

消化系统疾病 及其护理

主编

李树玲 吕相坤 马守翠
左德翠 张为朵 陈金凤

中国社会科学出版社

消化系统疾病及其护理

主编 李树玲 吕相坤 马守翠
左德翠 张为朵 陈金凤

中国社会科学出版社

主 编	李树玲 左德翠	吕相坤 张为朵	马守翠 陈金凤
副主编	孙利华 赵 华	金晓菡 崔冬梅	曹广云 朱崇芝
编 委	吴向阳 周玉珍	崇宏雯 张立莲	李照燕 刘长靓
	李照霞 刘 岩	王萍萍 曲宝捷	刘凤云

前 言

现代护理学的发展给护理教育和护理实践带来了机遇和挑战, 护理学及医学又有长足的进展, 为适应我国目前护理专业发展形势需要, 特别方便晋级的需要, 编写本教材。

本书共分两大篇。第一篇分九章, 分别叙述食管、胃、肠道、肝脏、胆道、胰腺、腹膜及常见的消化系统的操作技术。每一章又分许多节, 详述各脏器常见的症状、体征、治疗及按护理程序进行的护理。第二篇分十章, 从基础护理的角度, 论述如何在护理教育和实践中, 保持以人为本, 以人的健康为中心, 通过科学的人道主义的高质量护理服务, 达到保持和促进健康, 预防疾病, 最大限度的康复和帮助病人, 提高生存质量。

本书特点根据解剖位置, 分述各脏器常见的疾病及护理, 重点突出, 难点详细阐述, 对医疗护理人员研究消化系统疾病提供了方便。

编写中, 作者们广泛阅读参考国内外专著及教材, 力求达到使用方便的目的。本书适用于各医药院校护理专业大专学生, 主要适应临床医护工作者的晋级参考。

本教材编写时间仓促及水平有限, 在编写过程中难免有不当之处, 恳请同行给予指出, 将非常感谢。

编者

2007. 5

目 录

第一篇 消化系统疾病及护理

第一章 食管疾病	(001)
第一节 食管概述	(001)
第二节 食管癌	(002)
第三节 食管贲门失弛症	(012)
第四节 返流性食管炎	(012)
第五节 食管裂孔疝	(014)
第六节 巴雷特(Barrett)食管	(014)
第七节 食管贲门粘膜撕裂症(Mallory—Weiss 综合征)	(015)
第二章 胃疾病	(016)
第一节 胃概述	(016)
第二节 急性胃炎	(018)
第三节 慢性胃炎	(020)
第四节 消化性溃疡	(023)
第五节 胃癌	(029)
第六节 胃术后并发症	(033)
第七节 胃恶性淋巴瘤	(036)
第八节 胃扭转	(037)
第九节 急性胃扩张	(038)
第十节 胃结石	(039)
第十一节 胃粘膜巨肥症	(040)
第十二节 胃粘膜脱垂症	(041)
第十三节 卓—艾综合征	(042)

第十四节 应激性溃疡·····	(043)
第三章 肠道疾病·····	(045)
第一节 肠道概述·····	(045)
第二节 肠结核·····	(048)
第三节 溃疡性结肠炎·····	(052)
第四节 肠梗阻·····	(055)
第五节 结肠癌·····	(064)
第六节 直肠癌·····	(069)
第七节 阑尾炎·····	(075)
第八节 非特异性十二指肠炎·····	(081)
第九节 急性出血性肠炎·····	(082)
第十节 乳糜泻·····	(083)
第十一节 热带性口炎性腹泻·····	(085)
第十二节 短肠综合征·····	(086)
第十三节 类癌瘤、类癌综合征·····	(088)
第十四节 克隆病·····	(089)
第十五节 肠道易激综合征·····	(091)
第十六节 十二指肠憩室·····	(093)
第十七节 肠系膜上动脉综合征·····	(094)
第十八节 结肠息肉·····	(095)
第四章 肝脏疾病·····	(097)
第一节 肝脏概述·····	(097)
第二节 肝硬化·····	(099)
第三节 肝性脑病·····	(106)
第四节 原发性肝癌·····	(111)
第五节 急性肝衰竭·····	(115)
第六节 门静脉高压·····	(118)
第七节 肝脏良性肿瘤和肝囊肿·····	(126)
第八节 细菌性肝脓肿·····	(127)
第九节 脂肪肝·····	(128)

第十节 肝静脉闭塞症与肝段下腔静脉梗阻症·····	(129)
第十一节 胆汁淤积性黄疸·····	(130)
第十二节 肝肾综合征·····	(132)
第五章 胆道疾病·····	(133)
第一节 胆道概述·····	(133)
第二节 胆道感染及胆石症·····	(138)
第三节 胆囊癌·····	(149)
第四节 胆管癌·····	(149)
第六章 胰腺疾病·····	(151)
第一节 胰腺概述·····	(151)
第二节 急性胰腺炎·····	(151)
第三节 慢性胰腺炎·····	(159)
第四节 胰腺癌·····	(160)
第五节 壶腹部癌·····	(163)
第七章 腹膜疾病·····	(165)
第一节 腹膜的解剖生理概要·····	(165)
第二节 急性化脓性腹膜炎·····	(166)
第三节 腹腔脓肿·····	(170)
第四节 肠系膜淋巴结结核·····	(171)
第五节 腹膜后肿瘤·····	(172)
第六节 腹膜间皮瘤·····	(173)
第八章 消化系统其他疾病·····	(174)
第一节 上消化道大量出血·····	(174)
第二节 钩虫病·····	(180)
第三节 肠绦虫病·····	(183)
第四节 囊虫病·····	(185)
第五节 便血·····	(188)
第六节 黄疸·····	(190)
第九章 消化系统临床常见症状、体征、检查及护理·····	(192)
第一节 消化系统疾病常见症状、体征·····	(192)

第二节	消化系统常见实验室及其他检查·····	(193)
第三节	消化系统疾病常见护理诊断·····	(200)
第四节	胃肠减压病人的护理·····	(206)
第五节	腹腔引流病人的护理·····	(209)

第二篇 护理学基础

第一章	医院环境·····	(212)
第一节	医院环境·····	(212)
第二节	病人床单位的准备·····	(216)
第三节	出入院病人的护理·····	(220)
第二章	护患关系与沟通·····	(222)
第一节	护患关系·····	(222)
第二节	沟通的概念与技巧·····	(224)
第三章	医院感染的预防与控制·····	(234)
第一节	医院感染预防与控制的原则·····	(234)
第二节	清洁、消毒、灭菌·····	(235)
第三节	无菌技术·····	(261)
第四节	隔离·····	(265)
第四章	病人舒适的需要·····	(272)
第一节	舒适·····	(272)
第二节	休息与睡眠·····	(275)
第三节	活动·····	(284)
第五章	护理程序·····	(290)
第一节	概述·····	(290)
第二节	评估·····	(291)
第三节	护理诊断·····	(294)
第四节	计划·····	(301)
第五节	实施·····	(308)
第六节	评价·····	(310)
第六章	病人的心理社会反应·····	(312)

第一节	病人对疾病的反应·····	(312)
第二节	病人的心理社会评估·····	(315)
第三节	焦虑·····	(318)
第四节	疼痛·····	(322)
第七章	病人的清洁与卫生·····	(330)
第一节	皮肤、头发的护理·····	(331)
第二节	口腔护理·····	(339)
第三节	常用技术·····	(341)
第八章	生命体征的观察与护理·····	(346)
第一节	体温的观察与护理·····	(346)
第二节	血压的观察与护理·····	(352)
第三节	脉搏的观察与护理·····	(356)
第四节	呼吸的观察与护理·····	(358)
第五节	常用技术·····	(361)
第九章	病人饮食与营养·····	(364)
第一节	人体对营养的需要·····	(364)
第二节	病人饮食与营养的护理·····	(369)
第三节	医院饮食·····	(372)
第四节	特殊饮食护理·····	(375)
第五节	常用技术——鼻饲法·····	(378)
第十章	胃肠及排尿活动的观察与护理·····	(381)
第一节	胃活动的观察与护理·····	(381)
第二节	大肠活动的观察与护理·····	(385)
第三节	排尿活动的观察与护理·····	(393)
第四节	常用技术·····	(402)

第一篇 消化系统疾病及护理

第一章 食管疾病

第一节 食管概述

一、食管的位置和形态

食管为输送食物的肌性管道，全长约 25cm，上端在第 6 颈椎体下缘平面续于咽，沿脊柱前面下降，经胸廓上口入胸腔穿过膈的食管裂孔，至第 11 胸椎的左侧，续于胃的贲门，依其行成食管分为颈部、胸部和腹部三部。

二、食管的狭窄

食管全长有三个生理性狭窄。第一个狭窄位于咽与食管相续处，距中切牙约 15cm；第二个狭窄位于食管与左主支气管交叉处，距中切 25cm；第三个狭窄位于食管穿膈的食管裂孔处，距中切牙约 40cm。这些狭窄处是异物易停留和肿瘤好发的部位。

三、食管的组织结构

食管壁较厚，具有消化管典型的四层结构。

1. 粘膜 粘膜表面为未角化的复层扁平上皮，在与胃贲门交界处移行转变成单层柱状上皮。固有层为细密的结缔组织，在食管两端常含少量的粘液腺。粘膜肌层由纵行的薄层平滑肌组成。

2. 粘膜下层 由疏松结缔组织构成。含食管腺，属粘液性腺体，导管穿过粘膜开口于食管腔。

3. 肌层 分内环行与外纵行两层。食管上四分之一段为骨骼肌；中四分之一段为平滑肌与骨骼肌混杂存在；下二分之一段为平滑肌。

4. 外膜为纤维膜。

四、食管的血供：

颈段食管动脉起自甲状腺下动脉，胸上段气管分叉以上由支气管动脉供血，胸下段的动脉起自降主动脉分支的食管固有动脉，腹段食管由胃左动脉及膈下动脉的分支供血。

五、食管的淋巴引流：

食管颈及胸上段淋巴主要汇归颈深淋巴结。胸中段至气管旁及气管支气管淋巴结。下段食管淋巴主要引流，至贲门周围及腹腔动脉淋巴结。

六、食管与胃之间，虽然在解剖上不存在括约肌，但在此处有一段长约4~6cm的高压区，其内压力比胃内压高5~10mmHg。这一高压区在正常情况下阻止胃内容物逆流进入食管，起到了类似生理性括约肌的作用，故通常将这一段食管称为食管—胃括约肌。当食物进入食管刺激食管壁上的机械感受器，可反射性引起该括约肌舒张，允许食物进入胃内。食物入胃后，刺激幽门部粘膜，通过神经和体液调节机制可加强食管—胃括约肌收缩，对防止胃内食物的倒流起一定作用。

吞咽过程所需的时间与食物的性状有关，在正常人，液体食物约需3~4秒，糊状食物约需5秒，固体食物约需8秒，一般不超过15秒。

第二节 食管癌

一、发病率与流行病学

食管癌是我国常见的恶性肿瘤之一。据统计，食管癌病死率，占全身恶性肿瘤死亡的21.8%，仅次于胃癌而居第二位。

全国食管癌调整的死亡率平均为14.59/10万，河南省最高，33.32/10万；江苏省次之，29.22/10万；还有山西、河北、福建、陕西、安徽、湖北等八个省，死亡率均高于全国平均水平，死亡率最低的是云南省，为1.05/10万。

二、病因

近年来，我国对食管癌进行了大量的调查研究，对病因，虽然迄今尚无肯定的公认结论，但已经阐明与下列因素有关：

1. 食物及饮水中亚硝胺化合物含量高，动物实验已证明亚硝胺可诱发食管癌。
2. 食物中霉菌的致癌作用：实验证明白地霉、黄霉根霉及芽枝霉可诱发动物肿瘤，这类霉菌与亚硝胺有促癌的协同作用。
3. 微量元素：在食管癌高发区，土壤、水源中的微量元素钼、铁、镍含量较低，可能与发病率有关。
4. 饮食习惯：食物过粗硬、过热、进食过快，嗜酒，喜好吃酸菜，营养缺乏，维生素A、B、C缺乏等，与食管癌的发生有一定的关系。
5. 遗传因素：据调查，食管癌患者中，有阳性家族史者，有高达60%，系遗传

因素抑或家族中相同的生活环境与习惯，尚不清楚。

6. 食管慢性炎症病变：如口腔感染病灶，食管白斑、瘢痕狭窄、食管憩室、贲门失弛缓症等的病人中，其食管癌的发病率增高，故认为这类病变为癌前病变。

三、病理

食管癌多数为鳞状细胞癌，下段食管有部分起于贲门的腺癌。癌起源于粘膜层。逐步侵及粘膜下层与肌层，然后外侵至周围的组织与器官。

肿瘤在食管粘膜上形成小的隆起病灶，或形成浅表的糜烂，然后向食管壁的深层、周径及纵轴扩大延伸。肿瘤向食管腔内生长突出，造成不同程度的梗阻；也可能形成溃疡，以致穿孔，或形成内瘘，如食管—支气管瘘，食管—主动脉瘘。

按病理形态，临床上将食管癌分为五型：

1. 髓质型：肿瘤浸润食管壁及全周，病变段食管呈管状肥厚。在x线片上，常可到肿瘤的块影。本型临床最常见，恶性程度高，预后较差。

2. 蕈伞型：肿瘤突出于食管腔内，形如蘑菇，本型因较易引起食管腔内梗阻而引起症状，从而及时诊断。本型手术切除率较高。

3. 缩窄型：有明显的纤维组织增生，形成环形狭窄，梗阻较严重，其上端的食管明显扩张。

4. 溃疡型：深的溃疡穿入食管壁，常累及食管周围组织，或形成瘘。本型食管腔梗阻较轻，手术切除率低。

5. 腔内型：巨大的瘤体肿块，有时带蒂呈息肉样向腔内生长。肿瘤只侵占食管周径的一部分，外侵较少，手术切除率较高。

扩散与转移

起自食管粘膜的癌，向上下方向、食管周径及向肌层扩散浸润，并可侵及邻近组织与器官，晚期可发生食管瘘等严重并发症。

食管癌症的转移，主要是经淋巴途径，上段癌约2/3向上转移到锁骨下动脉旁、气管旁、颈深及锁骨上淋巴结，另1/3向下转移至中段食管引流的淋巴结。中段食管癌先转移到食管旁、肺门、隆突下及心包旁淋巴结，向上与向下转移的机会相等。下段食管癌先转移至食管旁、心包、下肺韧带及贲门旁淋巴结，约有2/3向下转移至腹腔各淋巴结；1/3向上转移到食管中段的淋巴结。食管癌的血行转移较少，转移部位多为肝脏，次为肺与胸膜，骨和其他部位转移较少。

四、临床表现

食管癌男性多于女性，男女的比例约 2: 1，年龄在 50 岁以上约占 80%。

食管癌的症状，可分为早期症状、典型症状及晚期症状。

(一) 早期症状: 早期食管癌病人约 90% 有症状，主要表现进硬食物时，有轻微哽噎感。吞咽时，食管内有疼痛，胸骨后闷、胀、隐痛、不适感。吞咽后食管内有异物感。以上症状往往很轻微且不恒定，常为间歇性发生，易被病人或医师所忽略。

以上早期症状，可长达数月甚至数年。临床医师仔细的询问病史，对早期发现、及时诊断本病有重要意义。

(二) 典型症状 食管癌的典型症状系肿瘤造成的管腔梗阻，其特征是进行性加重的吞咽困难及由此引起的呕吐、消瘦、脱水等表现。

初期症状是进干硬食物感到不畅，有呃逆，须借助汤水冲服。以后症状加重，进软食或半流质也感不畅，须细嚼慢咽或加服汤水才能咽下。更严重者，则进流汁也感困难，连唾液也不能咽下。因此，常伴有呕吐，吐出内容物为多量粘液，有时含陈旧食物。

病人的食欲是正常的，但因食管的梗阻而不能进食。由于长时间的进食障碍，致体重减轻、脱水、贫血、低蛋白血症，甚至恶液质。

吞咽困难的程度，与病变的长度关系不大；而与肿瘤侵犯食管的周径及肿瘤的病理类型有关。如溃疡型癌，肿瘤主要向腔外浸润，有些病例到达晚期，乃无明显吞咽里难症状；而在缩窄型，病变可能很短，但环形狭窄可致严重的梗阻；吞咽困难症状严重。

吞咽困难的发展是逐渐加重的，但因食管腔内梗阻，引流不畅而致炎症水肿，有时症状呈突发加重。如原可进半流质食物，突然加重至饮水也有困难。相反，在病程中吞咽困难有时会自动缓解，这是因为肿瘤组织坏死脱落，或梗阻段食管炎症水肿减轻或消退所致。但是，这种缓解是暂时性的，并不意味病情的好转，也不能依此来作为判定某种治疗方法疗效的标准。

呕吐: 进食后呕吐是常见的症状，尤其是梗阻较严重的患者，呕吐物为粘液及食用的食物，呕血较为少见。

(三) 晚期表现: 由于肿瘤压迫、侵犯周围组织器官或肿瘤转移所致，临床表现多种多样，较常见的有:

1. 锁骨上淋巴结肿大: 转移性淋巴结肿大的特征是孤立或融合的肿块，质地坚硬，可施行穿刺或切开作活检明确诊断。

2. 声音嘶哑：系喉返神经受到侵犯或转移淋巴结压迫所致，多发生于左侧。喉镜检查，见到患侧声带不能运动、固定于内收位，即可确定喉返神经麻痹。

3. 呛咳：食管癌侵及气管或支气管，并穿破形成瘘。当进食时，尤其是进流汁时，食物经瘘口进入气管支气管树，发生剧烈的呛咳，这种征候，称为 Ono 氏征。临床疑有食管—气管或支气管瘘时，可施行碘剂食管造影术，以证实瘘的存在，并观察其部位、大小及形态。造影避免采用钡剂，因为钡剂在体内不能吸收，日后成为异物。

由于食物易于经瘘口进入呼吸道，故难免并发吸入性肺炎、肺不张、肺脓疡等并发症，表现咳嗽、脓性痰，发热、白细胞增高等感染征象。

4. 大量呕血：食管癌有呕血症状者较少见，当病变晚期，肿瘤穿破主动脉或其他大血管时，可表现突然大量呕血，动脉性出血常呈喷射状，色鲜红，呕出后易于形成血块。大量的呕血可致失血性休克或误吸而窒息死亡。

5. 血行转移：肝、肺、胸膜，骨或软组织均可出现转移灶。X 线、同位素、超声或活体组织检查可帮助确定诊断。

6. 恶液质：由于肿瘤长期的消耗及进食障碍，表现极度消瘦、贫血、浮肿及全身衰竭等。

五、诊断

凡中、老年人，有吞咽异常的症状者，应疑及食管癌的可能而进行一系列的检查。如检查结果阴性，应作定期随访复查，以排除食管癌的可能。

(一) 诊断方法

1. 询问病史：注意吞咽异常发生的时间，发展的过程，与饮食的关系及伴随的症状。

2. x 线检查：钡剂食管造影，典型病例表现病变段食管有不规则的狭窄、充盈缺损，甚至可见到肿瘤的块影，其上方食管扩张。

对早期癌，常规用稠厚的钡剂难以发现细小的病灶，应采用稀钡加粘附剂，如桃胶或阿拉伯胶，吞服时行多轴相透视与摄片，观察食管粘膜相变化。早期癌可表现局部粘膜纹变粗、聚拢、中断，局部僵硬或有小龛影。

3. 食管脱落细胞检查：应用罩有丝绒网的气囊导管，经口腔插入胃内，然后将气囊充气，向外拔出，至咽部时抽出气囊内的气体，取出导管，将附于丝线上的粘液或血性液作涂片，固定后行巴氏染色，检查癌细胞。

食管脱落细胞采集法简称拉网，是我国创用的简便易行的诊断方法，适用于早期食管癌的诊断及对食管癌高发区大面积的普查。对食管癌病例，本方法的阳性率可高达90%。

4. 食管镜检查：纤维食管镜与胃镜，在国内已经普及应用。对可疑食管癌者，应及早检查。本法可以观察病变的部位、形态及范围，并可摄影、录像、诵隔学检查及取活体组织检查。

5. 电子计算机断层扫描(CT)检查 对中晚期病例，CT检查有助于观察食管癌外侵及淋巴结转移的情况，有助于治疗方法的选择。但是，较小的淋巴结转移，CT也难以发现，且本法耗费较大，仅适于选择性的应用。

6. 活体组织检查：对疑为转移的肿大淋巴结或软组织肿块，施行活体组织检查，以确定或排除肿瘤的转移。

(二) 鉴别诊断

早期食管癌，有吞咽异常尚无吞咽困难者，应与下列疾病相鉴别：

1 食管炎：表现胸骨后烧心痛、刺痛，服抗酸剂能缓解症状，拉网阴性，x线及食管镜检查可以确定诊断。

2. 食管憩室：多为食管中段牵引型憩室，发生于颈段及膈上段食管者，多为膨出型憩室。表现进食后有异物感、胸骨后疼痛、胸闷等，x线钡剂造影可明确诊断。

对有吞咽困难者，应与下列疾病相鉴别：

1. 重症肌无力：有眼睑下垂、面部表情肌无力而呈特殊的无表情面容。全身无力，咳痰无力、呼吸困难及吞咽困难，部分病例合并有胸腺瘤。应用新斯的明后，症状能迅速缓解，x线检查食管粘膜正常。

2. 贲门失弛缓症(贲门痉挛)：发病以青年及中年为多，女性多于男性。吞咽困难一般没有进行性加重的特点，病程长，症状时轻时重。情绪波动、过劳及饮食不当常加重症状，少有极度消瘦与营养不良者。X线钡剂造影，见食管与胃交界处呈鸟嘴样狭窄，但其边缘光滑整齐，无粘膜破坏征。于狭窄上方食管呈不同程度的扩张，严重者食管蜿蜒，使引流的重力线偏离贲门口。

在年龄较大，病程不太长，临床表现不典型者，食管镜检查是必要的，可以明确诊断。

3. 食管良性狭窄：病人有外伤史，为化学性灼伤或食管手术的病史，症状的出现与之密切相关。x线钡剂造影可以确定狭窄的部位、程度和范围。

4. 食管良性肿瘤：以平滑肌瘤占多数，发病率远较食管癌低。肿瘤起自粘膜下，引起食管梗阻的程度往往较轻。X 线及食管镜所见，食管粘膜正常，食管腔呈类似外压性的充盈缺损征象。

5. 食管外压性狭窄与梗阻：起自食管邻近的组织或器官，如先天性大血管畸形、主动脉瘤，纵隔肿瘤等，压迫食管，可致食管狭窄、移位，但食管的粘膜是正常的，x 线及食管镜可以确诊。

六、治疗

食管癌的治疗方法，首选是手术治疗，除非有明确的禁忌证，均主张手术治疗。

放射治疗，作为单一疗法或综合治疗的一个组成部分，仍有重要的价值。

药物治疗，包括化疗及中药等，一般用于晚期病例，以缓解症状，作为综合治疗的一部分。

(一) 手术治疗的禁忌证：

1. 全身健康状况太差，估计难以耐受手术者。
2. 重要脏器，如心脏、肺、肝脏、肾脏有严重的功能障碍者。
3. 有远处淋巴结转移或血行转移者。
4. 病变范围太大，估计手术切除有困难者。

(二) 手术原则：

切除癌病灶及上下 5 厘米以上正常食管，切除所属引流淋巴结。重建消化道通路。食管切除后，消化道重建的方法：(1) 胃代食管，施行食管—胃吻合术 充分游离胃大小弯，保留胃网膜右及胃右血管作为营养血管。将胃上提至胸内乃至颈部，以胃底与食管作吻合。胃的血运丰富，操作较方便、省时，并发症低，是本法的优点，故被广泛地应用。但是，胸内胃的充盈，可妨碍肺的膨胀，病人常有食后胸闷不适，食物及胃液返流，可致返流性食管炎，是本法的缺点。(2) 结肠代食管术：当胃有病变，如肿瘤、溃疡等，或胃已被手术切除，不可能上提以代替食管作吻合时，结肠代食管是可选的方法。经腹游离一段结肠襻，用降结肠、横结肠或升结肠均可以，保存血管蒂，上提至胸内或颈部(以后者较为安全)，行食管—结肠吻合术，另一端结肠与胃吻合。结肠的血运较差，手术并发症较多，且操作较复杂是其缺点。但结肠的耐酸、耐碱性能好，其远期的功能效果满意，是其突出的优点。在食管良性病变及儿童，食管切除后，结肠代食管术是首先的方法。(3) 空肠代食管术：较多采用带血管蒂空肠襻，也有采用切断血管，重建动、静脉吻合的方法，上提空肠襻与食管吻合，远瑞

作 Roux Y 吻合。或双襻空肠与食管作端一侧吻合，空肠间作端一侧吻合的方法。

带血管蒂肠襻吻合方法操作比较简单，但空肠襻上提的高度，有时受到限制；而断血管蒂的方法，空肠襻可以提至任何高度，但操作复杂而费时，并发症亦增加。

空肠代食管术的优缺点，介于胃与结肠代食管术之间。在胃与结肠都不能选用的情况下，可以采用。

(三) 食管癌的姑息性手术

对于晚期食管癌，已有血行或远处淋巴结转移，或经手术探查，病灶未能切除；而食管梗阻症状严重的病例，为了缓解吞咽困难症状，维持生命，可选择性应用某种姑息性手术。

1. 食管—胃吻合手术：适应于贲门区及下段食管癌，病灶不能切除，可将胃底与胃体游离，上提至胸内，与肿瘤上方的正常食管施行侧—侧吻合术。食物可以经吻合口顺利进入胃内，解除了吞咽困难，同时也可以暂时地告慰病员。

2. 结肠吻合术：游离一段结肠、带血管蒂，一端与颈段食管吻合；另一端与胃吻合。

3. 食管腔内置管术：用一特制的塑料管，上端开口较大，下端稍细，其外壁铸有凹凸槽，连接一细小的导引管。导引管经口腔插入，通过肿瘤部位至胃内，然后在胃壁作一小切口，拉出导引管，向下牵拉，使导管后端强行扩张而通过肿瘤狭窄段，上端大口置于肿瘤的上方。去除导引管，缝合胃壁。食物可经此人工管道进入胃内，以缓解病人进食的困难。

本法需剖腹手术，且有一定的并发症，如食管穿破、出血、脱管及胃液返流等。

4. 胃或空肠造瘘术：手术方法较简单，可在局麻下完成。但食物不经口进食，不符合消化生理活动过程，易给病人带来悲观失望的情绪，宜慎用。

(四) 手术治疗的并发症

食管癌以老年人发病率最高，该年龄组病人合并心、肺、脑等重要器官疾病较多，加之食管手术创伤与生理扰乱大，因此，手术的并发症比较多，一般其发生率达 20～30%，较为常见的并发症有：术后出血、呼吸道感染、心律失常、心肌梗塞、乳糜胸、吻合口瘘、吻合口狭窄、胸腔积液、脓胸及切口感染等。

(五) 放射治疗

对手术有禁忌证或估计手术切除肿瘤病灶有困难的病例，可选用放射治疗。具体应用上，有单一放射治疗及综合放射治疗。如术前放射治疗，可使肿瘤病灶缩小，