

预防食管与贲门癌术后发生吻合口瘘的护理体会

徐雪梅(江苏省南通市通州人民医院 226300)

【摘要】 目的 早期发现、有效治疗及精心护理,防止发生吻合口瘘,促进患者的早期康复。**方法** 运用胸腔引流管的护理,胃肠减压管的护理,呼吸道护理,心理护理等。**结果** 128 例患者通过有效治疗和精心护理,有效减少了术后并发症的发生,并有效地防止了吻合口瘘的发生。**结论** 良好的营养支持及术后精心的护理,都可以不同程度提高吻合口瘘的治愈率。

【关键词】 食管癌; 贲门癌; 手术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.24.055

中图分类号:R473.6

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)24-2773-02

食管、贲门癌在我国是常见的消化道恶性肿瘤,主要治疗方法是手术治疗。患者一方面由于进行性进食梗阻、肿瘤组织的消耗以及慢性出血等导致患者低营养状态,常伴有消瘦、贫血、低蛋白血症,同时食管贲门癌手术创伤大,术后禁食时间较长,严重的低营养状况影响了患者的术后恢复^[1],另一方面,由于患者不适,自行误拔胃管及营养管而造成术后最严重的并发症——吻合口瘘,国外近年报道吻合口瘘发生率为 2.6%~6.4%^[2]。吻合口瘘治疗困难,病死率高。早期发现、有效治疗及精心护理,对防止吻合口瘘的发生,促进患者的康复至关重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2009 年 12 月本院胸外科收治食管、贲门癌患者 128 例,其中男性 93 例,占 72.65%,女性 35 例,占 27.35%;年龄 39~76 岁,平均 53 岁;食管胃颈部吻合 26 例,占 20.31%,食管胸腔内吻合 102 例,占 79.69%。术中二次吻合成功 1 例,吻合口裂开间断缝合修补 1 例。术后患者自行拔出胃肠减压管和福尔凯胃管发生吻合口瘘 3 例,经精心治疗护理均康复。

1.2 方法

1.2.1 生命体征及血氧饱和度监测 吻合口瘘初期常伴有高热,心率有不同程度增快,并有不同程度咳嗽、胸闷、憋气、呼吸气促、血氧饱和度降低吸氧后无改善,当出现上述异常情况立即报告医生。

1.2.2 纠正营养、水电解质失衡 (1)根据患者体质量及消耗情况,应从静脉补充足量葡萄糖、生理盐水、脂肪乳、维生素以维持水、电解质平衡,必要时输入清蛋白、血浆或红细胞。(2)肠内营养,肠内营养液主要有三类:①药厂生产的白普素、能全力、能全素等营养液。②食品厂生产的葡萄糖粉、蛋白粉果汁等。③食物加工的低脂肪、低糖、富含各种维生素的无渣流质,如牛奶、豆浆、米汤、菜汤、鱼汤、鲜榨果汁。

通常术后第一天经营养管缓滴 5%葡萄糖液 500 mL+10%KCl 10 mL,以刺激肠蠕动,第 2 天以维沃营养粉 1 包(80.4 g)用温开水 250 mL 稀释分次用注射器注入,一次 30~50 mL,间隔 30 min 缓慢滴入,如无腹胀、腹泻、腹痛等症状,第 3 天可注入维沃营养粉、米汤稀释液 1 500 mL。一般情况下,患者在 2~3 d 后肛门通气,第 4 天以后肠蠕动恢复,可以单纯给予营养米粉、果汁豆浆等自制营养液,每天约 1 500~2 000

mL,推营养液时应根据患者是否有腹胀、腹痛、腹泻症状,同时应注意胃减压管是否有营养液流出。术后 2~3 d 后肠功能恢复,可经营养管注入维生素、口服降压片解痉平喘、镇咳祛痰等药物,水剂直接注入,片剂碾成粉末后温水调匀再注入,对于考虑到吻合口炎性反应水肿,愈合不良或有吻合口瘘等需要长时间禁食的患者鉴于肠功能已经恢复,则可注入自制的高营养、高蛋白的营养液及各种维生素、电解质、微量物质。

要交待患者及家属,严防误拔营养管,并妥善固定。应用中注意营养液注入的速度、量及温度,每次滴注前后均要用温开水 30~50 mL 冲洗营养管防止堵塞,在滴注过程中观察患者有无腹胀、腹痛等不适症状。配置容器应煮沸以免引起感染。

1.2.3 胸腔引流管的护理 妥善固定引流管,观察引流的量、色、性质,防止扭曲、牵拉、滑脱,定时挤压,根据病情予以有效半卧位。拔管后观察患者有无胸闷、呼吸困难、切口漏、皮下气肿等,如有异常及时报告医生。

1.2.4 胃肠减压管的护理 (1)重新置管时不能盲目插入,应在 X 线下置入胃管置于吻合口稍下方,利于吸出消化液、吻合口渗液,减轻吻合口局部水肿,避免或减轻胸内感染。(2)妥善固定胃管,防止再次脱出。(3)严密观察引流液的性状并记录。(4)经常挤压胃管,防止管腔堵塞。

1.2.5 呼吸道护理 (1)密切观察呼吸的频率、节律,鼓励患者深呼吸、翻身、拍背、有效咳嗽。(2)吹气球,发生吻合口瘘后仍应每日练习吹气球,利于肺扩张,改善心肺功能,利于胸腔积液及气体排除,利于排痰,利于消灭残腔,树立患者信心。(3)雾化吸入每天 2 次,利于痰液咳出。

1.2.6 口腔护理 因患者高热、长期禁食水、体质弱、抵抗力下降,细菌易在口腔内生长、繁殖,引起口腔感染,应予以口腔护理,每天 2 次,必要时用 2.5%碳酸氢钠溶液漱口预防口腔感染^[3]。

1.2.7 心理护理 吻合口瘘发病急,病情重,患者及家属常有紧张、焦虑、恐惧等,针对这些心理状态,护理人员应做好解释、安慰工作,讲明术后发生吻合口瘘是正常治疗过程中可能发生的并发症,是可以治愈的。良好的心理状态是战胜疾病的关键。通过与患者沟通、细微服务,患者及家属能主动配合治疗及护理。

1.2.8 基础护理 病房保持安静、空气流通、床单整洁,给予

患者擦浴、勤换内衣、勤翻身,鼓励早期下床活动,患者无褥疮的发生。

2 结 果

128 例患者通过有效治疗和精心护理,有效减少了术后并发症的发生,特别是营养管的留置和早期给予肠内营养,保证了患者充足的营养摄取,避免了长期肠外营养带来的并发症,使患者通过自身机体组织的修复而获得治愈,有效地防止了吻合口瘘的发生。减少了静脉补充液及大量氨基酸、人血蛋白和脂肪乳的输入,缩短了卧床输液时间,增加了患者下床活动时间,避免了长期卧床造成褥疮、深静脉血栓的发生概率,促进了患者的术后康复,同时也大大节省了治疗经费。

3 讨 论

食管癌术后吻合口瘘是最严重的并发症,病程长、病死率高。减低吻合口瘘的发生率,关键在于预防,在于早期发现吻合口瘘而采取有效的措施。由于患者术后过早拔除胃管及营

养管,增加吻合口瘘的可能性,而术后没有足够的肠内营养支持,吻合口生长必将受到影响。通过对患者的护理,早期发现吻合口瘘并及时予以胃管置入、营养管置入,及时充分的引流,足量抗生素控制感染。禁食期间,良好的营养支持及术后精心的护理,都可以不同程度提高吻合口瘘的治愈率。

参考文献

[1] 李小平,刘一胜. 复尔康营养管在食管贲门癌术后的早期应用[J]. 安徽医药,2009,13(8):957-959.
[2] 战玉芳,许孔云. 食管癌术后吻合口瘘护理[J]. 中华现代护理学杂志,2008,5(7):603.
[3] 车恒英,周明丽. 2.5%碳酸氢钠漱口降低粒细胞减少患者口腔真菌感染率[J]. 临床护理杂志,2007,3(6):32-33.

(收稿日期:2010-08-24)

中心静脉导管在肿瘤合并艾滋病患者中的应用及护理

唐月璐,覃 柳(广西壮族自治区龙潭医院内二科 广西柳州 545005)

【摘要】 目的 为肿瘤合并艾滋病患者的营养支持和化疗建立良好的静脉通道,避免高渗液及化疗药物外渗引起的静脉炎及组织坏死。**方法** 经患者贵要静脉、肘正中静脉,将中心静脉导管(PICC)置入上腔静锁骨下静脉行静脉输液。**结果** 16 例患者全部置管成功,输注各种药物后无 1 例出现药物外渗及严重导管并发症,保证了各种治疗顺利完成。**结论** PICC 置管术是解决肿瘤合并艾滋病患者穿刺困难,每日应用药物多、浓度高、刺激性大、或滴速慢、时间长的有效手段,具有很强的实用性,减少了职业暴露,提高了工作效率。同时显著提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

【关键词】 PICC 置管; 肿瘤合并艾滋病; 护理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.24.056

中图分类号:R472.9 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)24-2774-02

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征(AIDS),是人类免疫缺陷病毒(HIV)引起的一种严重传染病。可破坏免疫系统,使人体对各种致病微生物的免疫力严重缺陷,造成各种机会性感染及恶性肿瘤^[1]。患者由于营养不良、反复住院等,而且患者往往需要化疗或长期使用高浓度、刺激性强、要求滴速快、或滴速慢时间长的药物(如二性霉素 B 500 mL 需用时间 6~8 h),加重了患者的心理负担及痛苦,同时也增加护士工作负担及职业暴露^[2]。2008 年 7 月至 2010 年 4 月本科根据病情及用药情况,对 16 例肿瘤合并艾滋病患者采用 PICC 静脉置管术,取得了很好的临床护理效果。现将护理体会报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者男 14 例,女 2 例,年龄 28~62 岁,平均 50.5 岁。根据病理学或细胞学检查确诊为恶性肿瘤。其中肺癌 8 例,乳腺癌 1 例、非霍奇金淋巴瘤 5 例、鼻咽癌 2 例。16 例患者常规筛查 HIV,经本院 HIV 确诊实验室酶联免疫检测确诊 HIV 阳性。

1.2 方法

1.2.1 材料 采用美国巴德公司(BARD)生产的全套中心静脉导管,常规选用 3Fr 导管,蓝色,总长度为 60 cm。

1.2.2 术前准备 (1)置管前应告诉患者及家属三向瓣膜式 PICC 置管的优点以及置管过程及留置时间。通过耐心细致的解释工作,消除患者紧张焦虑的情绪,积极配合治疗。由于导管价值相对昂贵,且在穿刺时可能出现感染、气胸等并发症,故

应在置管之前同患者签署知情同意书。(2)物品准备:PICC 穿刺包 1 套、肝素盐水 50 mL、无菌生理盐水 250 mL,无菌手套两副,“可来福”正压接头 1 个以及碘伏、乙醇。

1.2.3 操作方法 嘱患者平卧,给患者戴一次性帽子和口罩。首选贵要静脉,上臂扎止血带,充盈血管,选定一点作为穿刺点,松开止血带,将患者预穿刺手臂与身体成 90°,测量长度,戴无菌手套,0.9%氯化钠溶液冲洗手套,常规消毒皮肤,铺无菌巾,扎止血带,肝素氯化钠溶液冲管备用。右手持穿刺针,进针角度为 15°~30°,用右手拇指和食指分别握针尾及针柄,固定后进针,不宜过深,见回血后将穿刺针与血管平行,继续推进 2~3 mm,然后保持针芯位置向前推进插管鞘,松开止血带,右手退出针芯,左手指并拢压迫穿刺点上方,以减少血液流出,当导管推进困难时,可以冲一些 0.9%氯化钠溶液使导管末端漂浮起来,易于推进,当导管头部到达患者肩部时,嘱患者将头向穿刺侧转 90°并低头(用下颌贴近肩部)以避免导管误插入颈静脉,送到预定长度时,撤除外套管并撤出导丝,按所需长度裁去多余导管,安装减压套筒及连接器,再用 0.9%氯化钠溶液以脉冲式冲洗导管,然后接上可来福正压接头,用碘伏、乙醇消毒穿刺口周围后,用 3M 敷料覆盖针眼处,再以透气胶带固定圆盘处,以脉冲式推入生理盐水。X 线透视下观察 PICC 顶端位置。

1.3 护理方法

1.3.1 PICC 置管的护理 (1)PICC 置管后,为尽量延长导管