

食管癌放疗后穿孔手术的护理体会

周 岚,惠菊芬,余婷婷

(解放军第455医院心胸外科,上海 200052))

[关键词] 食管癌放疗后穿孔;再手术;计划护理

中图分类号: R473.73 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)02-0167-02

食管癌放疗后穿孔是食管癌治疗中严重并发症,手术是有效的治疗途径,但风险大,病死率高。我院1982年1月~2006年12月收治32例,取得满意的效果,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本组32例,男26例,女6例。年龄36~72岁。食管上段癌16例,中段癌4例,中上段癌8例,中下段癌4例。手术方式:①食管癌切除胸骨后胃代食管颈吻合术12例。②食管癌切除、气管瘘修补、食管外置、胃造瘘术10例、空肠造瘘术3例。③颈段食管、贲门段食管闭合食管旷置、胃造瘘术2例。④食管癌切除、食管外置空肠造瘘术5例。

1.2 方法 根据患者围手术期的心理特点和常见并发症,制定护理预案,再结合个体差异制订个性化的护理方案。

2 结果

本组32例术前因穿孔导致各类合并症30例,占93.75%,其中气管瘘15例,纵隔炎10例,肺炎、肺脓肿5例。术后出现各类并发症18例,占56.25%,其中低氧血症12例,脓胸4例,呼吸衰竭1例,急性肾功能衰竭1例。死亡2例,病死率6.25%,为重症肺炎合并呼吸衰竭和急性肾功能衰竭各1例。

3 讨论

3.1 心理护理 本组患者长时间无法正常进食,行放疗后出现食管穿孔合并气管食管瘘、纵隔炎、肺炎、肺脓肿。主要临床表现为疼痛、进食梗阻、消瘦等,患者多认为病程进入晚期,对手术治疗缺乏信心,有的甚至厌世。对此我们耐心的向患者说明这些症状产生的原理;症状和病情的轻重不一定是正比

关系及手术的目的等。

3.2 呼吸道护理 食管癌放疗后穿孔90%以上死于肺部感染^[1],手术治疗是挽救患者生命的积极措施,但又是非常棘手的课题^[2]。国外报道围手术期病死率高达25%~40%^[1]。本组患者术前经受了不同剂量的放疗,心肺脏器功能受到不同程度的损害,肺组织出现间质性水肿、通透低下等病理改变,导致放射性肺炎或间质性肺炎,手术创伤和胸腔对肺组织的挤压,加重了肺组织通透功能障碍,术后易发生低氧血症、心律失常。为此,我们术前给予静滴抗生素、解痉剂、糖皮质激素,以改善肺组织的通透功能^[3],术后常规面罩加鼻导管供氧,定时行超声雾化使气道内分泌物易于排出,术后第一天起协助患者定时床上活动进行有效的咳嗽排痰,如不易咳出则行气管内置管吸痰,如仍无效可间断行支气管镜吸痰,以达到排除气道分泌物和促进术后肺复张,防止低氧血症、肺部感染和脓胸的发生。

3.3 心律失常的护理 由于放疗对患者心肺脏器造成损伤,引起心肌水肿、缺血,表现为放射性心肌炎或冠状动脉供血不足。肺组织间质性水肿,通透能力下降;食管穿孔发生各种合并症,如感染、高热等均对机体造成损害,再加之术中手术操作对心肺脏器的挤压,加重心肺功能的障碍^[4],为此术前1周静滴丹参、黄芪注射液以改善心肌的功能,术后常规硝酸甘油稀释液滴注泵持续给药,控制每日静脉补液总量在2 000~2 400 ml,避免单位时间内过快输入液体,以防止肺水肿和心律失常。如发生心律失常及时汇报,根据病情应用抗心律失常药物。

3.4 预防感染 术前、术中、术后常规有效留置痰、胸液进行连续培养及药敏试验,根据结果选用或及时调整抗生素。抗生素的滴注要保证按时、准确,如必须控制补液量时根据药物使用说明,可改为静推。

作者简介:周 岚(1981-),女,浙江舟山人,大专,护师,主要从事心胸外科ICU 护理管理工作。

3.5 营养护理 ①患者入院后因无法进食,常规行中心静脉置管给予补充高价静脉营养,术前纠正患者负氮平衡、电解质紊乱,术后根据出入量及时补充胶体及高价静脉营养,热量达到1 250千卡/日,同时严格控制液体总量在2 400 ml/日以内;术后6天开始肠内营养,以能全力、百普素等从造瘘管内缓慢饲入,如无腹泻可逐步加快滴数,必要时饲入复方苯乙哌啶控制腹泻,术后2周逐渐停静脉营养,给予匀浆饮食250~300 ml/次,6次/日,过渡到正常饮食。②在此期间加强深静脉置管的护理,以安尔碘于置管处消毒2次/日,外覆盖无菌敷料,如发现局部红肿、有压痛应考虑感染可能,经严密观察,如无发热,可继续使用深静脉置管,如出现无明确原因的发热应立即拔除置管并行培养,必要时使用抗生素。③造瘘管周围每日应用酒精棉球消毒,无菌敷料覆盖,如周围有红肿,可给予频谱治疗仪照射,周围皮肤局部予以过氧化锌软膏外用,有利炎性反应的恢复,管周有渗出时应行管周加固缝合,减少胃肠道内容物外渗。

3.6 引流管的护理 食管癌放疗后穿孔再手术,术中往往可见肿瘤与周围组织失去正常的解剖层次,部分患者肿瘤穿透气管膜部、肺组织,食管及呼吸道具分泌物外溢污染胸腔,尽管术中常规应用碘伏稀释液、洗必泰及大量蒸馏水反复冲洗胸腔,但由于手

术为污染手术,术后极易发生胸腔和肺部感染、脓胸,我们在加强呼吸道管理的同时应加强胸管的管理:①定时观察胸管的位置,以防止胸管滑脱、扭曲,造成引流不畅。②定时、有效的挤压胸管,必要时行低压吸引使胸液及时排出,以防止胸内积液包裹,减少肺部感染和脓胸的机会。③严密观察胸液引流情况,包括引流液的颜色和24小时总量,如血性引流液超过200 ml/小时,根据医嘱及时应用止血药,并补充血浆、红细胞悬液,3小时无效,立即报告医生,48小时后密切观察引流液的变化,如血清样变为浑浊的应警惕感染可能,及时送化验并报告医生,进一步处理。

参考文献

- [1] Couraud L, Ballester MJ, Delaisement C. Acquired tracheoesophageal fistula and its management [J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 1996, 8(4): 392-399.
- [2] 田建昌, 陈 钢, 蔡瑞君, 等. 2例获得性食管呼吸道的治疗[J]. 第一军医大学学报, 2003, 23(4): 393-394.
- [3] 张 珩. 食管癌放疗后手术方式的效果比较[J]. 中国癌症杂志, 2002, 12(2): 152-154.
- [4] 信德和, 吴胜勇. 食管癌放疗后手术早期低氧血症的防治[J]. 中国癌症杂志, 2001, 11(2): 145-147.

(收稿日期: 2009-01-15; 修回日期: 2009-02-18)

(本文编辑: 黄攸生)

专科护士在腹腔镜手术配合及器械保养的体会

罗金玉, 李 颖, 张晓敏

(解放军第92医院供应室, 福建南平 353000)

[关键词] 专科护士; 腹腔镜; 手术配合; 器械保养

中图分类号: R472.3 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)02-0168-03

随着外科不断发展, 外科手术领域和范围日趋扩大, 新手术方法、新器械、新仪器设备不断推陈出新, 对手术室护士的整体素质和专业水平要求越来越高, 促进手术室护理人员向高度专业化和一专多能方向发展^[1]。专科护士是指在某一特殊或专门的护理领域具有较高水平和专长的专家型临床护士。而手术室专科护士是在手术室某一专科手术领域具有较高护理水平的人才, 精通某一专科手术的全期

护理的专业知识和技能, 具有丰富手术室工作经验的护理人员^[2]。我院于2004年成立手术室专科护士组, 实施专科定人参与手术配合方式。其中设有腹腔镜专科组, 提高了患者和手术医生对手术室的满意度, 提高了工作质量, 收到良好效果。现将腹腔镜专科护士手术配合及器械保养的体会报告如下。

1 资料与方法

作者简介: 罗金玉(1975-), 女, 福建南平人, 大专, 护师, 从事供应室工作。