

• 病例报告 •

胃镜检查发现 IV 期 Zenker 憩室
1 例福建中医药大学 (福州 350003) 林芳峰 付肖岩¹

Zenker 憩室为下咽部局限性黏膜膨出, 位于咽与食管交界处, 又称咽食管憩室。是临床上较为少见的良性疾病, 好发于 60~70 岁男性, 常见向咽食管左侧壁膨出, 临床多无症状, 少数患者可见口臭反流、吞咽困难、饮水呛咳、咽部不适、胸骨后疼痛、慢性咳嗽、复发性肺炎或表现为甲状腺水平部结节。本文对我院胃镜检查发现 IV 期 Zenker 憩室 1 例报告并分析, 以进一步诊断治疗。

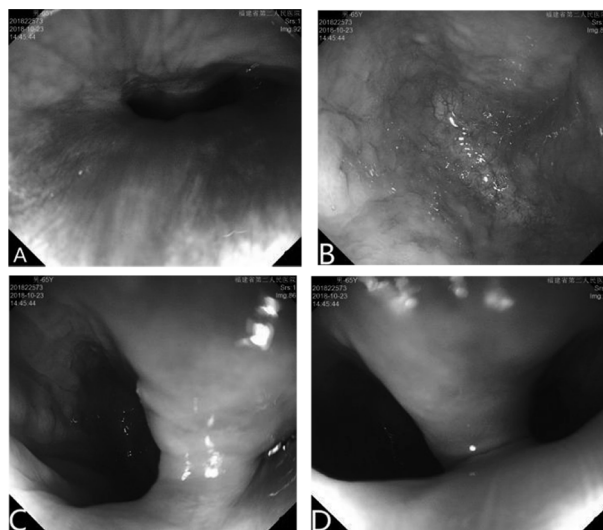
1 病历摘要

患者男, 65 岁。以“左下腹隐痛 1 月余”为主诉, 无反酸、咳嗽、胸痛、吞咽困难, 无腹胀、腹泻等。体格检查: 左下腹轻度压痛, 无反跳痛, 未触及包块, 既往否认肺结节、支气管炎, 家族史无特殊。既往史: 该患者 2014 年 7 月在我院检查胸部 CT 示横平第 7 颈椎主支气管左后方见一不规则类圆形低密度影, 结肠镜检查示结肠癌伴不完全性肠梗阻, 病理诊断示大肠腺癌侵犯浆膜层 (T3N0Mx), 于我院外科手术治疗, 术后进一步化疗, 胃镜检查未见食道入口憩室。于 2018 年 10 月在我院行胃肠镜检查, 使用 Olympus 电子胃镜 GIF-HQ290 检查, 插镜距门齿 17 cm 阻力增大, 前方见盲腔 (图 1A~B), 大小约 3.0 cm×3.0 cm, 底部黏膜光滑, 未见食物潴留, 缓慢退镜少量充气寻找食道入口, 距门齿 16 cm 见真正食管腔受压, 呈裂隙状 (图 1C), 注气后见嵴突样分隔带, 左旁侧见食管壁局限性向外突出囊腔, 右旁侧见食管腔 (图 1D), 在内镜直视下缓慢进镜至胃和十二指肠, 顺利完成胃镜检查。结合镜下观察考虑诊断: Zenker 憩室。

2 讨论

Zenker 憩室大多在超声、影像学或内镜检查时发现, 少数在喉颈部外科手术中偶然发现, 目前确切的发病机理尚不明确, 多数学者认为与解剖学上的薄弱三角区 (Killian 缺陷区)、咽食管动力改变、食管上段括约肌异常、主支气管病变牵拉密切相关。

临床上影像学根据最大腔径将 Zenker 憩室分为 4 期: 憩室最大腔径 2~3 mm 为 I 期, 最大腔径 3~8 mm 为 II 期, 食管腔无明显受压、最大腔径 >8 mm 为 III 期, 食管腔受压明显为 IV 期^[1]。本文患者符合 IV 期 Zenker 憩室诊断。Zenker 憩室常见诊断方法: 1) X 线钡餐: 是目前食道憩室诊断金标准, 表现为颈段食管侧见囊袋状突出, 颈部稍狭窄, 腔内可见钡剂填充, 缺点是无法判断有无恶变, 且 X 线有辐射损害, 不宜常规体检筛查中应用。2) 多层螺旋 CT: 食道旁见局限性类圆形、不规则含气影, 未见气液平,



注: A, 咽食管入口; B, 距门齿 17 cm 见憩室盲腔; C~D, 右侧见受压裂隙状食道, 中间见棘突样分隔带, 左侧为憩室盲端。

图 1 胃镜检查 Zenker 憩室

增强扫描中憩室壁有轻-中度强化, 若囊袋内有液体、食物残留等混合呈现混杂密度影, 对于颈段食管囊样肿物有一定鉴别意义, 缺点是难以与未扩张食管腔相鉴别。3) 多普勒超声: 主要表现为均质或不均质低或高回声灶, 形态规则, 弧形强回声后伴或不伴彗星尾, CDFI 内部无血流信号。若憩室突入甲状腺旁侧或内侧, 干扰回声信号, 构成“甲状腺占位”或“甲状腺弥漫性病变”假象, 易引起误诊, 临床应注意鉴别, 可通过观察其声像图表现并结合吞咽饮水试验动态观察病灶, 确认病灶与食管相通做出正确诊断或结合 X 线钡透及内镜等检查方法。4) 内窥镜: 包括胃镜、鼻咽镜, 镜下见下咽部口处与食管相通具有完整上皮的盲端囊袋, 旁侧可见受压或变形食管真正入口, 中央见嵴突样分隔带, 咽食管入口处进镜身遇到阻力感, 或见食物残留及底部黏膜充血水肿等, 可辅助鉴别有无恶变。

Zenker 憩室因缺乏肌纤维, 憩室壁菲薄, 盲目进镜, 易发生穿孔, 故应在内镜直视下缓慢进镜, 初学者忌用暴力、盲目送气, 避免医源性损伤。无症状 Zenker 憩室应保守治疗, 有明显症状或巨大憩室, 如反复发生憩室炎、溃疡出血、癌变, 均应行外科手术治疗。对于有症状的 Zenker 憩室患者, “憩室切除”和“内翻缝合”是目前常用的 Zenker 憩室手术治疗方法, 疗效可靠, 但易发生食管瘘和严重感染等并发症^[2]。Rouquette 等^[3]在软式内镜下配合 Hook knife 治疗 24 例 Zenker 憩室临床成功率 91.7%。内镜镜下配合辅助器械肌切开术已在全球广泛应用, 相比外科手术具有更安全、高效、恢复快、创伤小等优点。本例患者 4 年前胃镜检查未见食道憩室, 发生原因目前不明, 该患者因合并大肠癌, 考虑患者术后体质状况较差, 且无吞咽困难、饮水呛咳、胸骨后疼痛等不适, 遂未行食管钡餐造影检查及手术治疗。综上, 采用内镜诊断 Zenker 憩室, 可以提高准

1 通信作者, 福建中医药大学附属第二人民医院

确性,对于未发生恶变 IV 期 Zenker 憩室,可行外科或内镜手术治疗,内镜在临床中应用价值极高。

参考文献

- [1] Keck T, Rozsasi A, Grün P M. et al. Surgical treatment of hypopharyngeal diverticulum (Zenker's diverticulum) [J]. Eur Arc Otorhino-Laryngology, 2010 (267): 587-592.
- [2] 李文灿,王争鸣,于志峰,等. 颈部手术发现咽食管憩室的诊断及治疗 [J]. 临床医学, 2010, 30 (5): 69-70.
- [3] Rouquette O, Abergel A, Mulliez A. et al. Usefulness of the Hook knife in flexible endoscopic myotomy for Zenker's diverticulum [J]. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 2017, 9 (8): 411-416.

本刊对撰写医药学论文主体部分的一些要求

1 前言

概述研究背景、目的、思路、理论依据、方法、预期结果和意义等。可提供与主题相关的参考文献,切忌写成文献综述。不涉及本研究数据或结论。一般以 200~300 个汉字为宜。

2 方法

描述研究对象(人或实验动物,包括对照组)的选择及其基本情况,以及研究所采用的方法(包括分组方法)。实验研究的论文常写成“材料与方法”,临床研究论文常写成“资料与方法”。临床试验研究还应说明试验程序是否经所在单位或地区伦理学相关机构的批准,研究对象是否知情同意并签署知情同意书。

2.1 观察对象: 观察对象为患者,需注明病例和对照者来源、选择标准、一般情况、观察指标和疗效判断标准等。研究对象为实验动物,需注明动物的名称、种系、等级、数量、来源、性别、年龄、体质量、饲养条件和健康状况及许可证号、合格证号等。

2.2 研究方法: 详述新创的方法及改良方法的改进之处,以备他人重复。采用他人方法,应引用文献,无需详细描述。

2.3 药品与试剂: 药品及化学试剂使用通用名称,并注明剂量、单位、纯度、批号、生产单位、生产时间及给药途径。

2.4 仪器、设备: 应注明名称、型号、规格、生产单位、精密度或误差范围。无需描述工作原理。

2.5 统计学分析: 描述统计学方法及其选择依据,并说明所使用的统计学软件。

3 结果

“结果”是指实验所得数据、观察记录,经过综合分析和统计学处理的结果。按逻辑顺序在正文的文字、表格和图中描述。结果叙述应求实、简明、准确、清楚、严谨,不与讨论内容混淆。一般应对所得数据作统计学分析,如 P 值前应给出具体检验值,如 t 值、 χ^2 值、 q 值等。

4 讨论

“讨论”是对结果的科学解释与评价,是研究所形成的科学理论。着重讨论研究结果的创新之处及从中导出的结论,包括理论意义、实际应用价值、局限性,及其对进一步研究工作的启示。若不能导出结论,也可提出建议、设想、改进意见或待解决的问题等。应将研究结果与其他有关的研究相比较,并将结论与目的联系起来讨论,并列出相关参考文献。不必重述已在前言和结果部分详述过的数据或资料。