

2010年外科辅导：食管损伤手术治疗方法临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/649/2021\\_2022\\_2010\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_A4\\_96\\_c22\\_649948.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/649/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_A4_96_c22_649948.htm) (1) 引流：不论采用哪种治疗方法，有效的引流者是必不可少的，特别在广泛炎症和全身情况不佳时，必要时应在CT引导下置入引流管。这种方法在颈部穿孔和胸部穿孔病人都有效。另外，如果对一期修补有怀疑时，或用于加固的组织不可靠时，也可在局部加用引流。

有效的引流使肺早期膨张，也使修复成功的机会加大。大的胸段食管穿孔。有人也自食管穿孔处放入一个6~10cm长的T形引流管，围绕T管闭合穿孔，使之产生一个可控的食管皮肤瘘作持续负压吸引，3周后形成窦道再拔除T管。这种方法用于裂口行胸膜外纵隔引流。(2) 一期缝合：一期缝合不论是否用周围的组织加固均是外科手术治疗食管常用的方法。在早期诊断的病人，当有手术适应证时，应行急诊手术，缝合修补穿孔的食管，要达到一期严密缝合，术中应进一步切开肌层，充分暴露粘膜层的损伤，彻底清除无活力的组织，在良性病变大多数病例粘膜正常，手术时应将穿孔缘修剪成新鲜创缘，大的穿孔应探察纵隔，仔细找到穿孔的边缘，用2-0的可吸收缝线，如vicryl，也可以用不吸收的细线，间断缝合修补穿孔的食管，同时局部引流。分层闭合粘膜和肌层是手术修复成功的关键。没有适当的暴露和严密的缝合是术后发生瘘的主要原因，如果损伤时间较长组织产生水肿时，可以仅闭合粘膜层，并同时彻底冲洗和清除污染的组织。用较大口径的闭式引流，7~10d后行食管造影，如没有造影剂外溢，则可恢复经口进食。食管穿孔时间大于24h或局部污

染、炎症反应严重、组织有坏死时，应只做局部引流，不修补穿孔。一期闭合最好是在健康的食管组织，当有远端梗阻时，单纯一期闭合是无效的，必须同时解决梗阻，才能达到成功的修复。来源:百考试题网

(3) 加固缝合：由于一期缝合食管损伤有裂开和瘻的可能性，特别是当病人从穿孔到治疗时已隔了几个小时，因此有必要采用加固缝合的方法闭合食管穿孔。在胸部有许多组织可用于这种；加固缝合，特别是用食管周围有炎性反应增厚的胸膜。其他可利用的组织还有网膜、肺肌瓣不易坏死，有一定的张力，弹性较好，再生能力强。取全层12cm长，5~7cm宽，基底位于食管处，向上翻起，用于食管下段的修复。缺损的膈肌瓣时，其基底部在内侧、椎旁沟处，并要有足够的长度，用于包绕食管的修复，不论用哪一种组织修复加固，这种组织最好是用在修复和食管壁之中，而不是简单覆盖于修复之上。

(4) 同时处理食管疾病：穿孔发生在狭窄或肿瘤的上段，穿孔远端有梗阻，这种穿孔几乎不能自行愈合。在病人的情况能够接受手术、病变的食管又可以切除的情况下，最好的处理办法是手术切除病变的食管。食管切除后，采用一期还是二期消化道重建，须根据污染的情况和病人的情况决定。Matthews等建议，一旦决定做食管切除，应做颈部吻合，因为颈部吻合易于操作。当病变或肿瘤不能切除时，在大多数病例食管穿孔将是致死的并发症。如同时存在贲门失弛缓症，或严重的返流性食管炎时争取尽可能同时解决。

(5) 食管外置：食管外置或旷置的手术近年来已很少使用，只有在病人的营养状况极度不良时，用前述种种方法均不适合或无效的病例，才用颈部食管外置造瘘术或胃造瘘减压术。这种手术包括：缝闭

贲门，胸段食管自颈部拔出外置以减少胸内污染，后期再做空肠或结肠代食管术。更多信息请访问：执业医师网校 百考试题论坛 百考试题在线考试系统 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](http://www.100test.com)