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

维普资讯 http://www.cqvip.com

6、腋肩部9、手部3、股部9、小腿3。安排在三年级第一学期内进行，期终为考验科目。理论和实验的分数各占50%，均为小班上课，医学本科为240～300人，每班40～50人。在此之前，学生在一年级已经过144个学时的解剖学系统的学习，已具有基本的知识，三年级在此基础上学习局解，主要是为了过度到临床应用打下基础。

二、外科手术学的教学：大体上可分为2个阶段：第一阶段为三年级上学期，即外科学总论的教学时和抗菌无菌等章节相结合，进行外科手术学的实验室手术操作。医本科总学时为68，其中外科总论的理论为32学时（不包括肿瘤学总论）实验课36学时，分12次每次3学时，在外科实验室进行实验，12次的内容为：

1. 各种缝线介绍，各种打结法的练习；2. 洗手穿手术衣、戴手套及常用外科器械介绍和识别；3. 手术基本操作：切开、缝合、止血、分离等；4. 清创术——动物臀部污染伤口的清创；5. 静脉切开术，动物的静脉切开和输液法；6. 肠吻合术——离体动物的肠管的各种吻合方法操作；7. 盲肠部分切除术——实验动物的剖腹及切除术；8. 动物胃壁穿孔的修补术；9. 动物小肠切除和端对端吻合术；10. 动物的一侧肾切除术；11. 动物一个肢体的截肢术；12. 手术操作电影录像及实验课考试。外科学总论为考试课、理论占75%，外科手术学占25%。

医学专科班的外科手术学实验为16学时，每次4学时，将上述的前6次并为3次、将8、9次并为1次。专科班的理论课仍为32学时，亦为考试科目，理论课占80%，实验课占20%，医检系和高护系只安排理论课，不作实验。

医本科第二阶段在四年级下学期在轮回临床见习中进行，共2周为12天，其中有7个下午为外科手术学教学内容，即、外科换药，各种引流的应用，导尿和胃肠减压术，绷带法、石膏和牵引、胸腔引流，常见门诊小手术等共7次。在同学们进入临床实习之前，安排见习为他们奔赴各个实习医院打下了基础。

讨论：

一、局部解剖学由解剖学教研室教学的优点：我院局部解剖学的教学由解剖学教研室担任，至今已有30多年历史，第一学期一年级学习系统解剖，第5学期三年级学习局解，这样一贯下去，每学期每年都有教学任务，从不间断这样既有利于充分发挥他们的作用，又可以充分的利用教具和其他教学器材和设备，既节省人力又节省物力，真正做到人尽其才，物尽其力，他们认为如此烦重的教学工作并没有影响他们的科研工作，相反使教师的专业知识有了充分的发展。

二、外科手术学的实验课要始终突出三严：三严是对同学们提出的要求，参加带教老师更要以身作则，我们提出的三严是作风严肃，训练严密，要求严格。例如：学生凡迟到10分钟者不得参加本次实验，要爱护动物和器材，进实验室要穿好白大衣，并戴好口罩和帽子。学生经过打结训练后，五周内要达到每分钟打40个以上的单结，每天要交20cm长的线结，其目的是希望同学们能勤学苦练，并在短期内熟练的掌握外科打结技术，实践证明，我们的同学在进入各实习医院之后，取得了不少医院的好评，能很快的适应各个医院的临床工作要求。

三、外科实验室的使用和管理：有专职主管技师1人技术员3人，行政上属医学系、业务上归外科总论教研室领导。实验室承担本科班及专科班学生的多层次的外科手术学动物实验课的任务，又承担外科研究生的科研任务，另外还要接受临床外科各有关科室的科研动物实验工作（骨科、泌尿、胸外、普外科等）。但科研工作不影响教学工作，多数在教学实验结束以后的时间内进行。手术学实验室归外科学总论教研室领导，有利于外科临床科室科研工作的开展。解决了基础和临床教师在没有教学任务时如何结合临床时上下班安排的困难。又充分的发挥了实验室的人员和设备的作用。