwar, Pravin N, et al. Large epiphrenic diverticula: a rare case presentation[J]. Clin Pract, 2015, 5(4): 784.
- 8 Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Carlson DA, et al. Advances in management of esophageal motility disorders [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2018,16(11):1692-1700.
- 9 李惠凯,令狐恩强,卢忠生,等.贲门失弛缓症的 Ling 分型对经口内镜下肌切开手术成功率的影响[J].中华胃肠内镜电子杂志,2014(1):17-19.

(收稿日期:2019-07-24)

(本文编辑:周珠凤)

罗经文,成俊玲,刘志新,等.巨大膈上食管憩室合并贲门失弛缓症 1 例[J].中华胸部外科电子杂志,2019,6(4):270-273.

