

胸腹腔镜联合食管癌根治术的围手术期护理

龚淑芳, 童敏, 关嘉颖

(华中科技大学同济医学院附属同济医院胸外科, 湖北武汉, 430000)

[摘要] **目的** 总结食管癌患者行胸腹腔镜联合食管癌根治术的围手术期护理体会。**方法** 回顾性分析和总结 67 例食管癌患者行胸腹腔镜食管胃胸内吻合术围手术期的护理经验。**结果** 67 例患者均顺利出院。其中吻合口瘘 2 例, 经保守治疗后痊愈; 肺部感染 4 例, 经积极抗感染和护理后治愈; 急性肾功能衰竭 2 例, 经保守治疗症状消失。**结论** 有效充分的围手术期护理, 可以有效加快食管癌患者术后痊愈速度, 提高食管癌患者痊愈率, 减少并发症的发生。

[关键词] 食管癌; 胸腹腔镜; 食管胸内吻合术; 围手术期护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)10-0032-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.10.010

Perioperative nursing of esophageal cancer patients undergoing chest laparoscopic intrathoracic esophagus anastomosis

Gong Shufang, Tong Min, Guan Jiaying//Modern Clinical Nursing//Modern Clinical Nursing, -2014, 13(10):32.

[Abstract] **Objective** To summarize the experiences for nursing esophageal cancer patients undergoing chest laparoscopic intrathoracic esophagus anastomosis. **Method** The clinical data of 67 esophageal cancer patients before and after chest laparoscopic intrathoracic esophagus anastomosis were retrospectively reviewed for summarizing nursing experience. **Result** All 67 patients were discharged successfully, including 2 contracting anastomotic leak symptoms but cured by conservative therapy, 4 contracting lung infections but cured after antimicrobial therapy, and another 2 contracting acute renal failure and cured by way conservative therapy as well. **Conclusion** Comprehensive preoperative preparation, accurate surgical operation and effective pre- and post-operative nursing measures can accelerate the healing, improve the cure rate and reduce the occurrence of complications.

[Key words] esophageal cancer; chest laparoscopic; intrathoracic esophagus anastomosis; perioperative nursing

食管癌是常见的消化系统恶性肿瘤。在中国, 男性食管癌发病率居各类恶性肿瘤的第 4 位, 女性居第 7 位。食管癌患者预后差, 男女性死亡率均居第 4 位^[1]。外科手术是食管癌首选的主要治疗方法, 胸腹腔镜联合食管癌根治术, 是胸外科近几年发展起来的一种治疗食管癌手术方法, 具有切口小、疼痛轻、恢复快和效果好的优点, 能有效缩短患者术后住院时间, 使患者从中获益^[2-4]。本院胸外科 2010 年 8 月 ~ 2013 年 4 月对 67 例食管癌患者行胸腹腔镜联合食管癌根治术, 取得满意的效果, 现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

[收稿日期] 2014-03-07

[作者简介] 龚淑芳 (1989-), 女, 湖北随州人, 护士, 本科, 主要从事胸外科临床护理工作。

[通信作者] 童敏, 护师, 本科, E-mail: 284333849@qq.com。

选择本院胸外科 2010 年 8 月 ~ 2013 年 4 月的行胸腹腔镜联合食管癌根治术患者 67 例, 男 54 例, 女 13 例, 年龄 38 ~ 76 岁, 中位数 56.0 岁。肿瘤部位: 中段癌 44 例, 下段癌 23 例。病理类型: 鳞癌 62 例, 腺癌 2 例, 其他 3 例。吸烟、饮酒史: 吸烟史 36 例, 饮酒史 26 例, 入院前戒烟 > 2 周 36 例。合并症: 高血压患者 10 例, 糖尿病患者 2 例。所有患者术前均未行放化疗。

1.2 手术方法

双腔气管插管, 静脉吸入复合麻醉, 腹腔手术时平卧位, 行双肺通气, 术者位于右侧, 第一助手位于左侧; 胸腔手术时左侧卧位, 单肺通气。术者位于腹侧, 第一助手位于背侧。①平卧位, 腹腔镜采取“五孔法”, 选取脐旁 11 mm 切口为腹腔镜观察孔, 余四孔分别位于左、右锁骨中线肋弓下切口及胸骨旁线脐上 3 cm 水平切口, 其中右胸骨旁线脐上 3 cm 水平切口为 11 mm 孔, 余为 5 mm 孔。主刀位于患者右侧。常规游离腹腔胃及清扫腹腔淋

巴结,腹腔镜清扫肝总、脾动脉、胃左动脉、贲门淋巴结,游离胃,制作管胃备用。游离时留下足够的网膜以供包埋。接近胃底处开始预留大网膜,向结肠缘游离至脾胃韧带时再向胃缘游离,预留长约 10 cm,宽约 5 cm 带蒂大网膜条以备包埋吻合口用。行剑突下约 6 cm 腹部正中小切口,腹腔外制作管状胃(强生 100 直线切割缝合器),丝线连接管状胃与腹段食管;高位空肠造瘘。②左侧卧位,肩胛线内侧第 5 肋间、腋后线第 8 肋间、腋前线第 4 肋间、腋前线第 6 肋间切口,胸腔镜游离胸段食管。电凝钩和超声刀自下而上游离食管至奇静脉上 4 cm 水平,Hem-o-lok 及超声刀离断奇静脉,拟吻合处食管周围胸膜制成“囊袋”状备用。清扫左右喉返神经、隆突下、肺门、食管旁、膈肌淋巴结。③以荷包钳于胸顶平面行荷包缝合,置入吻合器蘑菇头,收紧荷包线,切断食管。将制作好的管胃经食管裂孔上提胸腔,普通圆形吻合器经腋后线第 8 肋间插入管胃,旋出穿刺锥,连接蘑菇头,行右胸顶胃食管吻合,闭合胃残端。④自体带蒂大网膜包绕吻合口,全周 6~8 针将网膜固定于食管肌层,使其呈“袖套”式完全将吻合口包埋,并覆盖胃残端。实现大网膜完整、严密包埋吻合口,预防吻合口瘘的发生。

2 结果

手术顺利,手术时间 270~350 min,中位时间 310 min,术中出血量 200~300 mL,平均 (240.0 ± 30.0) mL,术后 2~3 d 患者能下床活动,2~5 d 可以拔除胸腔引流管,第 7 天行碘水造影显示吻合口无漏口后拔除胃管,59 例患者术后 8~12 d 出院,中位时间 18.5 d。术后发生吻合口症状瘘 2 例,经保守治疗后痊愈;肺部感染 4 例,经积极抗感染、有效的咳嗽咳痰、纤支镜吸痰后好转;急性肾功能不全 2 例,经保守治疗症状消失。

3 讨论

3.1 胸腹腔镜联合食管癌根治术的优点

食管癌切除术是局限期食管癌的主要根治方式,降低食管癌切除术后并发症发生率和围手术期死亡率是食管癌患者术后恢复的关键。胸腹腔镜联合食管癌根治术相对传统手术具有出血量

少、术后疼痛轻、胃肠功能恢复快、住院时间相对较短、全身免疫功能影响小等微创优势,使以前因肺功能或一般情况差而不能耐受传统开胸开腹手术的患者能够接受手术治疗,并取得较好疗效。微创食管癌切除胸内吻合术较颈部吻合能显著减少术后吻合口瘘发生率。微创食管癌切除胸内吻合术是具有安全性和可行性的手术方式,能有效缩短患者术后住院时间,提高患者的治愈率,最大程度地降低患者病痛,提高患者的术后生活质量^[5]。

3.2 护理

3.2.1 术前护理

3.2.1.1 心理护理 术前让患者了解手术方式、麻醉方式及手术方式的优点,告知疾病的相关知识,同类手术的成功案例及手术风险,使患者对手术有一个全面、客观地认识。本组积极了解患者及家属的想法,并做好沟通、解释和开导工作,取得患者和家属的信任。

3.2.1.2 消化道、呼吸道以及皮肤准备 ① 消化道准备:术前 1~2 周,予甲硝唑 30 mL、庆大霉素 4 U 单位加入 250 mL 生理盐水稀释取 30 mL,嘱患者每日三餐后半小时内口服,以冲洗食道,消除炎症,减轻水肿。本组 2 例患者因食道梗阻至饮水困难,无法行此冲洗;术前 1 d 改为流质饮食,术前 12 h 口服恒康正清导泻,术前 6~8 h 禁食,并用 110 mL 石蜡油灌肠,术前 4 h 禁水,术晨留置胃管;② 呼吸道准备:采取常规血气分析,肺功能监测,了解患者肺质量,指导患者有效咳嗽并进行深呼吸训练;吸烟者需戒烟 2 周以上,以帮助支气管纤毛运动的恢复;呼吸道感染者应用抗生素,并遵医嘱给予每天 2 次氧气雾化吸入(沐舒坦 30 mg、庆大霉素 4 万单位加生理盐水 5 mL)。③ 皮肤准备:术前一晚行备皮,协助患者用松节油清洁脐孔,确保手术部位皮肤的清洁。

3.2.1.3 营养评估 绝大多数食管癌患者因进食困难、肿瘤消耗存在营养不良,水电解质紊乱以及贫血、低蛋白血症等症状。术前详细评估患者患病后体重、饮食、消化系统不适的各类症状,结合实验室检验数据,积极的纠正、改善营养不良的状况。本组患者中有 62 例患者术前存在营养不良的情况,遵医嘱给予 20% 结构脂肪乳 250 mL/d,复方氨

基酸 500 mL/d。其中 2 例患者合并糖尿病,经对症治疗后血糖无明显波动。本组 62 例患者营养状况均达到手术指标。

3.2.2 术后护理

3.2.2.1 生命体征监测 持续心电监护,严密监测心率、心律、呼吸、血压、血氧饱和度情况,术后 2~3 h 内每 15~30 min 监测 1 次,平稳后每小时 1 次。

3.2.2.2 呼吸道护理 相对于传统开胸手术,全胸腔镜下食管胃胸内吻合术具有创伤小、疼痛轻的优点,术后可早期翻身拍背、下床活动,肺部并发症明显减少。本组患者术后立即吸氧,清醒后取半卧位;行雾化吸入,1 天 2 次;每 2 h 协助患者坐起,空心掌轻叩患者背部,由下向上、由内向外,避开患侧,用手保护性轻轻按住伤口,以缓冲切口振动,减轻疼痛,在深吸气末做有效咳嗽,对此无效患者及早行气管内吸痰。鼓励患者尽早下床活动,从而促进胸腔和腹腔积气积液的排出,预防肺部感染,减轻腹胀的症状^[6]。本组 67 例患者均遵从以上方法进行呼吸道护理,其中 4 例患者出现肺部感染,结合病史,与患者术前大量吸烟有关,经积极抗炎后,感染症状缓解。其余 63 例均未出现肺部感染症状。

3.2.2.3 管道护理 本组食管癌患者术后,身上的管道较多(胃管、胸腔引流管、腹腔引流管、空肠造瘘管、尿管、氧管),每根引流管都对患者疾病的康复起着至关重要的作用,任何一个管道脱出,都对患者的病情造成严重的后果,影响疾病的康复。因此,恰当的引流管护理至关重要。首先,让患者及其家属知晓每个引流管作用及重要性,取得其配合;其次,妥善固定各种管道,保持管道通畅。①氧管,将氧管置于患者未插胃管的一侧鼻孔用 3 M 胶带固定,再以 3 M 胶带使胃管置于脸颊或耳廓上。②胃管,将 3 M 胶带剪成“工”字形,一侧贴于患者鼻翼,一侧贴在胃管上,再用 3 M 胶带将胃管固定在耳廓上,定期巡视观察,一旦发现松动,及时更换胶带,并保持鼻腔面部及耳廓的清洁。③胸腔引流管,相对于传统开胸手术,全胸腔镜下食管胃胸内吻合术具有创伤小、渗出少的优点,术后可早期拔除胸腔引流管,有利于患者早期康复,缩短住院时间。对本组患者定期观察胸腔引流管是否通畅,胸瓶内水中有无波动,引流管处伤口敷料是否干燥清洁。严密观察胸腔引流液颜色、性质和量的变化,

如胸腔引流出鲜红色引流液,每小时 >200 mL,则提示有活动性出血,应立即通知医生及时处理;如引流液为乳白色,则提示存在乳糜胸可能应及时向医生报告,本组无 1 例患者出现乳糜胸症状。④空肠造瘘管,观察空肠造瘘管口敷料是否干燥、清洁,每次灌食前后用 20 mL 温盐水冲洗。用无菌纱布包裹引流管口,每灌食 1 次更换 1 次,保持干燥清洁。⑤腹腔引流管,相对于传统开胸手术,全胸腔镜下食管胃胸内吻合术具有腹部切口小、腹部渗出少的优点,术后第 1 天可拔除腹腔引流管。本组患者术后观察引流液的量及性状,一旦发现活动性出血迹象立即报告医生。⑥尿管,观察患者尿液的量和性状,评估患者泌尿系功能状况,行适当的膀胱功能锻炼,待患者病情稳定,自主排尿功能恢复,方可拔出。

3.2.2.3 疼痛护理 相对于传统开胸手术,全胸腔镜下食管胃胸内吻合术具有创伤小、疼痛轻的优点,再加有效的止痛药物,患者可早期下床,排痰顺利,呼吸及循环系统的并发症明显减少^[1,7]。本组 67 例患者均采用镇痛泵,根据自身疼痛级别^[8]自主使用安全范围内的镇痛药,取得良好的效果,无不良反应发生。

3.2.3 并发症护理

3.2.3.1 吻合口瘘 吻合口瘘是食管癌术后的最危险并发症。吻合口瘘发生的影响因素较多,如年龄、体重指数、血白蛋白水平、肿瘤切除浸润、吻合口血供、吻合方式等^[9]。本科室 2012 年来对微创中下段及胃食管连接部食管癌胸内吻合口常规大网膜包埋。大网膜瓣能诱导新生血管生成和增加侧支循环,增加吻合口血供,从而有效降低了吻合口瘘的发生率。本组发生吻合口瘘 5 例,其中 3 例为无临床症状的线状瘘,无胸腔内感染症状,无需特殊处理,继续禁食 1 周后痊愈。2 例患者出现发热、呼吸困难、引流液浑浊的症状,采用胃肠减压管,保持有效负压及持续吸引等护理措施,防止患者胃液积留和胃扩张,从而降低吻合口张力;加强营养支持,促进吻合口愈合;监测体温,观察切口情况以及引流液性质颜色,充分引流 2 周后痊愈。

3.2.3.2 肺部感染 肺部感染是食管癌术后最常见并发症,主要原因为患者多有吸烟史、术中双腔插管单肺通气分泌物增加、术后胃代食管对肺功

能影响、术后疼痛明显致咳嗽排痰困难等,主要表现为痰多、咳黄痰、发热、呼吸急促等,肺呼吸音粗,可闻及啰音,影像学有助于诊断^[9]。护理措施:术前戒烟2周,加强肺功能锻炼以及腹式呼吸训练,指导患者有效咳嗽,雾化等清洁呼吸道;术后监测体温,注意镇痛治疗,常规气道雾化吸入稀释痰液,保持正确卧位,辅助排痰,及时作影像学检查。本组肺部感染4例,均经积极抗感染、指导有效咳嗽咳痰、纤支镜吸痰后好转。

3.2.3.3 急性肾功能不全 肾功能不全也是食管癌术后常见的并发症之一。食管癌患者术前由于长期饮食困难,机体处于营养不良和低容量状态,加之术中、术后体液的损失以及术后需要禁食,仅依赖输液及肠内营养支持,容易促发急性肾功能衰竭。因此,在术后应加强对患者肾功能的检测,结合实验室分析数据、严密观察患者术后3~5d的24h尿量,及早检测和预防肾功能衰竭的发生。少尿期的治疗主要是要对症处理,维持内环境的稳定。在限制水分的前提下也要保证患者的营养,不能完全限制蛋白质的摄入。多尿期要注意体液的补充,特别是胶体,同时要把胸管的引流量也要计算在显性失水中。本组2例患者术后出现急性肾功能不全,经保守治疗取得良好的疗效,症状消失。

3.2.4 营养支持 术后行静脉营养支持,第2天经空肠造瘘管匀速注入温生理盐水500mL,如无不适,则开始经空肠造瘘口行肠内营养支持以保证患者足够的摄入量^[10]。匀速注入流质饮食,如米汤、菜汤、鱼汤、鸡汤、果汁、豆浆、牛奶等;严格控制食物的温度(约39~42℃)、注入的速度,以便减少腹胀、腹泻的发生。行上消化道碘水造影后如无吻合口瘘发生则开始逐渐恢复经口进食。手术当日至拔管前绝对经口禁水,拔管第2天经口进水,第3天进食流质食物,慢慢过渡至正常饮食。饮食注意:①早期尽量减少食物对食管和胃的刺激,温热适中(约39~42℃),禁油炸、辛辣食物;②进食后少量饮水,冲洗食道,清除食管内食物残渣;③进食不宜过饱,少食豆制品产气食物,防止胃部胀气,正常饮食后多进食干饭、馒头等食物,以扩张食管吻合口,防止吻合口瘢痕性狭窄;④食管肿瘤手术,病变食管切除,胃位置、消化道解剖结构发生改变,进食后常感饱胀不适,消化不良,饱餐后偶有胸闷、气

急等肺部压迫症状。注意进食体位,避免各种卧位进食,进食后不能立即躺下或者入睡,轻微活动以利于胃内容物及时排空。睡觉时适当垫高枕头。

4 小结

随着胸腔镜在食管癌外科的发展,良好的胸腔镜食管胃胸内吻合术,围手术期护理的措施也必定与时俱进,充分有效的术前护理和细致精心术后并发症护理,对促进患者早日康复,减少并发症的发生,提高手术的成功具有积极的意义。

参考文献:

- [1] 赫捷,邵康.中国食管癌流行病学现状、诊疗现状及未来对策[J].中国癌症杂志,2011,21(7):501-504.
- [2] Khan O, Nizar S, Vasilikostas G, et al. Minimally invasive versus open oesophagectomy for patients with oesophageal cancer: A multicentre, open-label, randomised controlled trial[J]. J Thorac Dis, 2012, 4(5):465-466.
- [3] Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, et al. Minimally invasive esophagectomy: Outcomes in 222 patients[J]. Ann Surg, 2003, 238(4):486-495.
- [4] 郑红,林玉莲,陈彩云.50例胸腹腔镜联合食管癌根治术的围术期护理[J].重庆医学,2010,39(24):3447-3448.
- [5] 周颜,刘艳玲,陈丽结.胸腹腔镜联合食管癌根治术的围手术期护理[J].现代临床护理,2013,12(2):57-59.
- [6] 黄莉.食管癌患者围手术期护理干预的效果观察[J].实用医学杂志,2011,27(11):2080-2082.
- [7] Moxon R. Oesophageal cancer: symptoms, treatment and nursing role[J]. Nurs Stand, 2011, 25(32):13-19.
- [8] 郭婉凤,张菊平,肖红.早期疼痛护理干预对食管癌术后患者镇痛效果的影响[J].现代临床护理,2011,10(5):1-3.
- [9] Cheng QM, Kong CQ, Chang SY, et al. Effects of psychological nursing intervention on personality characteristics and quality of life of patients with esophageal cancer[J]. Clin Res Hepatol Gastroenterol, 2013, 37(3):283-288.
- [10] Pool MK1, Nadrian H, Pasha N. Effects of a self-care education program on quality of life after surgery in patients with esophageal cancer[J]. Gastroenterol Nurs, 2012, 35(5):332-340.

[本文编辑:李彩惠]