

图 16-119 胃与食管已拉至颈部

代，特别食管的良性狭窄；②下咽、颈段食管癌切除后的一期或次期整复：次期手术是第一期手术切除咽喉及颈段食管将咽口及气管口外置，食管端在纵隔内缝合关闭。待病人健康状况改善后，次期经胸前皮下整复。

(2) 手术步骤：手术分两组进行，腹部组经上腹部大的中线切口暴露胃部，分开胃结肠及胃脾韧带游离胃大弯，为了避免损伤胃网膜血管，应距胃大弯尽量远一些结扎切断韧带内血管。沿胃大弯作逆转胃管，在距幽门3~4cm处作小切口，插入19F的肛管，使管紧贴胃大弯，用钉缝机沿肛管缘向胃壁内钉两行，在行间切开（图16-121），则胃管形成。以丝线缝合浆肌层加固胃大弯及胃管的钉缝线（图16-121）。作幽门成形以利排空。

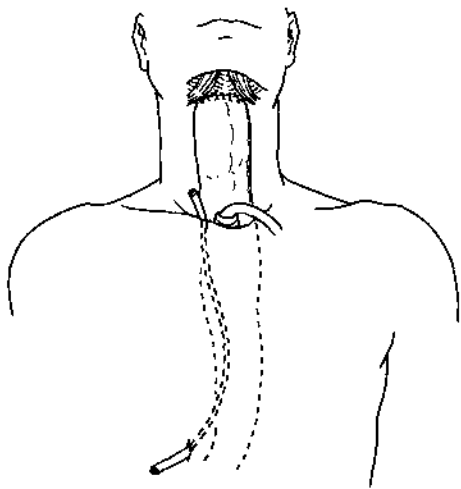


图 16-120 上提胃移植到位

如为次期重建，则通过胸前皮下将胃管送至颈部。松解胰腺尾部可增加胃管长度利于与咽的吻合。

术后可能发生吻合口瘘，多能经保守疗法自行愈合。吻合口狭窄，可行扩张治疗。很少发生胃管坏死或断裂。

3. 十二指肠-胃管成形术 在胃管的基础上，再加上幽门、幽门窦和十二指肠第1段，可使胃管的长度增加6~10cm。在前术胃管操作游离胃完成后，平行切开幽门窦、幽门及十二指肠第1段的小网膜至胆总管下方水平。结扎切断幽门血管。仔细分离十二指肠第1段的后面，使之与胰腺分离。在胃网膜右动脉起始部予以结扎切断，但要保留发自该动脉供应幽门和十二指肠第一段的2~3支小动脉。于近胆总管处切断十二指肠。胃的切断应自胃小弯开始（图16-122A），其切点应选择在幽门窦的直径大于所形成胃

在静脉剥脱器头端绕食管结扎，并系一布带作为胃上提时的引导（图 16-116、117）。

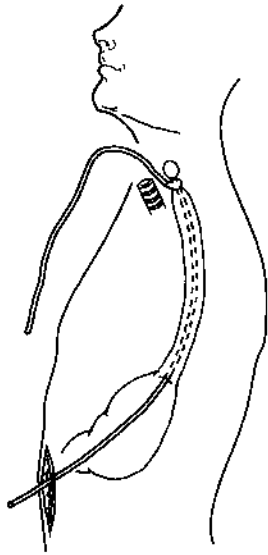


图 16-116 食管胸段内剥脱法，
静脉剥脱器头端系以布带



图 16-117 静脉剥脱器向
腹部回拉剥脱食管

经腹部回拉静脉剥脱器，即可将食管内翻剥脱至腹部，将导带固定于食管下端。在胃未上拉前，将气管口先缝合于皮肤。

颈组医师向上轻拉食管，腹组医师向上轻推胃部至下纵隔，为了防止食管被拉断，上提前将 28 号肛管插入食管，系于食管下端（图 16-118）。在胃上提时随之将烟卷引流置入后纵隔，其下端经腹壁另作的切口引出缝于皮肤。

胃咽吻合：胃上提至颈部后，由于胃的转向，胃底常可抵达舌骨平面之上，与咽口吻合不会有任何张力。在食管贲门结合处切掉食管，以 2-0 肠线行 2 或 3 层连续缝合关闭胃口，此缝合口适位于胸骨柄之上。将胃底切开使形成与咽口大小相当的开口，以 2-0 肠线与咽口行 2 或 3 层吻合。胃底切开缘的出血点，应妥善止血（图 16-119）。插入鼻饲管使其下端至胃体的中下部。

腹组在查看幽门成形情况、十二指肠和胆管无扭转后，逐层关闭腹部切口，同时颈组颈每侧置入负压引流后逐层缝合颈部切口。（图 16-120）。

2. 逆转胃管（reversed gastric tube）整复
逆转胃管可以通过食管床、胸骨后或胸前皮下移至颈部，皮下途径多用于次期整复。

(1) 适应证：①多用于婴儿或儿童食管的替

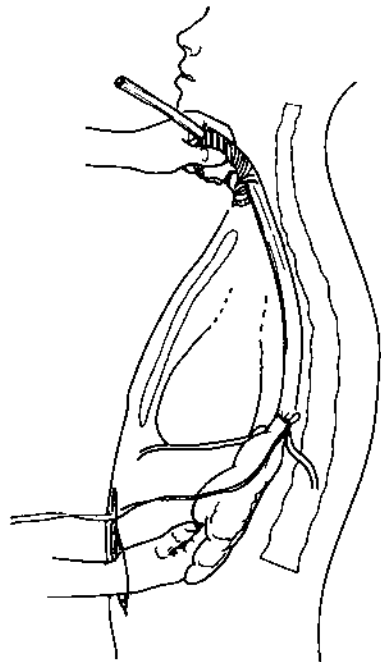


图 16-118 肛管插入以助上提胃

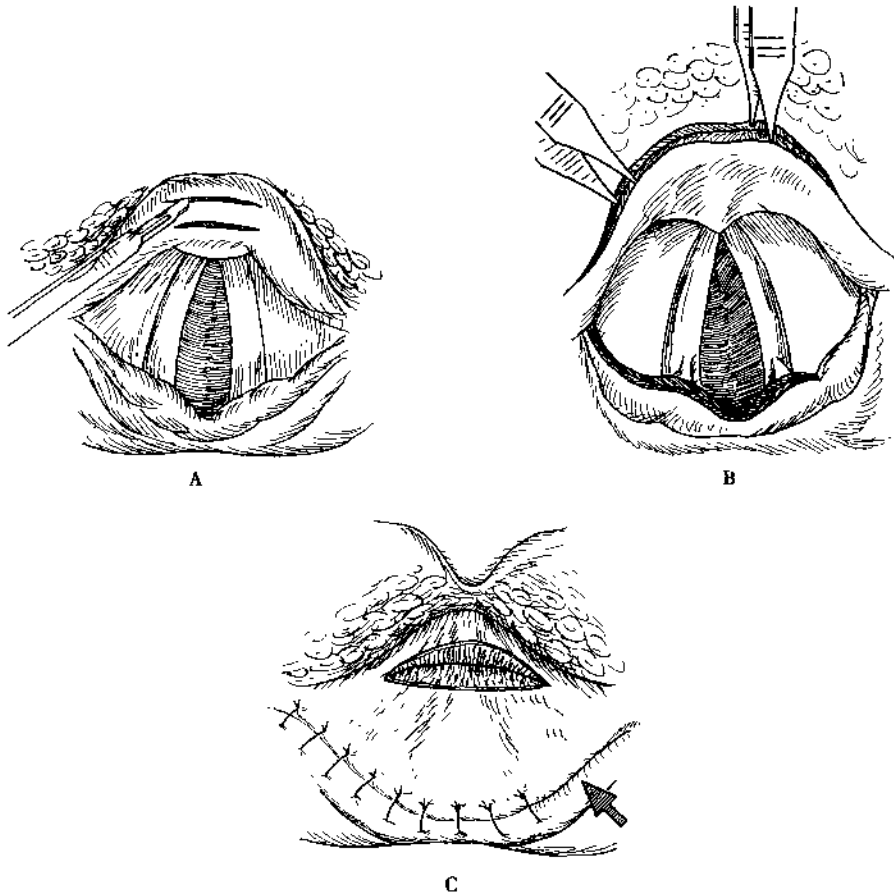


图 16-137

- A. 水平切开会厌软骨 B. 切开并翻起会厌、杓会厌襞和杓状软骨粘膜
C. 会厌缝于杓状软骨及杓会厌襞并留一小开口

层缝合伤口。

【术后处理】

1. 气管切开护理常规。
2. 术后注意是否仍有误吸，若有可内镜下处理修正。

第六节 保留喉功能下咽癌切除术

自 1978 年以来，山东医科大学附属医院耳鼻喉科收入院手术治疗，资料完整的下咽恶性肿瘤 305 例。男 279 例，女 26 例，男女之比为 10 : 1。年龄最小者 14 岁，最大者 77 岁，50~56 岁间居多。肿瘤分区为梨状窝 234 例，环后区 21 例，下咽后壁区 35 例及下咽上区 15 例。根据 UICC (1971) 分期标准，305 例 TNM 分期为 I 期 6 例，II 期 12 例，III 期 65 例及 IV 期 123 例。保留喉功能组 206 例，不保留喉功能者 99 例为 III 期 17 例，IV 期 82 例 (表 16-1)。

4. 结肠上徙整复 结肠上徙最早用于代替胸段食管，50年代初期开始用于下咽、颈段食管的整复，至60年代左、右结肠均有应用。右结肠上徙后为顺蠕动是其优点，但是左结肠的血管蒂为中结肠血管，提供的肠段远较右结肠为长，研究证明其逆蠕动对食物的下行并无重要影响。结肠可经食管床、胸骨后或胸前皮下途径上徙至颈部。三条途径以后纵隔途径（原食管床）最短，多用于一期整复。胸前皮下途径多用于二期整复，亦是最安全的途径，若有结肠段坏死，便于以胸部皮肤修复，但此途径最长，有时不易切取较长的结肠段，且术后下咽慢。

结肠段（左）的切制：以正中或旁正中腹切口进入腹腔，自结肠大网膜切断胃结肠与膈结肠韧带，并分开结肠外侧腹膜返折。

辨清结肠血管分布情况，切断右上结肠动脉、中及右结肠动脉间的交通支及左结肠动脉的上支及下支，形成一由结肠中动脉供血的结肠段（图16-123）。游离结肠段时系膜和动脉间的切开处要与肠段有足够的距离，以免损伤或阻断了边缘动脉循环。

（1）纵隔食管途径：结肠段及其血管蒂于胃后经纵隔食管床送至颈部，以防止血管蒂过幽门处时受压。其远端吻合于胃小弯的前面或后面，以不发生扭转为原则；吻合处尽量靠近胃底。结肠段颈端与咽粘膜对位间断内翻向腔内打结缝合（图16-124）。

由于食管拔脱常损伤迷走神经，需同时作幽门成形术，以利排空。

（2）胸骨后途径：腹部组医师一手于颈侧紧贴胸骨向下以手指进行钝性分离，腹侧在前膈区剑突内面处切开膈肌，另一手自下而上紧贴胸骨向上钝性分离，直至两手相遇完全分通隧道够宽为止。分离时特别右侧有时会分破胸膜，应注意避免。此途径也较短，但有时胸上口气管的右侧较窄，需切除右胸锁关节及胸骨柄上部始够宽敞（图16-125）。

（3）胸前皮下途径：此途径较其他两途径创伤小，较为安全。但途径较长且在胸廓上、下端弯曲

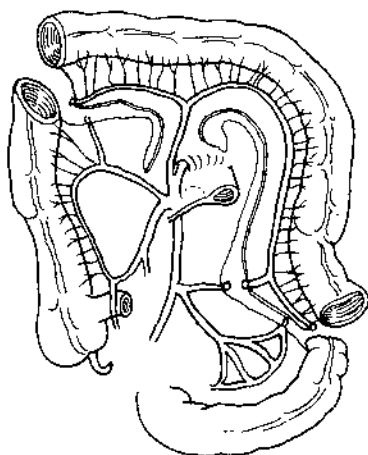


图 16-123 结肠段血管已切断

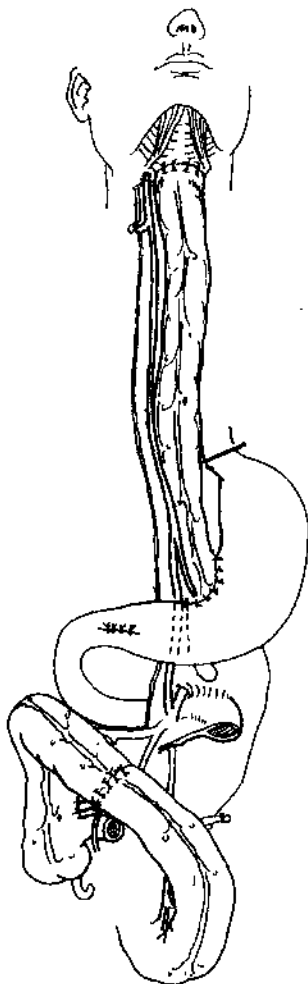


图 16-124 结肠段已吻合完毕
并完成幽门成形

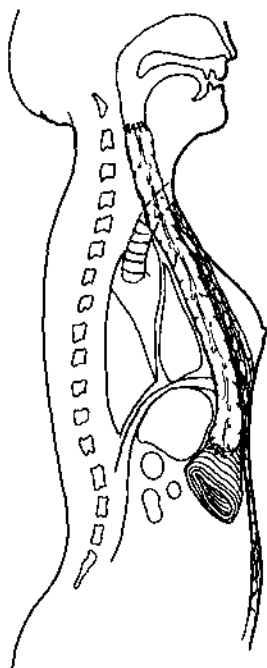


图 16-125 胸骨后径路

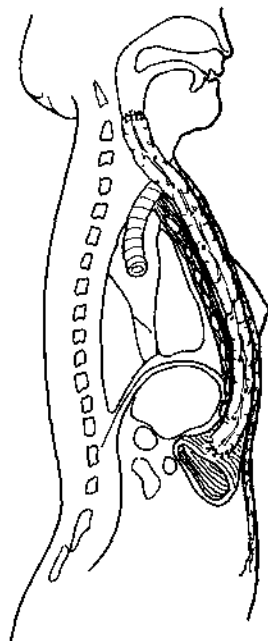


图 16-126 胸前皮下途径

有发生血管受压之虞，术后可有食物下行慢的情况（图 16-126）。

为了尽快能够进食，多主张在关腹前作肠造口。置入软引流，逐层缝合关闭腹腔。

术后并发症主要是结肠坏死，咽结肠吻合处脱开形成咽瘘及感染等。

5. 空肠下段带蒂、上段吻合血管整复 手术由颈、腹二手术组同时进行。颈组负责切除下咽、喉及颈段食管，解剖受区血管、吻合血管及重建下咽及食管。腹组负责游离肠管，两组共同完成食管拔脱及肠管上提。

游离空肠管的切制：经腹上部正中切口进入腹腔，将近端空肠袢提出切口外，展开肠系膜找出肠系膜上动、静脉向空肠近段发出的 1~4 支小肠动、静脉。这 1~4 支动、静脉供血空肠近段 40~50cm 的肠管，可供整复下咽及食管之用。一般多选择第 2 支小肠动、静脉与颈部受区动、静脉吻合，保留第 4 支小肠动、静脉作移植肠段滋养血管。仔细观察该段肠管的血管弓，逐步分离，切断小肠动、静脉的侧方支，以增加血管弓长度，使肠管尽量伸直，但一定要保护好最后一级血管弓（图 16-127）。用小血管夹阻断第 2、3 支小肠动、静脉主干，观察 10 分钟，如肠边缘小动脉搏动良好，肠壁色泽正常，证明血管弓是完整的；否则证明血管弓已受到损害，不能供移植之用。于小肠动、静脉根部切断第 2、3 支小肠动、静脉、保留第 4 支小肠动、静脉，于十二指肠悬韧带下方 5~10cm 处，第 1 支小肠动、静脉下方切断空肠，再于第 4 支小肠动、静脉下方切断空肠，空肠段约长 40cm（图 16-127）。空肠段经横结肠系膜戳孔，胃的后方，经膈食管床上提至颈部与咽部进行端端吻合，并随食管上提置入后纵隔烟卷引流，其下端经腹壁另作切口引出缝于皮肤。亦可经胸骨后或胸前皮下途径上提空肠至颈部，各途径的制作方法参阅本节结肠上徙整复。空肠第 2 支小肠动、

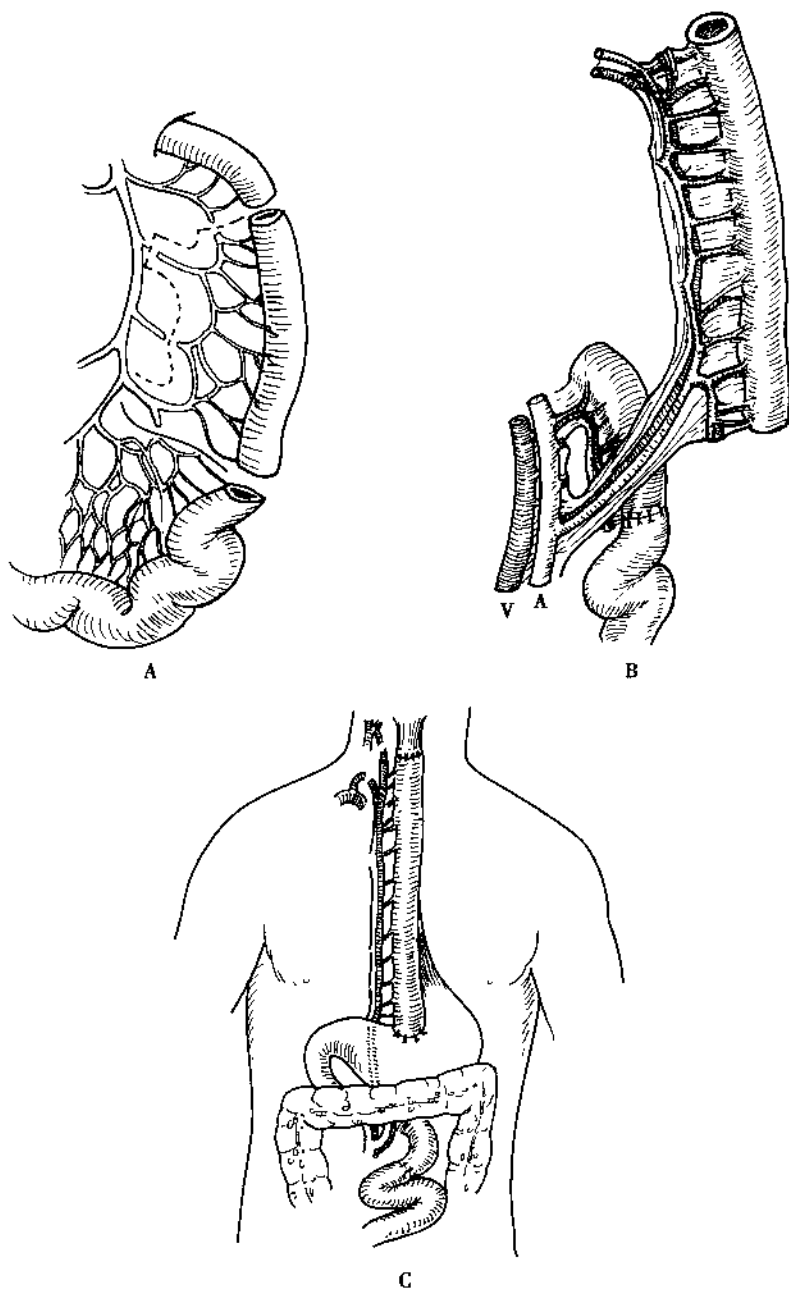


图 16-127

- A. 空肠近端的血管分布及肠管的截取 B. 下部带血管蒂的肠管
C. 空肠部分带蒂，上端吻合血管移植重建颈、胸段食管

静脉分别与颈部相应动、静脉吻合恢复肠管上部血供。移植的空肠段下端与胃体小弯侧行端侧吻合（图 16-127）。然后将空肠两断端吻合恢复肠道的正常连续。作幽门成形，以利胃的排空。

分别缝合颈、腹部切口。颈部切口内置入负压引流。

肠管上提至颈部的径路选择：胸前皮下径路最安全，一旦发生肠管坏死较易处理，多于病人情况差或晚期食管癌梗阻解决经口进食而采用。原食管床径路最短，符合解剖生理要求，颈段食管或下咽颈段食管癌的切除多采用此径路上提肠管进行整复。胸骨后前纵隔径路，具有径路短、操作方便的优点，多于治疗食管瘢痕性狭窄或其他食管良性病变而采用之。

【术后处理】

- (1) 加强护理。
- (2) 颈部加压包扎至负压引流取出后 24 小时。
- (3) 负压引流于每日引流量不足 20ml 时取出。
- (4) 静脉应用抗生素。
- (5) 气管切开护理常规。
- (6) 鼻饲管于术后 48 小时内作引流用，以后经之喂食。
- (7) 腹部引流 4~5 天去除。
- (8) 腹部张力缝线术后 2 周拆除。
- (9) 术后 7~10 天经口先进流质而后半流质饮食。
- (10) 补充甲状腺素及钙剂。
- (11) 结肠上徙恢复正常吞咽功能时间多较胃上徙长，但无胃上徙反流的痛苦。
- (12) 术后可训练食管发音。

【注意事项】

- (1) 剥离食管胸段时要紧贴食管壁，特别注意气管分叉处与食管间的纤维带，分离要细心，避免撕裂气管后壁。剥离食管上胸段时，要暂时将气管内插管气囊放气，以免剥离时损及脆弱的气管后壁。
- (2) 若有气管破裂或大出血应及时切开胸骨给予适当处理。
- (3) 胃肠血管切断时要缝扎，避免术后脱落出血。
- (4) 关闭腹腔前，应注意察看幽门成形情况，十二指肠和胆管有无扭转，若有应予适当调整。

【术后并发症】

- (1) 呼吸困难：术中若有气管后壁破裂可有大量气体逸出，多于术时修补。术后气胸，应及时进行肋间插管作水下排气。
- (2) 出血：术中剥离食管时渗血，胃上提后胃的填压作用即可止血，若有大量出血，可切开胸骨止血。术后出血多因胃部血管结扎线脱落引起，切断时应予缝扎防止脱落。血管坏死出血少见。
- (3) 吻合口裂开及瘘。
- (4) 胃上提术后每餐少食，餐后直坐半小时，多不影响胃的功能。
- (5) 术后低甲状腺素及低钙应予补充纠正。

(二) 下咽、喉及颈段食管切除次期重建

下咽、喉及颈段食管上段切除后，咽口及食管上口缝于皮肤，缝合皮肤切口，使皮肤贴于颈椎前面，伤口愈合 3~4 周后重建咽及颈段食管。咽、颈段食管切除未行或一

侧行过颈清扫者，可以颈、肩皮瓣重建咽及颈段食管缺损，作过双侧颈清扫者，应以颈及胸三角皮瓣联合重建下咽和颈段食管。

1. 颈、肩皮瓣重建下咽及颈段食管

(1) 颈、肩皮瓣的制作：于未行颈清扫侧，自三角肌区向颈部至胸锁乳突肌后缘中部以下处翻起宽8~9cm及长16~20cm的皮瓣，复回缝合于原处。

(2) 2周后，将制作的皮瓣重新切开翻起，自其蒂部向远端使皮面向内缝合形成皮管(图16-128)。自皮管基部行钝性分离，将颈侧前皮肤潜行分开，形成隧道通向咽口，继将咽口周的粘膜与皮肤切开。以弯钳由咽口处伸入皮下，夹持皮管的远端(图16-129)拉至咽口，将皮管开口与咽口粘膜断缘吻合，使咽与皮管(新食管腔)相通。剥离松解咽口周及供血区周皮肤，分别对位缝合，封闭创面(图16-130)。自皮管下端插入导尿管，术后经常吸引咽部唾液。

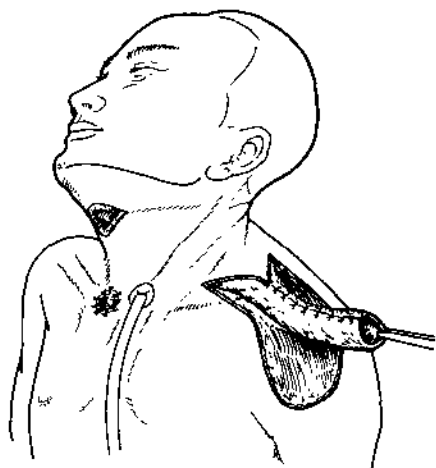


图 16-128 颈、肩皮瓣形成皮管

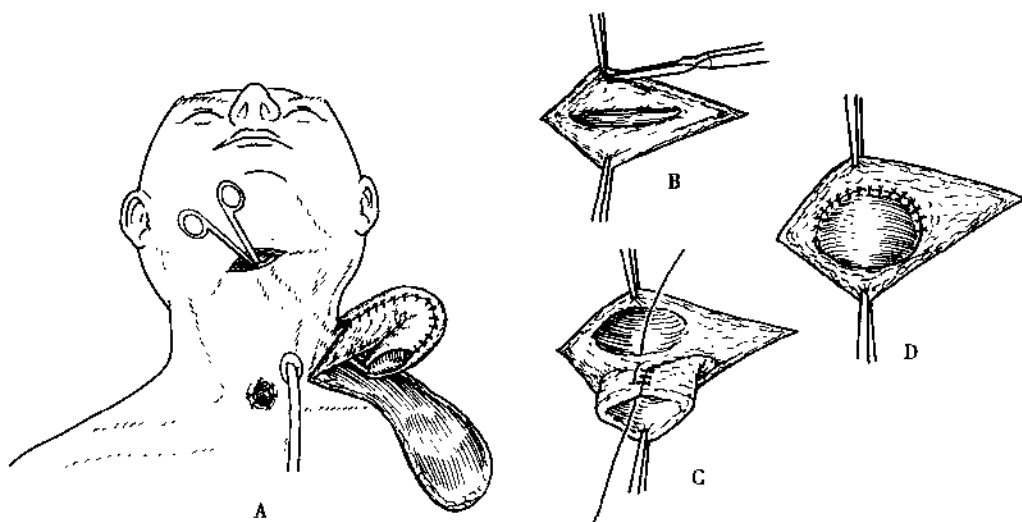


图 16-129 缝制颈肩皮管

- A. 经皮下将皮管远端拉至咽口区 B. 剥离咽口组织制作创面
- C. 皮管与咽口吻合 D. 皮管与咽口吻合后情况

(3) 2周后，将皮管在其蒂部切断，于皮下行钝性剥离，通向食管口之上，继续游离食管上口，以血管钳伸入皮下钳住皮管近端拉至食管口，与之行端端吻合。缝合皮肤切口(图16-131)，插入鼻饲管。

(4) 术后处理：①二次术后，经常吸引新咽内的唾液，保持局部清洁，并给予足量抗生素；②三次手术后鼻饲2周，伤口愈合后取出鼻饲管。

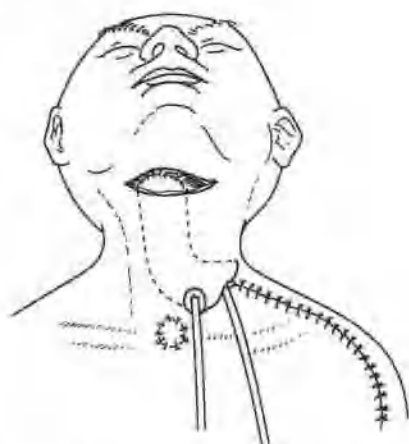


图 16-130 皮管近端与食管口吻合

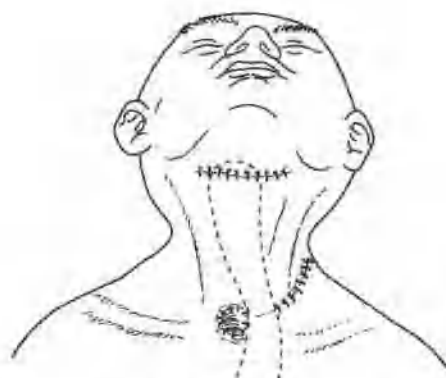


图 16-131 颈、肩皮瓣重建咽、食管情况

2. 颈及胸三角皮瓣联合重建下咽、颈段食管 在颈前两侧相距 6~8cm 处, 上自咽口稍上及下至食管口稍下, 各作皮肤垂直切开, 在两切口上、下端之间作横切口, 上切口过咽口上缘, 下切口过食管口下缘 (图 16-132)。分离两侧皮瓣至咽、食管口的两侧缘, 将两侧皮瓣的游离缘于中线对位缝合, 其上、下缘分别与咽口及食管口的前缘缝合 (图 16-133), 插入鼻饲管。制作胸三角皮瓣 (参阅本章梨状窝癌切除胸三角皮瓣与颈肌皮瓣整复段) 覆盖颈前创面, 并予缝合, 缝合前于皮下分散钉缝数针。胸部供皮区植以裂层皮片 (图 16-134)。

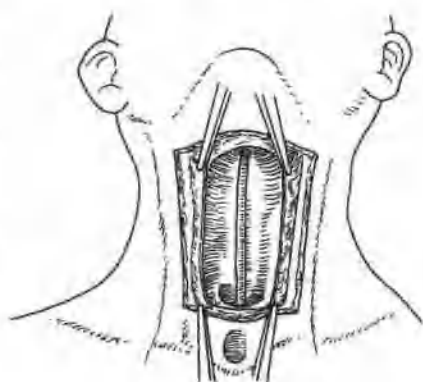


图 16-132 于咽口周切制皮瓣形成下咽、颈段食管前壁内层

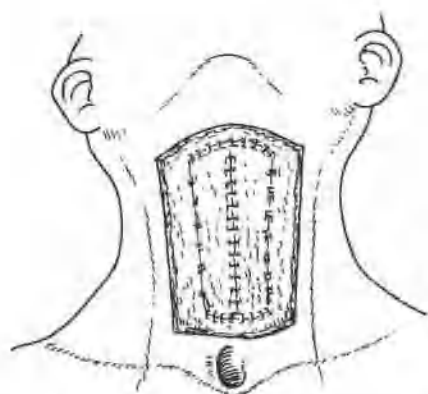


图 16-133 下咽、颈段食管前壁已形成

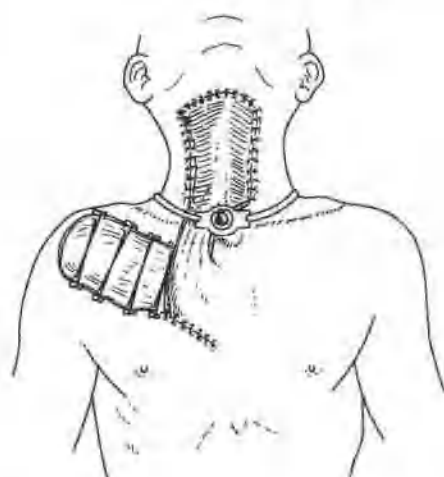


图 16-134 以胸三角皮瓣整复下咽、颈段食管前壁外层后情况, 供皮区以裂层皮片覆盖

第五节 颈段食管癌切除术

食管分颈、胸、腹三段。颈段食管从环状软骨至第2胸椎平面，长5~8cm。其前为气管膜部，之间有少量疏松结缔组织，易于分开；后为椎体、颈长肌及椎前筋膜；两侧有颈动脉鞘及其内含物、甲状腺及甲状腺下动脉，两侧喉、气管内有喉返神经上行至喉。颈段食管至颈根处左偏超出气管左缘4~6mm，故左侧贴近颈动脉鞘。

【食管解剖】 食管自内向外由复层鳞状上皮、粘膜下层和肌肉层及外膜组成。粘膜下层为松软结缔组织，肌肉层内为环形及外为纵形肌肉组成。肌层在颈部为横纹肌，而胸腹部为平滑肌。动脉来自左、右甲状腺下动脉，有时也来自锁骨下动脉。静脉始自粘膜下静脉丛，静脉丛形成静脉干后，穿过肌性食管壁达食管表面，而在食管周围形成静脉丛，最后汇入甲状腺下静脉。食管神经源自喉返神经及交感神经干。副交感神经和交感神经在肌、膜层间形成网状，有调节食管蠕动作用。颈食管淋巴引流至气管周淋巴，进而向上至咽淋巴终于颈内静脉淋巴结或向下入上纵隔淋巴。

【食管生理】 颈食管参与吞咽功能。环咽肌位于颈食管上端，起着食管上端的括约肌作用。环咽肌协调的松弛是正常生理性吞咽的关键。环咽肌扩张引发食管的蠕动。环咽肌静止时的张力能防止或降低食管内容物向下咽部反流。

绝大多数颈段食管癌向下扩展累及胸段食管及绝大多数颈部食管癌由下咽部扩展所致。原发于颈食管癌，占食管癌的5%~14%，局限于颈段食管者较少见。颈段食管癌易发生上呼吸、消化道及肺部第二原发癌。

【病理分级】 颈食管癌的分级与胸段食管同。

T₀ 原位癌

T₁ 肿瘤5cm或短于颈食管，无梗阻，无全周或无透壁受累。

T₂ 肿瘤超过5cm长，无食管外扩散，无梗阻，无食管全周受累。

T₃ 有食管外扩散。

N₀ 无临床触及淋巴结。

N₁ 有区域淋巴结转移。

【颈段食管癌切除原则】

Negre (1980) 在总结了前人和自己的经验后指出：食管节段性切除长度不应超过3cm。临床上，肿瘤长度<1cm者很少见，即使发现这种肿瘤，其上、下切除线也只有1cm，有违食管癌上、下切除线3cm的原则。因此，这种局限性切除方法，只适用于食道原位癌或带蒂的微癌，临床上这种病变极少见，也难以明确诊断，其应用极少。目前，颈段食管癌切除限于颈部喉功能保留者，可采用带蒂皮瓣或游离皮瓣或胃肠段整复。病变较广泛者，或下咽、喉及食管全切除者可采用带蒂胃、肠段整复。

一、颈食管部分切除端、端吻合术

由于食管壁内有丰富的血管丛，食管分离可以较广泛，也不至于坏死。食管肌层环形切断（部分或全层）能有效的降低吻合口的张力。综合文献报道27例癌5年生存率

为 22%，14 例良性病变，术后无瘘口，继发吻合狭窄为 21%。因此，在提高和完善外科技巧及严格控制适应证的基础上仍有可取之处。

【适应证】

- (1) 颈部食管原位癌或带蒂的癌瘤。
- (2) 稳定性的局限性颈食管良性病变（狭窄或穿孔，高位食管、气管瘘）。

【术前准备】

(1) 术前应取得病人的良好的配合，让病人了解手术可能发生的并发症和危险，并签好手术协议书。

- (2) 慢性器质性疾病、营养不良等均应予以处理和纠正。
- (3) 术前 1 天给预防性抗生素，术前排便，插入鼻饲管。
- (4) 术前食管钡餐，CT 及内镜检查进一步确定肿瘤的范围。

【手术步骤】

- (1) 病人仰卧手术台上，双肩下垫一软枕，头转向对侧并稍过伸。
- (2) 麻醉：局麻下插入带气囊的气管插管，施以全麻。
- (3) 切开及显露：沿左侧胸锁乳突肌前缘作皮肤切口（图 16-135A），因颈食管多突

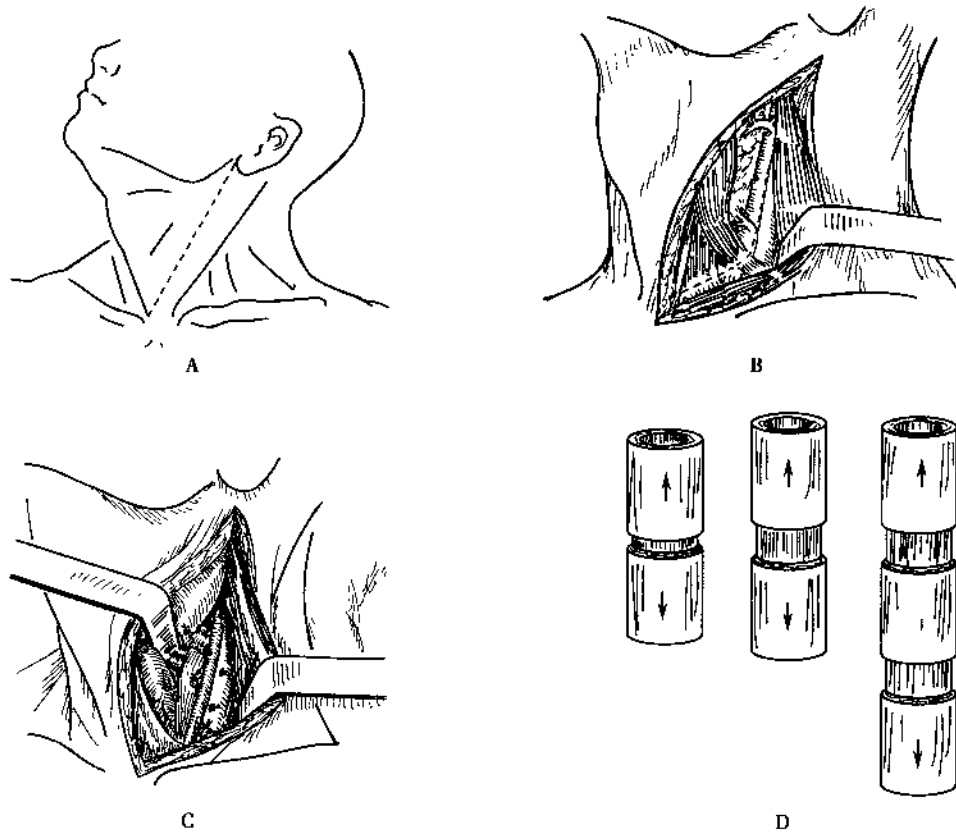


图 16-135

- A. 颈部皮肤切口 B. 切开皮肤、皮下组织、虚线示深层组织切开线 C. 切断肩脾舌骨肌及甲状腺下动脉 D. 环形肌切断术环形食管壁肌层，增加食管长度

出于气管左侧缘，左侧对食管显露较右侧为易。于胸锁乳突肌前缘自乳突尖下至胸骨切迹切开皮肤、颈阔肌和颈浅筋膜。如果由颈外静脉切口交叉，应结扎、切断（图 16-135B）。以拉钩拉开切口，切断肩胛舌骨及，甲状腺中静脉和甲状腺下动脉，循颈动、静脉内侧自侧面分离食管（图 16-135C）。食管与脊柱之间有一层疏松结缔组织间隙，易于分离。在左侧喉返神经位于气管、食管沟内，多不易损伤。

（1）食管环形肌切开：颈食管分出后，原位癌或带蒂癌瘤在约距癌瘤上、下 1~1.5cm 处切除。良性病变只切除病变食管，而后进行食管端、端吻合，吻合时如张力过大，吻合困难时，在距吻合口 2~4cm，环形切开肌层（图 16-135D）。还可距前一次肌切断 3~4cm 处，行第二次环形肌切断。一次切断可延长食管 2cm。适当减张后，将食管两断端对位间断内翻缝合。逐层缝合深部组织及皮肤，并置入负压引流。

二、颈食管全切除术

【适应证】

- （1）梨状窝癌、环咽后壁癌向下累及颈段食管而未累及喉、气管者。
- （2）颈段食管癌未累及喉气管者。
- （3）颈段食管癌向下扩展累及胸段食管而气管仍能保留者。

【禁忌证】

- （1）70 岁以上或周身健康状况不适于行超根治手术者。
- （2）肿瘤转移或局部病变难以彻底切除者。

【术前准备】

- （1）术前应取得病人很好的配合，否则会使良好的手术遭到失败。
- （2）应让病人了解由于病情复杂，术中常会改变术式或整复方法，术后失去发音功能及长期带气管套管，手术可能发生的并发症和危险，并签好手术协议书。
- （3）慢性器质性疾病、营养不良等均应予以处理和纠正。
- （4）术前 1 天预防性应用抗生素，去手术室前应排便并插鼻饲管和导尿管。
- （5）喉、食管平片、体层片、食管钡餐、CT 及内镜检查以进一步确定肿瘤范围和扩散情况。

【手术步骤】 体位：取仰卧位，肩下垫枕，头向后仰伸。

麻醉：局麻下作气管切开，插入带气囊的气管内插管，施以全麻。

手术分颈腹两组进行。

颈段食管病变切除：于左侧颈部作改良的 Sørensen U 形皮肤切口（图 16-136），暴露双侧胸锁乳突肌的胸、锁骨附着处，将左侧胸锁乳突肌、颈总动脉、颈内静脉及迷走神经向外侧拉开，显露甲状腺左叶、喉之左半及颈食管上端。除少数颈短或较胖病人需将胸锁乳突肌自胸骨及锁骨附着处切断外，一般都能满意地暴露胸上口。将喉和甲状腺向前轻拉至中线显露其侧后面，于甲状腺下极处细心分离，在气管的后外及食管之前找到左喉返神经。再将食管前壁与气管后壁轻轻分开，找到右侧喉返神经。以纱布条或带绕气管包括喉返神经，牵拉之清楚地显露食管，以手指把气管与食管间钝性向下分开至胸上口或上纵隔。术前放疗者，多有纤维性粘连，剥离时应注意勿将食管分破。

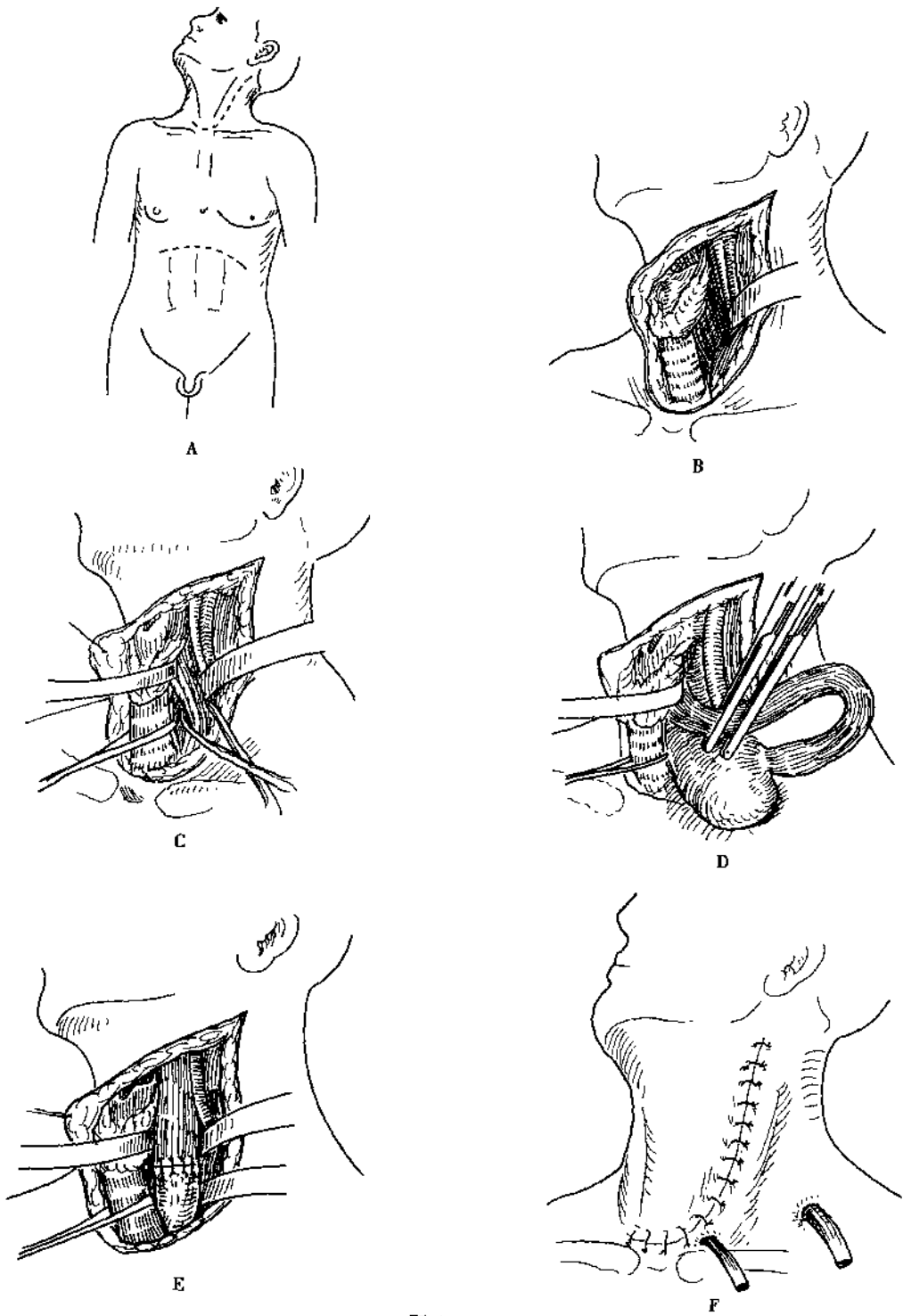


图 16-136

- A. 颈部切口（改良 Sorensen 切口）及腹部切口 B. 喉之左侧、甲状腺及食管上端已显露
 C. 颈段食管已分开 D. 胃及食管提至颈部，夹住颈段食管准备切断
 E. 胃已与食管或下咽吻合完毕 F. 颈部伤口缝合后情况

食管拔脱与胃上提：与颈部手术的同时，腹部组经腹部横切口进入腹腔，察看肝及腹部淋巴有无转移，确定无转移后，游离胃及纵隔食管（参阅本章第四节之下咽、喉及颈食管全切除、胃上提整复），完全游离后，将颈段食管轻轻向上牵拉，以二钳夹住切断，食管下断端以丝线连续缝合并留长线。将已游离的胃轻轻经纵隔食管床送至颈部至食管上断端，食管下端于胃、食管接合处切断，并将胃部切口分层缝闭。切开胃底与食管上端内翻间断吻合。吻合时应注意勿使胃部血管扭曲及吻合后避免吻合处有张力。

胸、颈部伤口分别分层缝合，并分别置入负压引流。

术后处理：①鼻饲2周，创面愈合后，取出鼻饲管；②足量抗生素预防感染；③3周后，切断皮瓣蒂部，将蒂部皮肤复回胸部。

【注意事项】

- (1) 同本章第四节之下咽、喉及颈食管全切除，胃上提整复。
- (2) 游离颈段食管时注意保护喉返神经。

【术后处理】

- (1) 气管切开护理常规。
- (2) 颈部加压包扎至负压引流取出后24小时。
- (3) 颈部负压引流于每天引流量不足20ml时取出。
- (4) 静脉应用足量高效抗生素。
- (5) 鼻饲管于术后48小时作引流用，以后经之喂食。
- (6) 腹部引流4~5天去除。
- (7) 腹部张力缝线术后2周拆除。
- (8) 术后7~8天试咽，无误吸时先进流质而后半流质饮食。
- (9) 鼻饲管于下咽无误吸时拔除。
- (10) 气管套管于无误吸后和堵管无呼吸不畅后拔除。

三、晚期颈食管癌误吸治疗

颈食管癌透壁扩散累及椎前筋膜、气管或颈动脉，其治疗主要采用放疗及化疗。同时或序列应用，结果有45%及87%良好应答效果，存活时间仍以月计（11-22个月），偶尔有长期无瘤存活者。

晚期颈食管癌由于食管梗阻引起严重误吸，咽气道分泌物吸入气管导致致命的肺部炎症。气管切开加强护理，虽起到一定作用，但彻底解决误吸是关键。Lindeman将气管切断，其喉端缝闭并以胸锁乳突肌加强。结果杜绝了吸人性肺炎，但失去了发音功能。Laurian等（1986）采用会厌-杓会厌缝合固定术消除了误吸且保留发音功能。

【手术操作】

气管内插管，全麻下作气管切开后，经气管切开继续全麻。作咽前切开，经会厌上方进入咽腔。切开舌骨会厌及甲状会厌韧带（图16-137A）。翻起会厌、杓会厌襞及杓骨部粘膜（图16-137B）。会厌软骨与杓会厌、杓状软骨和会厌粘膜与杓会厌襞粘膜缝合，留一能发音不误吸开口，供发音之用（图16-137C）。缝合封闭咽腔，逐

Contents 目 录



Seven Days' Talks on
Religious Issues

◎ 引 言 1

◎ 第一日 1

综览宗教现象

- 一 鸟瞰来龙去脉 2
 - §1 何为“宗教”? 3
 - §2 何来“宗教”? 7
 - §3 世界宗教 8
 - §4 中国宗教 20
 - §5 中国宗教的宗法化 21
 - §6 儒学对中国宗法性宗教的影响 21
 - §7 中国宗教源流 24
 - §8 外来宗教的中国化 25
 - §9 中国宗教的百年回顾与前瞻 32
 - §10 社会主义中国的宗教 36
- 二 简析宗教功能 48
 - §1 幸福追求 48
 - §2 道德约束 62

§3 终极关切	69
三 重视群众作用	75
§1 宗教对人类文明的影响	76
§2 马克思主义群众观和马克思主义宗教观的一致性	80

◎ 第二日 91

剖析宗教热点

一 西藏问题	95
§1 杜洋人之覬覦,制达赖之外附	96
§2 驳“宗教的、种族的西藏”论	103
§3 围绕班禅转世的一场斗争	108
二 新疆问题	122
§1 从“疆”字说起	122
§2 从上海合作组织说起	128
三 中梵问题	137
§1 近两千年来天主教“圣统制”的演变	137
§2 半个世纪以来我们和梵蒂冈的冲突	142
§3 近年来我们和梵蒂冈的交锋	145
§4 新老教皇交替期间我们与梵蒂冈的周旋	149
§5 小结:梵蒂冈坚持对我使用两手,用心何在	151
四 中国天主教的出路问题	154
§1 分裂的历史与留存的现实	155
§2 三对关系,两种模式,一个公式	158
§3 三大宗教融合或者冲突的例子	161
§4 历史上的梵蒂冈与恶性循环模式	164
§5 中国天主教的新生和启示	167

§6 中国天主教如何适应社会主义社会	170
§7 结论：“走进良性循环模式”	178
五 抵御渗透问题	179
§1 渗透何以咄咄逼人	179
§2 为何必须抵御渗透	185
§3 如何抵御渗透	189
§4 抵御渗透要收拾人心	192
§5 学会在扩大开放中抵御渗透	197
六 邪教问题	199
§1 在美国与“法轮功”邪教的一场遭遇战	200
§2 如何区分宗教与迷信、邪教	203
§3 邪教的两个要害	209
§4 邪教的恶变历程	212
小 结	213
◎ 第三日	217
<hr/>	
化解宗教冲突	
一 原因分析	218
§1 宗教的“放大”作用	218
§2 双重紧张和双重焦虑	220
二 三个实例	237
§1 1992年云南平远街回民贩毒问题	237
§2 1993年宁夏西吉伊斯兰教哲派械斗事件	238
§3 2000年的阳信事件	242
三 化解之道	247

