

食管疤痕狭窄 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E9_A3_9F_E7_AE_A1_E7_96_A4_E7_c22_303106.htm 名称食管疤痕狭窄

所属科室心胸外科病因 食管化学性灼伤在儿童病例大多由于误服家用酸性或碱性化学物品，成年人则大多因企图自杀所致。病理 吞服苛性化学品后，食管组织即受到灼伤。损伤的轻重程度与吞服化学品的种类、浓度、数量以及接触时间长短有关系。碱性化学品引致组织液化性坏死，并可穿透入食管壁深层组织，严重者可造成食管壁全层溃烂穿孔。酸性化学品引致组织凝固性坏死，对食管组织造成的损坏程度一般较碱性化学品轻些，但高浓度酸性化学品亦可产生重度损坏。胃粘膜对酸性化学品比较敏感，空腹接触强酸后造成的胃粘膜损坏，往往较食管更为严重。苛性化学品在食管自然狭窄部位停留时间一般较长，因而在这些部位造成的损坏程度也较重。食管化学性灼伤引致的组织损坏程度可分为三个等级。一度灼伤病变仅限于食管粘膜层造成充血、水肿和上皮脱落，修复愈合后不形成疤痕组织，或仅有少量疤痕组织，食管腔可不发生狭窄。二度灼伤食管组织损伤范围深达粘膜及粘膜下层，形成溃疡，灼伤后2~3周生长肉芽组织，愈合后形成疤痕引致食管腔狭窄。三度灼伤则病变累及食管壁全层甚至食管四周组织，常引致食管穿孔和急性纵隔炎。胃食管返流引致的食管疤痕狭窄常发生在食管下段长期发炎和溃疡的基础上。手术后食管疤痕狭窄发生在食管和胃肠道吻合口部位，在愈合过程中肉芽组织生长而形成环状疤痕狭窄。

临床表现 吞服酸碱等苛性化学品后，口、咽、胸骨后有时上腹部立即呈现烧灼痛并有流涎、恶心、呕吐、低热、烦躁不

安，病人拒绝进食。灼伤程度轻者数日后粘膜水肿逐渐消退，能开始进流质食物。如灼伤程度较重并在愈合过程中形成疤痕组织，则在灼伤后数日水肿，痉挛消退，吞咽功能一度暂时改善，2~3周后疤痕组织收缩，造成食管腔狭窄，又呈现吞咽困难症状，并因此而出现消瘦、脱水等征象。严重灼伤引致食管穿孔或胃穿孔的病例，则在灼伤后早期即呈现休克、高热、急性纵隔炎和腹腔感染的症状和体征。如化学品吸入喉部引致喉水肿，则临床上呈现呼吸困难。胃食管返流引致的食管疤痕狭窄，往往有长期食管炎病史，食管粘膜形成溃疡后，可能有少量呕血。食管狭窄部位在食管下段，范围比较局限。手术后食管狭窄则常在术后2~3周开始呈现吞咽困难症状。诊断食管疤痕狭窄病例均有吞服酸性或碱性化学品，食管炎或食管手术病史，然后呈现吞咽困难症状。食管钡餐造影X线检查可显示狭窄病变的部位、程度和范围。因苛性化学品灼伤造成的食管狭窄常呈现食管腔狭小，狭窄段长，边缘不规则，粗细不均匀，食管壁僵硬，钡剂呈粗细不等的影像进入胃部，或食管腔高度梗阻，钡剂不能通过。食管炎引致的狭窄常位于食管下段，病变范围比较局限。病程长、狭窄程度重的病例，上段食管可能扩大。手术后食管狭窄，则食管腔常呈局限的环状狭窄。食管镜检查可窥见食管腔狭小，食管壁为疤痕组织所替代。食管化学性灼伤后12~48小时内，早期作食管镜检查虽可明确灼伤的诊断和病变范围，但此时食管壁因急性炎症和水肿，组织脆弱易因检查此致食管穿破。灼伤后2~3周施行食管镜检查有助于了解食管腔是否狭窄，以及狭窄的部位和程度。食管癌手术后病例食管镜和活组织检查，有助于鉴别因癌肿复发引致的狭窄。

治疗 家庭和工作场所应对腐蚀性化学品作非凡标记，单独妥慎存放，严格治理，防止发生误服事故。吞服碱性或酸性化学品后立即对食管造成损害，服用食醋或苏打水等抗擷剂已不能起中和作用。催吐药或洗胃可加重食管损伤，不宜采用。食管灼伤后早期应用抗生素和肾上腺皮质激素治疗可能预防或减轻感染和炎症反应，减少日后瘢痕形成。早期经鼻腔放置胃管，既可用以喂饲食物，又可支撑食管腔。灼伤后2周左右经食管镜及X线食管钡餐检查显示食管腔形成狭窄者，可经食管镜试行食管扩张术，适宜作食管扩张术的病例需定期多作扩张术。狭窄程度重，狭窄段范围长的病例经食管镜作扩张术难于获得成功。由于进食困难，往往需先作胃造瘘术。事先吞咽一根粗线，如能经胃造瘘口将粗线引出体外，则可在粗线导引下作逆向食管扩张术。未能作扩张术的病例则需改善全身营养状况后，施行手术治疗。食管化学性灼伤往往造成食管长段狭窄，且胃也大多同时受累，甚或造成瘢痕挛缩，难于施行高位食管胃吻合术。手术治疗方式通常采用结肠替代食管。经腹中线长切口进入腹膜腔，选用右侧结肠替代食管者，通常需结扎、切断回结肠和结肠右动脉，保留结肠中动脉作为右侧结肠的血供来源。在结扎回结肠动脉和结肠右动脉之前，应先用无创伤血管钳暂时阻断血流，观察10分钟。如盲肠血供正常，则可结扎、切断前述两支动脉。如暂时阻断血流后，盲肠的血液供给是否充足存在疑问，则宜仅结扎、切断回结肠动脉，数周后待血管吻合弓进一步发展后再作结肠代食管手术。切除阑尾，在回盲部近端约1cm处切断回肠，缝合远段切口。在血管起始部位结扎、切断回盲动脉和结肠右动脉并切开肠系膜，但应注重保护血

管吻合弓勿使受损伤。游离升结肠及右侧横结肠后，将右侧结肠经小网膜切口放入胃的后方，再经用手指从腹部和颈部切口钝法分离的胸骨后隧道提入颈部。胸骨后隧道应有足够的宽度，以免压迫右侧结肠的血供。经颈部切口游离食管。切断颈部食管后，远段切口分两层缝合，近段切口与盲肠作吻合术。在适当部位切断横结肠，近段切口与胃前壁吻合。回肠近段切端则与横结肠远侧切端作对端吻合术。胃的幽门部如有瘢痕病变，则需作幽门成形术。未曾做过胃造瘘术的病人宜附加胃造瘘术，分别经胃造瘘口于胸骨后结肠段内及胃内放入导管，用以术后减压。结肠段减压有助于提高游离段的存活率。放入胃内的导管术后数日可用以饲食。颈部需放置引流，术后数日拔除。术毕宜拍摄胸部X线片，明确胸膜无破损。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com