

咽食管憩室

李进让, 陈曦, 孙建军

(海军总医院全军耳鼻咽喉头颈外科中心, 北京 100037)

[关键词] Zenker憩室 (Zenker Diverticulum); 咽 (Pharynx)

咽食管憩室又称Zenker憩室, 系咽下缩肌斜行和横行肌纤维间软弱部位 (Killian缺陷区) 的黏膜疝出。该病虽是食管少见的良性疾病, 但多数患者症状明显, 易发生并发症, 需手术治疗。

1 病因

目前尚不完全清楚, 多数学者认为解剖上的薄弱点与本病有关。在咽与食管连接处的前部有咽下缩肌斜行肌纤维与环咽肌横行肌纤维, 但连接处的后部缺少肌纤维, 是解剖学上的薄弱间隙或缺损。这一薄弱区域在后中线的两侧, 是咽食管憩室的好发部位。由于这一薄弱区域在左侧更为明显, 因此多数发生在左侧。其形成可能与Killian缺陷区较大和环咽肌张力增强有关, 吞咽时咽腔内压升高, 食团产生的压力向各方传导, 食管黏膜自较薄弱区开始向外膨出。

2 病理

咽食管憩室多为膨出型, 憩室的囊壁缺乏正常的食管肌层, 仅由食管黏膜层和少许肌纤维的黏膜下组织构成, 其外侧通常被稀疏疏松组织围绕, 仅在憩室的颈部有部分牵起的肌肉组织。

3 易发人群

发病年龄多在50岁以上, 30岁以下者罕见。一般男性多于女性, 男女发病之比为3.5:1^[1]。

4 临床表现

初期多无症状, 或仅有轻度咽部异物感、瞬间的食物停滞感, 随着憩室的增大和不易排空, 内容物分解腐败, 症状逐渐明显, 典型表现为吞咽障碍、咽异物感、反流、口臭、误吸、复发性肺炎、营养不良或反流出未消化的食物及黏液。

5 诊断

详细询问病史及临床症状有助于诊断。确诊靠喉咽食管钡餐造影或纤维食管镜检查。喉咽食管钡餐造影显示憩室多表现为一个向外突出的半球形囊袋影, 憩室内壁一般光滑规则 (图1)。有学者根据咽食管憩室囊袋的大小分为0级



图1 喉咽食管钡餐造影见食管入口下方左侧向外突出的半球形囊袋影, 内壁光滑 (箭头所示)

(无憩室、仅有环咽肌痉挛), I级 (小憩室, <2 cm), II级 (中憩室, 2 cm~4 cm) 及III级 (大憩室, >4cm)^[2]。

6 治疗

6.1 保守治疗。憩室早期或较小时, 症状轻微或年老体弱不宜手术者, 可采取保守治疗观察, 包括饭后清水冲洗, 改变体位或颈部局部按摩可促使憩室排空, 防止食物潴留、腐败形成憩室炎。

6.2 手术治疗。咽食管憩室症状明显或巨大憩室, 特别是反复憩室炎、溃疡出血及有癌变者均应进行外科治疗。最常用的手术方法为颈侧进路憩室切除术, 文献称同时行环咽肌切开效果更佳。近年开展的内镜下手术治疗也取得了较好的效果, 方法是内镜的前端制成带有前后唇的特殊食管镜 (憩室镜), 把前唇放入食管腔, 后唇放入憩室内, 使食管憩室壁固定在两唇之间, 用两排平行的钉子钉住嵴部, 然后于两排钉子之间切开, 即憩室融合术或用CO₂激光切除嵴部^[3~6]。

7 典型病例

患者, 女, 61岁。因吞咽困难, 堵塞感7年余, 加重半年入院, 在当地医院胃镜检查诊断为咽食管憩室。近半年来出现吞咽困难加重, 需用力方能咽下食物, 严重影响进食, 并出现体重下降, 减轻约5公斤。入院后检查: 一般情况尚好, 耳鼻咽喉及颈部检查未见异常。喉咽食管造影检查显示咽食管憩室。术前常规检查无手术禁忌证, 在全麻下行左颈侧入路咽食管憩室切除术。消毒铺无菌单后, 左胸

锁乳突肌前缘做一个L形切口(图2), 切开皮肤、皮下组织、颈阔肌, 沿胸锁乳突肌前缘分离至颈鞘, 将颈部血管向外侧牵拉, 切断肩胛舌骨肌, 将甲状腺左叶向右侧牵拉, 分离切断、结扎甲状腺下动脉, 找出喉返神经保护好。分离出颈段食管, 见咽食管憩室位于近食管入口下方的左侧, 约2

cm×2 cm大小, 向外膨出(图3A), 沿憩室底部切除, 纵行缝合食管切口加固缝合(图3B)。充分止血后, 冲洗伤口, 复位甲状腺, 放置引流管, 逐层缝合切口。术后10天复查喉咽食管造影见憩室影消失(图4)。现随访半年, 症状无复发。



图2 颈左侧入路切口行憩室切除术

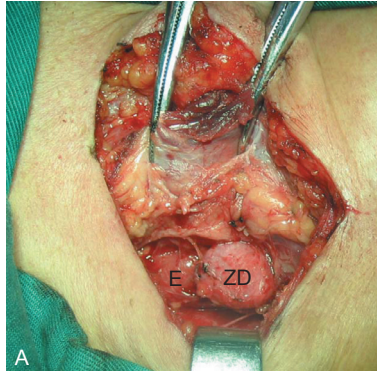


图3 A 术中所见, E颈段食管, ZD膨出的咽食管憩室; B 切除憩室, 并缝合修复后(箭头所示)

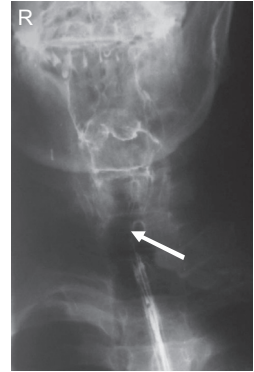
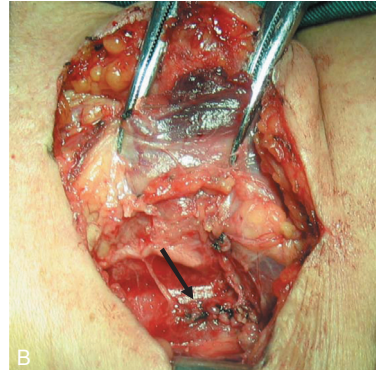


图4 术后10天喉咽食管钡餐造影示食管入口下方左侧原膨出憩室消失(箭头所示)

参考文献

1. 王福顺, 田子强, 刘俊峰, 等. 咽食管憩室的外科治疗: 6例报道及文献复习. 罕见疾病杂志, 2001, 8: 17-19.
2. Morton RP, Bartley JR. Inversion of Zenker's Diverticula: preferred option. Head Neck, 1993, 15: 253-256.
3. Narne S. Endoscopic diverticulotomy for the treatment of Zenker's diverticulum: results in 102 patients with staple-assisted endoscopy. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1999, 108: 810-815.
4. Hoffmann M, Scheunemann D, Rudert HH, et al. Zenker's diverticulotomy with the carbon dioxide laser: perioperative management and long-term results. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2003, 112: 202-205.
5. Chang CW, Burkey BB, Nettekville JL, et al. Carbon dioxide laser endoscopic diverticulotomy versus open diverticulectomy for Zenker's diverticulum. Laryngoscope, 2004, 114: 519-527.
6. Miller FR, Bartley J, Otto RA. The endoscopic management of Zenker diverticulum: CO₂ laser versus endoscopic stapling. Laryngoscope, 2006, 116: 1608-1611.

(收稿日期: 2007-08-20)

编辑 何利平 王楠