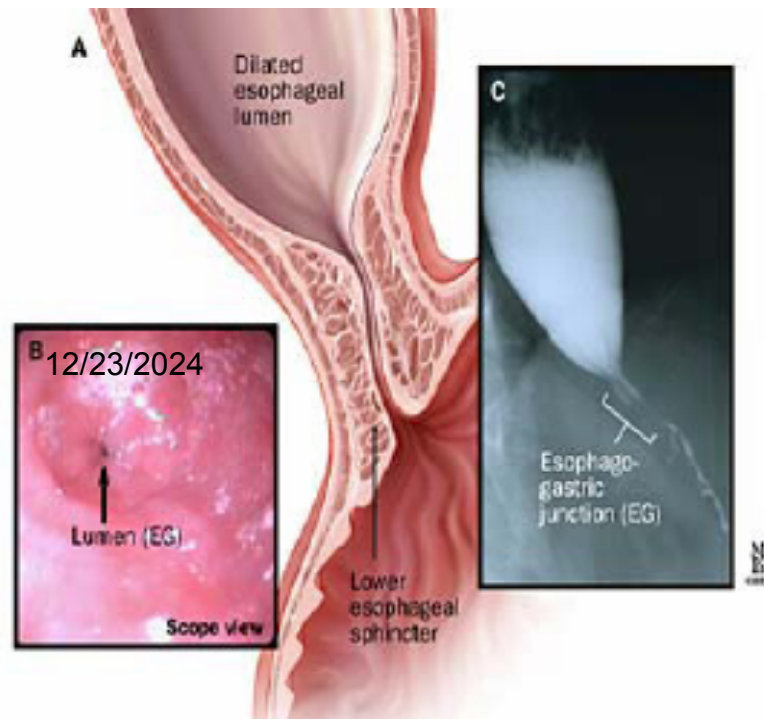


贲门失迟缓症(Esophageal Achalasia)

- 贲门失迟缓症又称贲门痉挛或巨食管
- 是由于食管胃交界部 (esophagogastric junction , EGJ)神经肌肉功能障碍所致的功能性疾病
- 是一种原发性的食管的运动功能障碍性疾病
- 特征：食管下括约肌 (LES) 张力亢进，在进食的时候不能完全松弛及食管体的蠕动停止，导致食管梗阻。



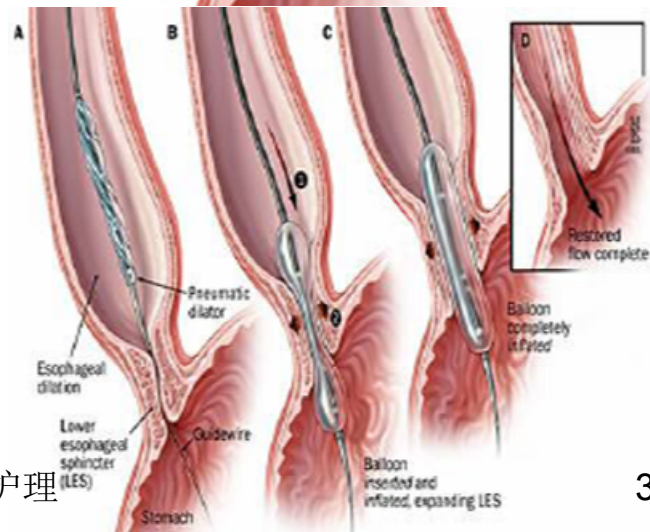
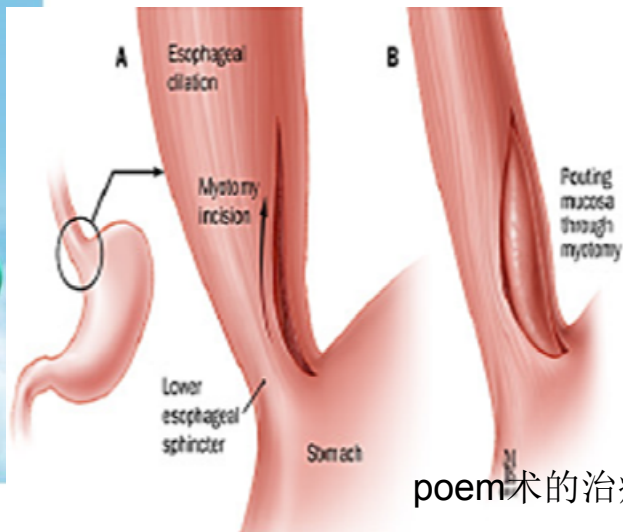
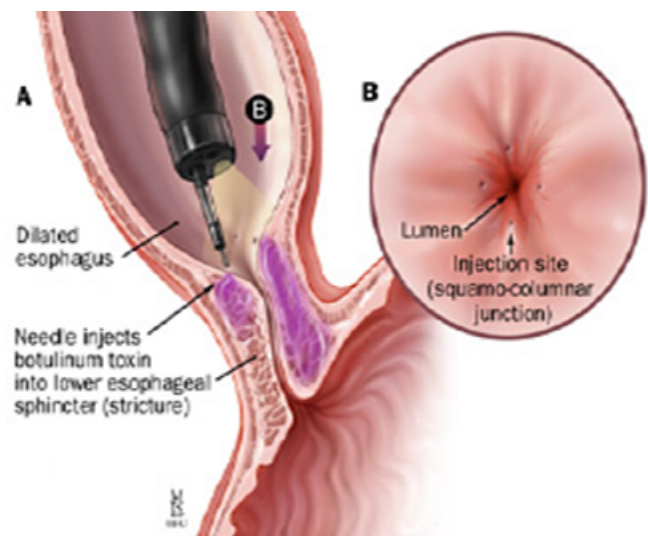
贲门失迟缓症临床表现

- 1) **吞咽困难** 无痛性咽下困难是本病最常见最早出现的症状，占80%~95%以上。
- 2) **疼痛** 约占40%~90%贲门失弛缓症的患者有疼痛的症状，性质不一，可为闷痛、灼痛、针刺痛、割痛或锥痛。
- 3) **食物反流和呕吐**
发生率可达90%，随着咽下困难的加重，食管的进一步扩张，相当量的内容物可潴留在食管内至数小时或数日之久，而在体位改变时反流出来。
- 4) **体重减轻** 体重减轻与咽下困难影响食物的摄取有关。
- 5) **出血和贫血** 常可有贫血，偶有由食管炎所致的出血。
- 6) **其他症状**：由于食管下端括约肌张力的增高，患者很少发生呃逆，乃为本病的重要特征。在后期病例，极度扩张的食管可压迫胸腔内器官而产生干咳、气急、紫绀和声音嘶哑等。



传统治疗方式

- 药物治疗
- 内镜：局部注射肉毒杆菌毒素、球囊扩张
- 外科手术：改良Heller手术



治疗贲门失迟缓症的目的

- 降低食管下括约肌压力，使食管下段松弛，从而解除功能性梗阻，使食物顺利进入胃内。



各种方法的优缺点

药物治疗

- 早期有一定疗效，后期完全无效
- 现临床很少使用

手术治疗

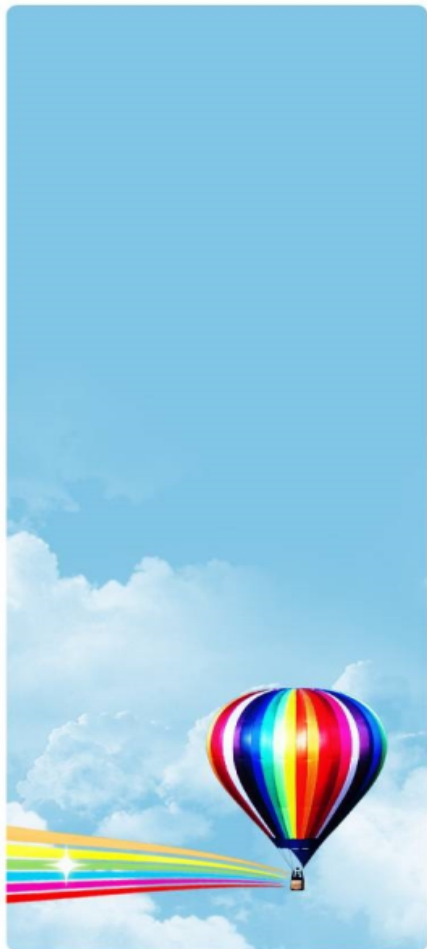
- 疗效确切
- 创伤大、并发症多、许多患者无法接受

内镜下扩张、肉毒杆菌毒素注射

- 近期疗效显著、操作简便、创伤小
- 远期复发率很高，3年内超过60%

决定疗效的关键

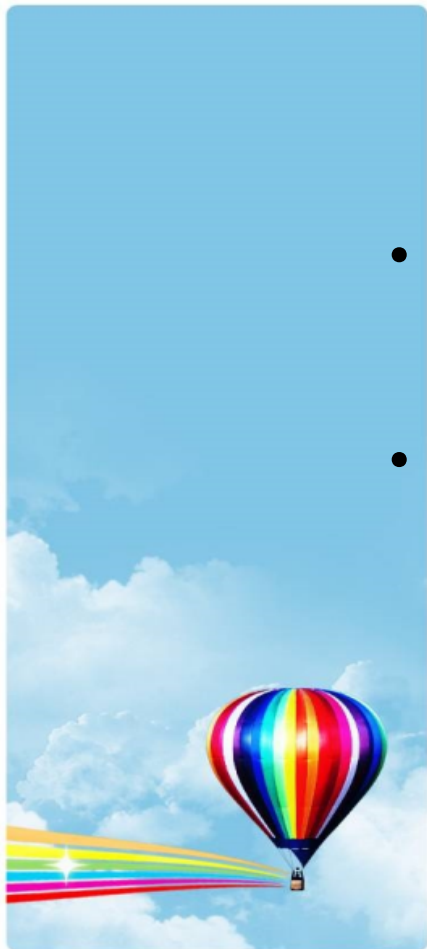
- 改善食管下括约肌的功能
- 减少手术的创伤、降低并发症



经口内镜下肌切开术

(Peroral endoscopic myotomy, POEM)

- 2008年在日本首次用于贲门失弛缓症的治疗，我国仅少数单位开始临床应用
- 是一种通过隧道内镜进行肌切开的微创新技术，在内镜下切开贲门环形肌层，最大限度地恢复食管下括约肌的功能并减少手术的并发症



POEM的操作步骤

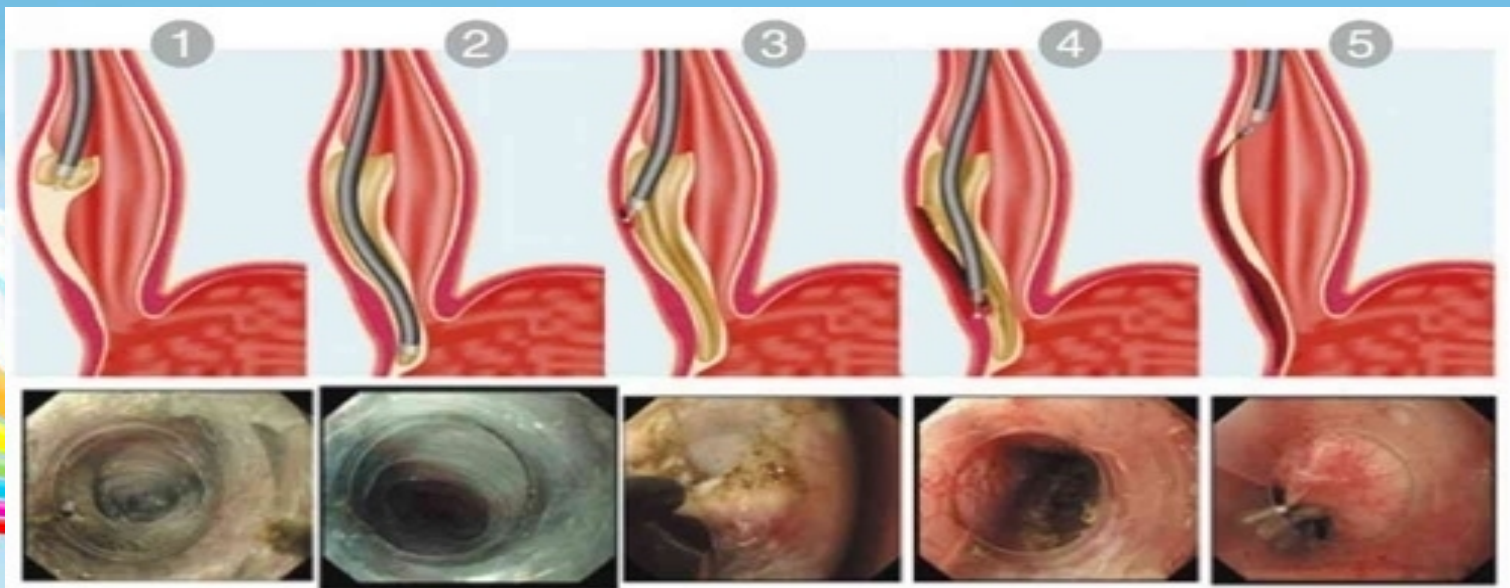


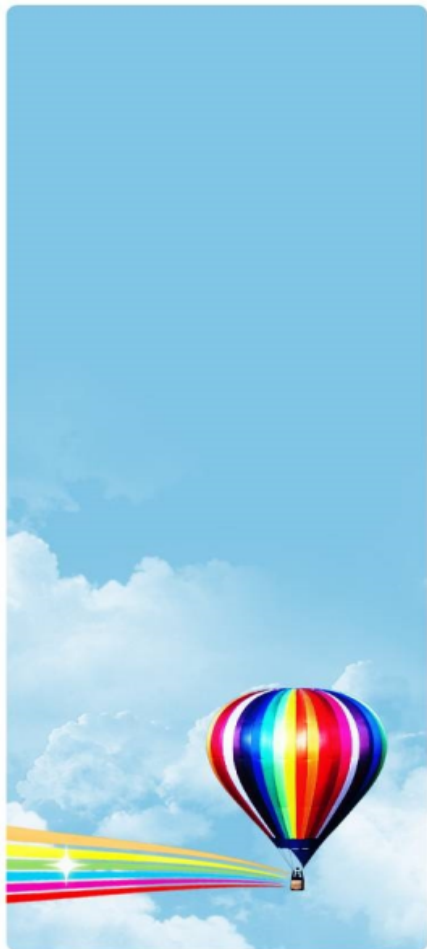
图 POEM操作(上排为POEM示意图,下排为对应的内镜下所见)

1. 黏膜层切开; 2. 分离黏膜下层, 建立黏膜下隧道; 3. 隧道延伸; 4. 肌层切开; 5. 金属夹止血处理。

poem术的治疗和护理

初步临床评价

- 术后早期即可进食，95%的患者术后吞咽困难得到缓解，且反流性食管炎发生率低
- 与传统治疗方法相比，该技术具有创伤小、恢复快、操作安全、近期疗效显著等优势
- 是治疗贲门失弛缓症的最佳选择之一，目前属国际先进水平



适应症和禁忌症

适应症

- n 确诊为贲门失弛缓症并影响生活质量者
- n 食管明显扩张、既往外科 Heller术和POEM治疗失败或症状复发者，术前曾接受过其他治疗（如球囊扩张术、肉毒素注射和支架治疗等）的患者

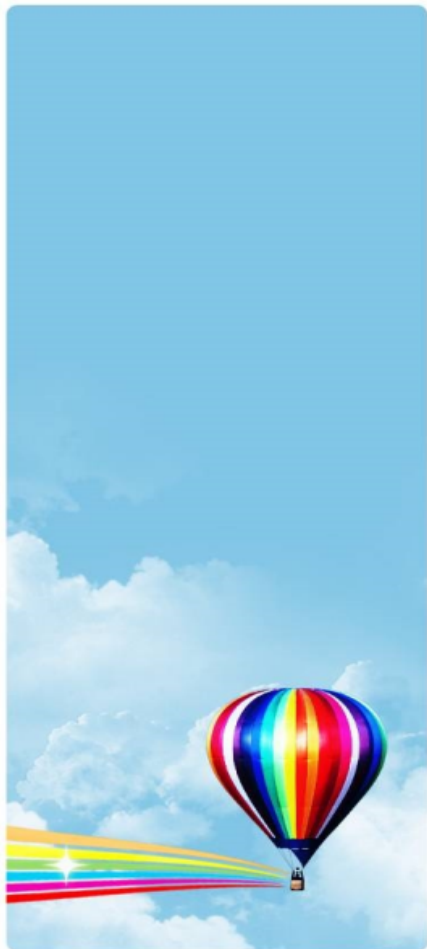
禁忌症

- n 合并严重凝血功能障碍、严重器质性疾病等无法耐受手术者，食管黏膜下层严重纤维化而无法成功建立黏膜下隧道者。
- n 食管下段或EGJ有明显炎症或巨大溃疡者，是POEM手术的相对禁忌人群



我院开展情况

- 2012年至今采用POEM术累计治疗5例贲门失弛缓症患者
- 术后临床症状显著缓解，短期恢复进食，未出现任何并发症，有效率100%
- GI检查食管狭窄消失、功能显著改善



病例资料

编号	性别	Eckardt评分		食道最大宽度 (cm)		术后并发症
		术前	术后1月	术前	术后1月	
1	女	8	1	3.7	2.8	无
2	男	7	2	3.9	2.6	无
3	女	10	1	3.8	2.5	无
4	女	8	2	3.6	2.6	无
5	女	9	1	3.6	2.4	无

Eckardt: 评分贲门失弛缓症临床症状评分系统
根据: 吞嚥困难、反流、胸骨后疼痛和体重减轻



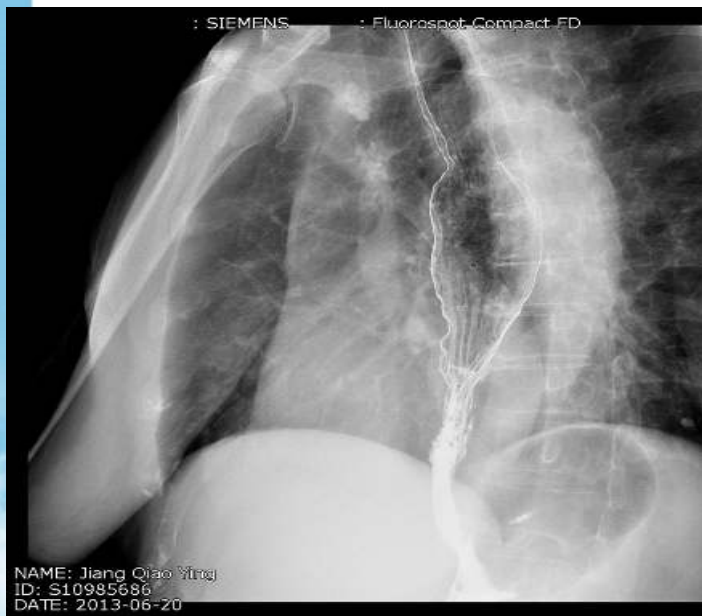
病例报道

- 患者，女，58岁
- 病情介绍：因“贲门失迟缓”行球囊扩张术，术后复发；POEM术前吞咽困难、不能进食，行POEM术后第二天可顺利进全流食，吞咽困难症状明显改善，目前在严密随访中



病例报道

术前GI

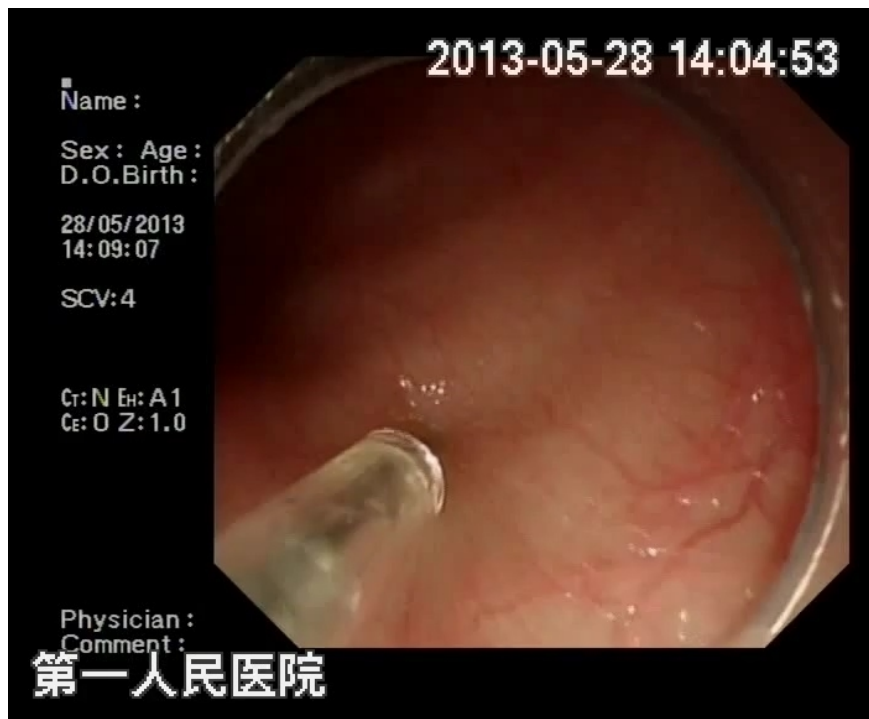


术后GI

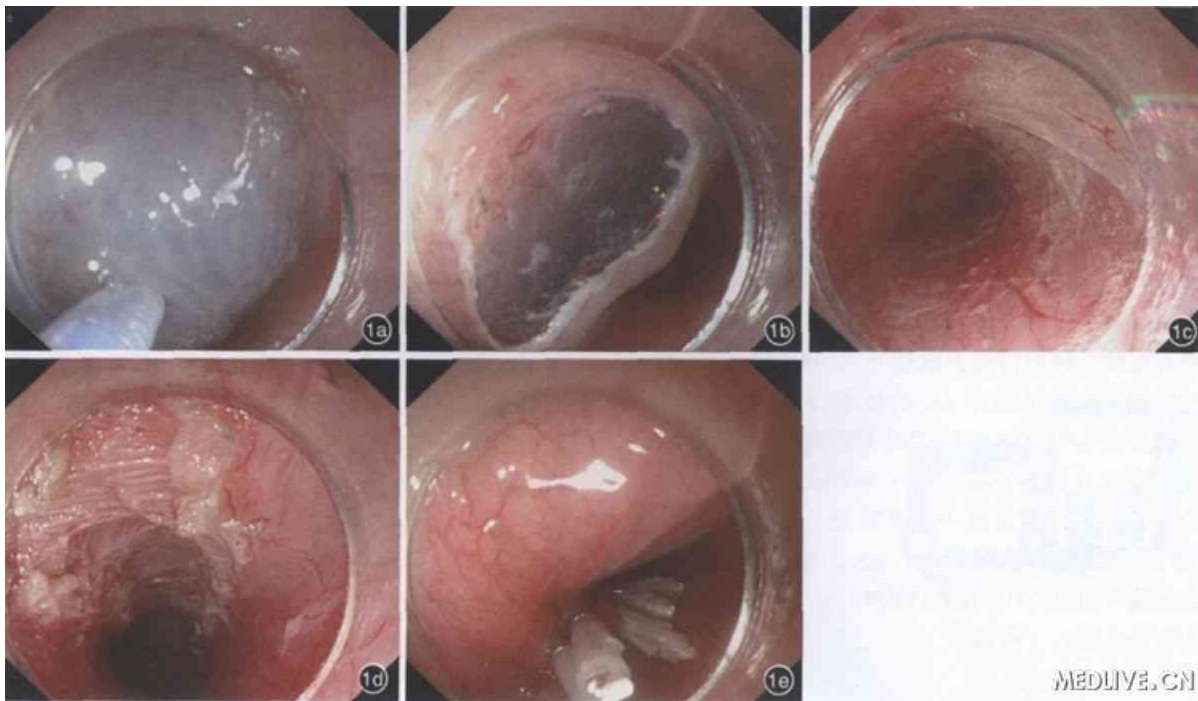




操作演示



横开口法经内镜下经口内镜下肌切断术的操作步骤



- 1a:胃食管连接处(CEJ)近端约8 cm处拟切开处黏膜下注射；
1b:于注射位置做横行切口；
1c:逐渐剥离黏膜下层，建立黏膜下隧道，隧道的远端至GEJ下约3 cm处；
1d:用三角刀由近侧端像远侧端切开环形肌；
1e:钛夹夹闭横行的隧道入口

poem术的治疗和护理



术前护理（一）

- 术前评估：详细询问病史，了解重要脏器功能，排除严重心肺疾病，完善血常规、血型、备血、凝血常规、肝肾功能、心电图、胸片、腹部B超、上消化道造影等检查以及胃肠动力监测，密切观察患者血压、心率、呼吸、体温等，密切观察大便及呕吐物性状、颜色、气味及量，预防消化道出血的发生



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/177045124064006143>