

• 病例报告 •

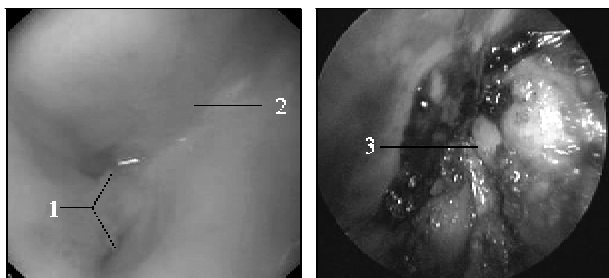
电子胃镜胸腔镜联合治疗婴幼儿食管狭窄 1 例

孔赤寰 李 龙 张 军 吴 涛 陈兴海

随着医疗技术的发展,双镜或三镜联合手术的方式在逐渐推广。首都儿科研究所附属儿童医院联合应用电子胃镜与胸腔镜治疗食管狭窄患儿 1 例获成功,现报告如下:

患儿男,1 岁 4 个月,体重 10 kg,半年前吞嚥纽扣电池卡在食道中段并停滞 4 个月,后经当地胃镜治疗取出电池,但近半个月出现吞咽困难渐加重,并有呛咳,体重不增等表现。辅助检查:使用稀释泛影葡胺造影显示狭窄段近端食管扩张,远端食管仅有少量造影剂显影,且通过缓慢,狭窄段未见明确通道,狭窄段长约 0.5 cm。胃镜检查于进镜距门齿 13 cm 处见食道管盲端,中央仅有两处凹陷(图 1),注气及导丝反复探查无明确开口且不能通过。即行电子胃镜、胸腔镜联合食管狭窄切除吻合术。

采取气管插管下全身麻醉,患儿取左侧卧位。电子胃镜和胸腔镜各自进镜。在胸腔镜探查和游离食管时,胃镜经口进镜,直达食管狭窄端,胃镜可见胸腔镜白色光照透亮区域(图 1);胸腔镜也利用电子胃镜的高频彩色光源的闪动,以及头端上下左右的摆动,迅速确定盲端的位置(图 2),进行食管狭窄的切除吻合手术。吻合后胸腔镜引导放置胸腔闭式引流,胃镜确认吻合口的宽度约 5 mm 并引导 12 号胃管的置入。食管狭窄段的切除吻合用时 20 min,电子胃镜食管内停留时间少于 10 min。



注:1,为凹陷隐窝;2,为胸腔镜白色光源;3,为胃镜彩色高频闪动光源

图 1 胃镜可见食管盲端和胸腔镜白色光源

图 2 胸腔镜可见电子胃镜彩色光源

讨论 婴幼儿误食导致食管烧伤狭窄的报道时有出现,早期往往通过各种扩张方法得到缓解和治愈。然而延误扩张或病情较重的患儿只能通过手术治疗。由于婴幼儿不能

配合,同时考虑到家长的顾虑,尽量争取在一次麻醉下完成确诊和手术治疗,是小儿外科医生应关注的问题之一。

本例有异物停滞导致化学烧伤长达 4 个月病史,吞咽困难加重半个月,每喂必吐(包括水、奶);术前造影显示狭窄段未见明确通道,造影剂仅有少量到达食管远端,且显影缓慢,狭窄段较宽。考虑食管极度狭窄或狭窄段变形的可能性较大,有手术切除狭窄吻合的可能;然而最后诊断只有在胃镜检查或导丝探查狭窄段是否有通路或能否通过时才能确认。考虑到幼儿不配合及家长对麻醉、手术的顾虑,胃镜检查之前向家长谈及有手术的可能,因此在全麻插管胃镜下导丝多次探查出现反折而均未见开口的情况下,确定无法进行扩张治疗,遂联合胸腔镜实施食管狭窄切除吻合术。

食管烧伤后狭窄的手术方法是根据狭窄段的长度和严重程度而选择不同的方法,但总的趋向是损伤小,恢复快,且趋向自然孔道内镜外科(NOTES)发展^[1]。本例患儿已 1 岁 4 个月,食管正常发育,肌层较新生儿期明显发达,且在术中可见肌层少量瘢痕,同时由于使用胸腔镜实施微创手术,缺乏对食管的手感,因此最初单纯用胃管探查指引狭窄段或盲端是比较困难和不准确的。术前造影显示狭窄端位于第 2、3 胸椎水平,后改用胃镜进镜 13 cm 即达盲端,提示狭窄位置较高,且手术区域更加狭小。胃镜通过自然孔道不仅有一定韧性,还能按照指定方向上下左右全方位摆动,甚至可以把食管上翘以提示狭窄段。与胸腔镜联合实施手术可以达到快速准确定位,减少食管游离的长度。另外,胸腔镜手术减少了组织损伤保留了奇静脉,避免了传统婴幼儿右侧开胸手术结扎切断奇静脉引起的副损伤,保证了原有组织器官的完好。有文献报道采用腹腔镜与胃镜联合手术治疗食管狭窄^[2],其优点是:通过胃镜寻找狭窄环,辅助腹腔镜完全切开,切开后胃镜证实狭窄环消失,可确保手术效果。胃镜在本例术中不仅有狭窄段准确定位的作用,同时也确保了术后通过吻合口胃管的放置。另外,食管吻合后胸腔内局部冲洗吻合口时,胃镜可充气以确定有无吻合口漏,更加确保手术效果。

总之,双镜、三镜联合以及自然孔道内镜外科手术符合微创手术的要求,并且能达到更好、更准确的治疗效果,是现代外科发展的趋势所致。

参 考 文 献

- 1 王烈,张再重,王瑜. 腹腔镜与内镜联合技术在消化外科疾病诊治中的应用[J]. 临床外科杂志, 2009, 17(12): 798-800.
- 2 张忠涛,吴国聪. 腹腔镜与内镜联合治疗胃肠疾病[J]. 中华消化外科杂志, 2009, 8(5): 324-326.

doi:10.3969/j.issn.1671-6353.2011.04.037

作者单位:首都儿科研究所附属儿童医院(北京市,100020),E-mail: 本文受国家十一五科研课题“严重结构异常筛查诊断和治疗规范化方案改进的研究 2006BAI05A06”;“首都医学特色项目:腹腔镜技术治疗小儿消化道畸形及肿瘤的临床研究”资助