

· 手术演示 ·

先天性食管闭锁手术

陈其民

先天性食管闭锁是新生儿时期常见的一种消化道发育畸形,以 III 型发病率最高,其近端为盲端,而远端有瘻管与气管相通,本文介绍先天性食管闭锁 III b 型的手术要点。

一、术前诊断

患儿出生后唾液多呈泡沫状自口角溢出,也可自鼻孔涌出,插胃管无法到达胃内,插入 10~12 cm 有阻力或从口中返出。

食道造影:患儿直立位,经鼻插入胃管约 8 cm,在 X 光透视下缓慢自胃管内注入碘水约 1~2 ml,此时可见食道闭锁,近端扩张,盲端呈半月形,即可诊断为食道闭锁,根据近端盲端下缘在第几胸椎水平可判断近远端的距离。

患儿必须直立位,如平卧位则盲端显示不清,注入造影剂禁用钡剂,应用碘水,抽干盲端唾液后缓慢注入,透视下动态显示食道盲端即可,不宜注入太多(不超过 3 ml),以防吸入肺内,造影后应抽出注入的造影剂。

二、术前准备

置辐射保暖台上,头高位,经口插入胃管至食道闭锁近端盲袋处,用持续低负压吸引唾液。因唾液粘稠,插入胃管应尽量粗,一般用 10~12 号胃管,以保证吸引通畅,胃管末端接三通管,以保证有减压孔,护理时定时按压减压孔,以利吸出唾液,防止损伤食道粘膜。在双上肢或下肢建立静脉通道,避免在颈或头部开放静脉。

出生时已确诊者可在 2~3 d 后择期手术,如诊断较晚,患儿已出生数天或十余天,多合并肺炎,应先控制肺炎,待全身情况好转后再行手术。在术前准备中,应注意是否合并畸形,如先天性心脏病、无肛、小肠先天性闭锁、肾积水、骨骼畸形。

三、麻醉

采取气管内插管麻醉,掌握好插管深度。诱导时尽量少用加压面罩,以防气体从食管气管瘻进入胃内,导致胃扩张,使横膈抬高压迫肺脏,以及胃液

在第 2 次加压间隙返流入气管而吸入肺内。

气管导管头端通常为一斜面,插入气管内后,应缓慢推入至隆突处,此时麻醉师应感觉气管导管已无法再向里插入,稍拔出后开始旋转气管导管,同时捏皮囊加压吹肺,麻醉师分别听两侧肺呼吸音,旋转气管导管听到左肺音强,右肺音弱时,用胶布固定气管导管,此时气管导管头端斜面对向左侧支气管开口,而且也已超过气管食管瘻口开口水平,这样有利左肺单侧通气,防止气体在加压时,通过瘻管进入胃内。

如气管导管仅插在气管中上部,双肺均充气,右肺膨胀不利手术操作,同时气体通过瘻管进入胃内,第 2 次加压吹肺时胃液返入肺内,易致术后肺炎加重。

四、手术过程

术中麻醉师与台上手术医生密切配合是关键。左侧卧位,主刀者在患儿的背后方,患儿右侧上肢向前 90° 固定,外展肩胛骨。切口选在第 3、4 肋间,从腋前线至脊柱旁,按术者习惯及经验经胸或胸膜外均可,注意在肋缘上逐层进入,勿伤肋间动脉。进胸后找到奇静脉,奇静脉与上腔静脉垂直,直径约 0.5 cm,给予切断,两端结扎加缝扎。操作应轻柔,新生儿静脉菲薄,应防止撕脱出血。奇静脉处理好后开始寻找食道近端盲端,此时麻醉师手握胃管向下反复插入胃管,同时口中报出 1-2-1-2,术者在上下后纵膈沿脊柱前找到食道盲端,见心脏跳动,肺在舒张,麻醉师的插入频率与口中报数一致,这样有利术者在手术野后纵膈中找到向下推动的食管盲端。找到盲端后,在盲端头部缝合一“X”牵引线,向下牵拉,沿气管壁向上游离食管,因与气管接触面有粘连,应注意保护气管,充分游离食管后向下移一段距离。

寻找远端食道:麻醉师松开固定气管导管的胶布,缓慢向上拔除气管导管,同时捏皮球吹肺,当气管导管末端向上移至气管瘻管以上水平时,术者在手术野中主气管下段后方见有与捏皮球吹肺频率平行的管状物隆起及萎瘪,随此活动方向找到食管

的远端,分离周围疏松结缔组织,小心保护迷走神经,完全游离食道远端后,在其下方绕粗线,牵拉,拉线提起时麻醉师明显感觉吹肺有阻力,术者见牵引线远端食管不再隆起,而牵引线上近端食管随捏皮球吹肺而扩张,证明此为远端食道,沿食道向上游离至食管,在靠近气管处,用不可吸收 1 号线结扎加缝扎食管气管瘘,先不切断气管食管瘘管,用已游离的近端食道去凑远端食道,如有距离或张力过高,可分别再游离食管近远段,最好以游离近端为主,用近端去凑远端。游离至张力不高可以吻合后,麻醉师拔出原口中插入的粗胃管,横向切开近端食管盲端。此时食道粘膜外翻,再全层 4 针牵引食道上端,于远端食管瘘处下方作 2 针牵引线,切断食管远端,用已游离的近端食道去凑远端食道,在张力不高,检查无扭曲的情况下做端端吻合,5-0 无损伤不可吸收线全层缝合,打结在外(图 1-2)。后壁缝 4 针,再让麻醉师经鼻插入多侧孔 5 号胃管,经吻合口进入胃内,确保吻合口上方还有 2~3 个

侧孔,以保证术后唾液在吻合口水肿时食道中的引流(图 3)。继续缝合食道前壁,1 周共 6~8 针,不要太密,以保证血供,为保证安全,可用 Hight“望远镜式”双层吻合,即远端全层与近端黏膜层缝合 1 周,近端外层向下覆盖在第 1 层吻合口上(图 4-5)。麻醉师固定胃管与鼻部,再用稀释美兰水快速注入胃管,检查吻合口不漏后,用生物蛋白胶喷涂关胸,手术完毕。

五、术后处理

置辐射暖台上,头部不过伸及旋转,以保证吻合口不受牵拉。固定好胃管,予负压持续吸引,予胃肠外营养,口腔护理。

术后第 5 天在口腔内滴美兰,检查有无吻合口漏,如不漏则第 6 天可拔出胃管。8~10 d 开始进水,渐进奶,2 周后可出院。术后第 5 周开始扩张食管吻合口,用心血管专用球囊管,从直径 0.4 cm 渐至 0.8 cm,每 2 周 3 次,共 6 次。

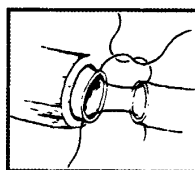


图 1 全层缝合,打结在外

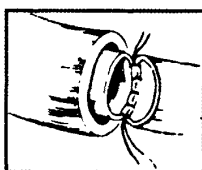


图 2 后壁缝合 4 针

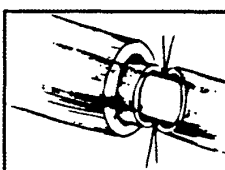


图 3 多侧孔胃管经吻合口进入胃内

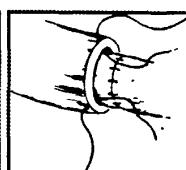


图 4 Hight“望远镜式”双层吻合

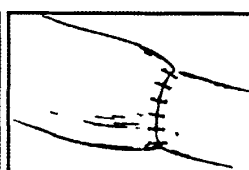


图 5 吻合完成后外观

• 消息 •

小儿泌尿外科手术演示及学术交流征文

经中华医学会批准,小儿外科学分会泌尿学组拟定于 2008 年 10 月份在广西省南宁市召开全国小儿泌尿外科手术演示及学术交流会,此活动重点以转播国内知名小儿泌尿外科医生手术演示及手术录像,达到经验交流和提高小儿泌尿外科疾病治疗技巧的目的,同时进行临床经验及手术治疗技巧的交流和讨论。现特向全国同仁征集会议论文及手术录像。


论文要求:稿件必须是未在杂志及全国性学术会议上发表的论文,文章要求主题突出,具有科学性和创新性,摘要 500~800 字左右,应包括目的、方法、结果、结论等内容。稿件需用 Word 电子文档录入,题目用宋体 4 号字,正文宋体小 4 号字,电子版投寄。手术录像以光盘方式邮寄。

征文内容:1.小儿泌尿外科临床诊疗与临床应用;2.小儿泌尿系统肿瘤、创伤及微创外科等领域的新进展;3.小儿尿道下裂手术方法的选择,临床经验总结;4.小儿泌尿外科常见及疑难手术演示、手术录像;5.小儿泌尿外科基础研究方面的新成果、新技术。

投稿方式:稿件采用 E-mail 投稿,稿件务必注明作者姓名、单位、邮编、联系电话。并注明“小儿泌尿外科会议”。手术录像采用光盘邮寄。E-mail 地址:Jiamp@tom.com 或 Jiampyk@126.com

邮寄地址:北京市西城区南礼士路 56 号 北京儿童医院外科,邮政编码:100045;电话:(010)68029251 或 68028401 转 2418,联系人:孙宁、贾美萍。

先天性食管闭锁手术

作者: [陈其民](#)
作者单位: [上海儿童医学中心, 200127](#)
刊名: [临床小儿外科杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年, 卷(期): 2008, 7(4)
被引用次数: 2次

引证文献(2条)

1. [张中喜](#), [张铁男](#), [徐向荣](#) 新生儿III型食管闭锁的诊治及预后评估[期刊论文]-[中国实用医刊](#) 2010(6)
2. [曹淑娥](#), [宋翠萍](#) 先天性食管闭锁伴气管食管瘘手术的麻醉[期刊论文]-[中国临床医生](#) 2010(7)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200804022.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: 2d4be4b4-ce89-462f-ab9c-9ed401056f69

下载时间: 2011年4月29日