维普资讯 http://www.cqvip.com

食管破裂，临床



穿过骶尾韧带出现落空感时，即为进入骶管腔的标志，抽吸无回血时可注入 3～5ml 试验量药液，观察 5min 无不良反应后注入全量。

**麻醉用药** 2%利多卡因 8～10ml、1%普鲁卡因 8～10ml、肾上腺素 1：20 万 u。

**效果** 阻滞完善者 130 例，占 99.15%，阻滞不全者 1 例，占 0.85%，无 1 例失败。本组 131 例未发现局麻药中毒、全脊髓麻痹及其它并发症。

**体会** 国内的解剖资料指出，骶管和骶骨的变异多，20%左右的正常人皆非典型。另外，根据重庆医学院第一医院麻醉科报道，在 103 块骶骨标本中，骶 4 椎板在裂孔的占 51.5%，骶 3 椎板有裂孔的占 9.7%，骶 2 椎板有裂孔的占 8.7%。采用传统的骶管阻滞方法失败原因主要有以下三点：①骶裂孔钙化后弯曲或闭塞，针尖无法推入；②骶裂孔过长，骶椎背侧全部或部分开放未愈合，注入的局麻药液由此向软组织内流失；③骶管腔内静脉丛特别粗大丰富，反复试探、来回插针过程中很容易损伤血管，使阻滞失败。

骶管直入法不仅适应于骶裂孔正常者，亦适应于骶裂孔钙化后弯曲、闭塞以及骶裂孔过长者（过去采用传统的骶管阻滞操作方法，遇骶裂孔过长者均不作骶管阻滞）。采用直入法具有以下优点：①操作简单、容易掌握。直入法针头无须向尾椎倾斜深入骶管腔，可避开解剖上的障碍，只要针头自穿刺点垂直刺入，出现落空感即穿刺成功。②成功率高、不易失败。对骶裂孔正常者自骶裂孔中央的上缘穿刺，多能成功，如失败或骶裂孔不明显针尖无法推进者，自骶 4 或骶 3 裂孔穿刺，可提高成功率，骶裂孔过长者自骶裂孔中央的中点穿刺，骶管背面虽有缺损，但因有坚韧的纤维结缔组织填补，药液不致外漏而使阻滞失败；所用穿刺针细短，且无须为深入骶管腔而反复试探、来回插针，故不会因损伤血管而使阻滞失败。本组 131 例无 1 例穿刺失败。③并发症少、便于管理。直入法不易损伤血管引起局麻药中毒反应，采用本法只要穿刺点不超过髂后上棘内下方 1.5cm，不会发生全脊髓麻痹，对呼吸循环干扰小。

**参考文献** 略

18－19

# 自发性食管破裂 10 例临床分析

石家庄市第一医院 贾明彦 高保廷
（河北石家庄，邮政编码 050011）

R655.4

自发性食管破裂为临床较少见的急性胸部疾患，若不能及时诊断治疗，可危及患者生命。我院外科自 1975 年 3 月到 1990 年 5 月共收治自发性食管破 10 例，2 例病程短经急诊手术修补后痊愈，8 例由于就诊时间较迟，病情危重或有明显胸腔感染，经胸腔闭式引流，同时作空肠造瘘术而治愈。现将诊治体会报告如下。

## 临床资料

本组 10 例均为男性。发病年龄 18～56 岁，其中 18～40 岁者 8 例，占 80%，平均年龄 26 岁，以中青年为多见。破裂至右侧胸腔者 8 例，左侧者 2 例。发病诱因，9 例有呕吐史，1 例为饱食后摔倒引起。引起呕吐的原因，7 例有饮酒或暴食史。2 例因急性胃肠炎而反复呕吐引起。有 6 例吐出血性胃内容物。发病至确诊时间，最短时间在 4 小时内，最长达 10 天，多数在 2～4 天，临床表现，为剧烈呕吐后突然发生胸部或上腹部难以忍受的剧疼，随即有胸闷气短不同程度呼吸困难或休克等。本组有 3 例伴有剧烈腹痛，上腹部肌紧张。查体为一侧液气胸体征，X 线表现为破裂侧液气胸。确诊方法，多数为经胸腔穿刺或闭式胸腔引流抽出棕褐色混浊液体，有酸臭味和食物残渣，或口服美蓝后见胸液蓝染而证实，其次为口服碘油食管造影而确诊。治疗结果，2 例早期行食管裂口修补术治愈，余 8 例因病程长而行胸腔闭式引流加空肠造瘘而治愈，其中 1 例残留胸腔皮肤瘘，半年后行纤维板剥脱术治愈。本组无死亡病例。

## 讨 论

一、发病因素：文献报道一般认为发病因素皆为剧烈呕吐引起，呕吐时腹内压剧增，挤压胃部使松弛的食管腔被动性压力增加而扩张，同时环咽肌处于反应性痉挛呈收缩状态，引起食管下段薄

维普资讯 http://www.cqvip.com



弱部位破裂穿孔[1]。严嘉顺等报道 91.4%的病人发病前均有呕吐史[2]。本组 10 例中 9 例有呕吐史，与报道基本相一致，说明呕吐为本病的主要发病诱因。

二、诊断：早期诊断是本病治疗成败的关键。结合本组经验早期症状有如下特点：(1)任何原因引起的剧烈呕吐，而呕吐后突然发生胸腹或背部难以忍受的剧痛，随即出现胸闷，气促，呼吸困难或休克。(2) X 线检查，根据病情采取直立位，发现患侧胸腔呈液气胸征象。当怀疑时，可口服碘油食管造影以进一步证实。(3)胸腔穿刺抽出带有特殊酸味的咖啡样液或带有食物残渣的脓性液。如条件和时间允许，可口服美蓝后胸穿，或急症行纤维食管镜检查确诊，并可确定破裂部位和裂口的大小。

本病首诊误诊率至今很高，文献报道误诊率约在 74.3～86.4%[1][3]。本组首诊误诊 7 例，占 90%。误诊率之所以高与医务人员对本病缺乏足够的认识有关。常被误诊为急性胃十二指肠溃疡穿孔、液气胸、脓胸等多种疾病。本组 2 例被误诊为上消化道穿孔，1 例误行剖腹探查。1 例被误诊为液气胸内科治疗 4 天后方确诊。

三、治疗：自发性食管破裂发病急，病情发展快，应早期确诊，急诊手术，可望提高治疗愈率。文献提到，24 小时内得到诊治者其死亡率为 11%，24 小时后诊治者其病死率可高达 50%以上[4]。对早期病人的治疗，应立即开胸缝合食管裂口。但是术前必须作好充分准备，包括静脉输血补液，纠正水电解质紊乱，给予大剂量广谱抗菌素，持续胃肠减压和充分的胸腔引流，以达到改善呼吸功能和改善中毒症状之目的。

手术时应做到：(1)用生理盐水充分冲洗，清除所有食物残渣和纤维脓苔，(2)适当清创，剪除食管壁创口的坏死组织；(3)食管粘膜层和肌层分层间断缝合，并用带蒂胸膜片或膈肌瓣覆盖；(4)保留胃管和放置胸腔引流。

手术后应用大剂量抗菌素控制感染，纠正水电解质紊乱，持续胃肠减压和延长胸腔闭式引流时间，可同期或分期作空肠造瘘术。也可用静脉高营养以维持营养，延长由口进食时间，可促进裂口愈合。

如食管破裂已超过 48 小时，或急性脓胸已形成，一般应先行保守治疗及脓胸引流[5]。同时应用广谱抗菌素，持续胃肠减压，静脉输血补液，纠正水电解质紊乱，空肠造瘘以维持营养。本症贲门功能失控，可致严重胃内容物返流，故胃造口应属禁忌。对食管破口不大者，仅空肠造口即可治愈[6]。空肠造瘘应距屈氏韧带 30～40cm 处为好，以防食物返流影响裂口愈合。本组 8 例采用胸腔闭式引流和空肠造瘘均获治愈。其中有 2 例在空肠造瘘的同时行近段空肠放置逆行胃管，经十二指肠放置胃内，进行负压吸引，减少了胸腔引流量，促进了裂口愈合，缩短了治愈时间，感到效果满意。

**参考文献**


1. J. ZD. Diagnosis and treatment of mediastinal abscess. Chinese J Surg, 1990; 28: 610.
2. 严嘉顺，等. 自发性食管破裂（附 35 例报告），中华外科杂志 1980, 18 (6): 526.
3. 于楠，等. 自发性食管破裂，中华外科杂志 1963, 11: 817.
4. 罗红鹤，等. 食管穿孔的病因及诊治原则，实用外科杂志 1992, 12 (2): 59.
5. 吴英恺. 胸部外科，人民卫生出版社，494.
6. 程邦昌，等. 自发性食管破裂各种外科治疗选择的探讨（附 13 例报告），中华胸心血管外科杂志，1989, 3: 160.


# 外科手术学教学小结


蚌埠医学院外科总论学教研室　童仁道

（安徽蚌埠，邮政编码 233003）


一、**局部解剖学的教学**：总的教学时数为 66，分 22 节，每节 3 个学时，理论讲课和尸体实验操作的比例为 1∶1，各部的学时分配为：头颈 12、胸部 9、腹部（包括腹股沟管及内脏）18、骨盆会阴