

## 贲门失弛缓症的球囊导管扩张术

孙兴旺 王秀英 薛春华 王晓琰 于学林 陶 冉 潘新元

贲门失弛缓症是引起吞咽困难的主要原因之一,严重影响病人的营养摄入,直至危及生命,外科治疗创伤大或因其它疾病为手术禁忌证,而且术后并发症也较多。球囊扩张是一种简单易行,安全有效的治疗方法,现将我们于 1994,6 ~ 1995,12 治疗 15 例予以报告,并就有关的问题进行讨论。

### 材料和方法

本组男 10 例,女 5 例,年龄 8 ~ 65 岁,平均 33 岁,病程最长 30 年,最短 4 个月,平均 5.8 年。临床主要症状为吞咽困难,间歇性胸骨后疼痛,体重减轻。

选用美国波士顿公司生产的 microvasiv F14 球囊导管,球囊直径为 3cm、长 6cm,承受最大压力为 20psi,术前禁食禁水 6 小时,肌注 654-2 20mg,1%地卡因咽部喷雾麻醉,10 分钟后在遥控胃肠机电视监视下,将 260cm 长的超硬导丝送入鼻饲管内,并在其前端涂上液体石蜡油,而后将饲管连同导丝自口腔经会厌进入食管,拔出鼻饲管再将导丝缓慢送入胃内,而后沿导丝将球囊导管送入贲门部,用 38% 泛影葡胺约 50ml 缓慢注入球囊内,使其膨胀寻找贲门最狭窄部位并调整球囊的位置,使球囊的中部位于狭窄处,当球囊膨胀呈“哑铃”状病人无疼痛时,可继续注入造影剂直至球囊切迹消失;如病人疼痛难忍可降低球囊压力,同时将球囊退回贲门上方,经导管注入 1%地卡因 10ml 局部麻醉,以减轻疼痛然后再次扩张,球囊压力一般维持 18 ~ 20psi,每次扩张持续 10 分钟,间隔 5 分钟,共扩张 3 次。

### 结 果

术后即时和 7 天后复查食管造影观察食管贲门扩张效果,用冷开水配制稀硫酸钡 60ml 一次咽下,摄食管左、右前斜位及正位,测量食管、贲门扩张度并与术前片进行对照。(图 1 ~ 3)

附表:15 例球囊扩张前后贲门、食管扩张度( $\bar{X} \pm S$ )

	扩张前(cm)	扩张后(cm)	P
贲门	0.286 ± 0.074	0.493 ± 0.139	< 0.001
食管	4.266 ± 1.288	3.001 ± 0.754	< 0.001

临床治疗分为优、良、无效三种;优:能进普食,恢复正常生活和工作,体重增加;良:能进普食,但进食稍缓慢,不需要继续治疗;无效:经扩张后仍有吞咽困难,需要继续治疗。随访结果优 12 例,良 3 例,无效:无。随访 1 年以上 10 例,6 个月以上 3 例,2 例随访 3 个月;无返流性食管炎,食管裂孔疝等并发症。

### 讨 论

贲门失弛缓症是指吞咽时食管体部无蠕动,贲门括约肌弛缓不良的一种疾病,确切病因及发病机理仍不明确,而病理上食管下端贲门部并无器质性狭窄,但发现贲门及食管下端肌层奥氏神经丛的神经节细胞变性,妨碍了正常神经的传递而致食管下端及贲门部不能松弛,并有肌肉肥厚,管腔变窄。

贲门失弛缓症的治疗有内科、手术及球囊扩张术,内科治疗应用抗胆碱制剂以降低括约肌张力改善食管排空功能,但在临床应用中效果不理想<sup>[1]</sup>。Heller 手术为切开食管狭窄段正中前壁,切断环行肌直达粘膜下层,分离粘膜,达到减压的目的。文献报告, Heller 手术长期有效率为 85% ~ 90%<sup>[1-2]</sup>,但手术创伤大,常

作者单位:050082 石家庄市解放军白求恩国际和平医院

有食管粘膜穿孔,返流性食管炎,食管裂孔疝及术后再狭窄的发生。本组采用球囊导管扩张术其机理为使部分贲门括约肌断裂,使贲门张力降低,经扩张前后贲门宽度的测量,扩张后的贲门扩张宽度比扩张前有明显增加。球囊扩张创

伤小、安全可靠。本组 15 例无 1 例发生返流性食管炎和食管裂孔疝,与 Csendes 报告<sup>[3]</sup>扩张所致返流性食管炎比手术明显降低相一致。值得指出的是我们的病例还少,随访时间还较短,有待大宗病例及长期随访观察。

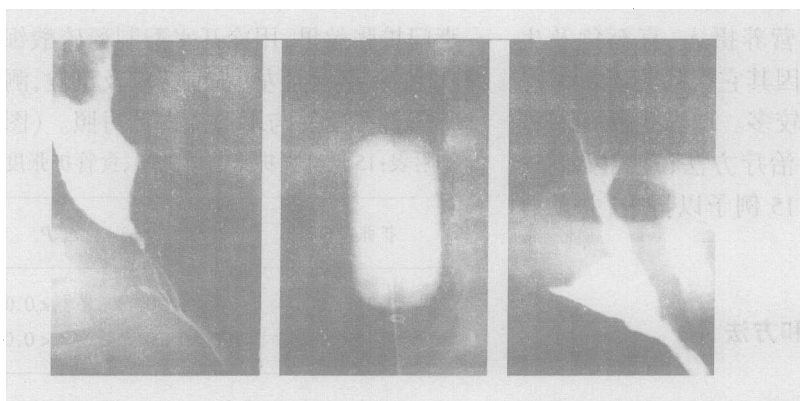


图 1 男 25 岁。吞咽困难、呕吐 3 年,加重 1 个月。扩张前钡餐食管 X 线片。图 2 病例同图 1。3cm 球囊扩张治疗中 X 线片。图 3 病例同图 1。扩张后钡餐食管 X 线片。

根据本组治疗的经验,我们的体会是:1. 导丝能否通过贲门狭窄段是成功的关键,所以操作时手法要轻柔、耐心转动导丝方向,寻找机会使其进入胃内;2. 使用直径 3cm 球囊导管,并使其充分扩张,维持一定压力才能达到部分贲门括约肌断裂,降低贲门张力的作用。王长龙等报告<sup>[4]</sup>球囊扩张治疗贲门失弛缓症未获得理想的临床效果,考虑可能与使用的球囊直径大小等有关。

#### 参考文献

1. 黄孝迈主编. 现代胸外科学·第 1 版. 北京:人民军医出版社出版,1991.196.
2. O'Sullivan GC. Esophageal motility disorders. in Hennessy TPJ, Cuschieri A. Surgery of the esophagus. London: Bailliere Tindall. 1986,130.
3. Csendes A. et al. A prospective randomized study comparing forceful dilatation and esophagomyotomy in patients with achalasia of the esophagus. Gastroenterology, 1981, 80: 789.
4. 王长龙,等. 带囊导管扩张术治疗食管狭窄及胃肠吻合口狭窄. 中华放射学杂志,1987,21:28.

## 双侧输卵管不通介入治疗的体会

王慧民 沈 阳 张青田

我院 DSA 室自 1995 年 11 月至 1996 年 10 月共进行了 5 例输卵管通术,效果满意。现报告如下。

#### 材料及方法

我室选用器材全部是经过介入治疗曾应用过的导管、导丝和导管鞘。经过剪修、塑形,把

作者单位:830002 新疆生产建设兵团医院