

贲门失弛缓症患者行内镜下贲门括约肌切开术的护理*

黄榕,徐丽,彭阳,刘映晨

(南方医科大学南方医院消化内科,广东广州,510515)

[摘要] **目的** 探讨内镜下贲门括约肌切开术(peroral endoscopic myotomy, POEM))治疗贲门失弛缓症(achalasia of cardia, AC)患者的护理方法。**方法** 对 85 例接受 POEM 治疗患者给予充分的术前准备,术后重视心理疏导、疼痛护理、饮食指导、并发症处理及出院宣教。**结果** 85 例患者均成功完成 POEM 术,术后恢复良好,无严重并发症。术后随访 1~24 个月,吞咽困难均得到缓解,患者体重较术前增加 1~30 kg。**结论** POEM 治疗 AC 患者前做好评估、消化道准备,术后密切观察病情,做好饮食宣教及并发症预防护理,是取得满意效果的重要保证。

[关键词] 贲门失弛缓症;内镜下贲门括约肌切开术;护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2015)05-0044-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2015.05.015

Nursing of achalasia of cardia patients after peroral endoscopic myotomy

Huang Rong, Xu Li, Peng Yang, Liu Yingchen//Modern Clinical Nursing, -2015, 14(5):44.

[Abstract] **Objective** To summarize the experience of nursing achalasia of cardia patients after peroral endoscopic myotomy (POEM). **Method** Eighty-five achalasia of cardia patients were cared with careful preoperative preparation, active operational cooperation and postoperative psychological care, pain care, dietary instruction, complication treatment and discharge education. **Results** All patients went through POEM successfully even with severe complications. In the follow-up for 1~24 months, their dysphagia were alleviated and their weights increased by 1~30 kg. **Conclusion** Careful preoperative assessment and digestive tract preparation before operation and postoperative close observation, dietary education and nursing of complications are key for the successful POEM.

[Key words] achalasia of cardia; peroral endoscopic myotomy; nursing

[基金项目] * 本课题为广东省医学科学技术研究基金,项目编号为C2014035;南方医科大学南方医院院长基金,项目编号为 2012H007。

[收稿日期] 2014-12-08

[作者简介] 黄榕(1980-),女,湖北武汉人,主管护师,本科,主要从事消化科护理工作。

贲门失弛缓症(achalasia of cardia, AC)是食管贲门部神经肌肉功能障碍所引起的一种疾病,欧美等国家发病率每年约 1/10 万^[1]。AC 临床表现为固体及液体食物吞咽困难、食物反流、偶见胸骨后疼痛不适、体重减轻,目前尚无治愈方法,严重影响患者的生活质量^[2]。经口内镜下贲门括约肌切开术

4 结论

本研究通过对医院保洁人员教育、督导、责任告知、制订防护流程等多项措施综合干预,有效提高保洁人员职业暴露知识水平及防范意识,规范其防护行为,从而有效降低保洁人员职业伤害。

参考文献:

- [1] 杨莹莹. 加强医院保洁人员的管理[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(19): 3025.
- [2] 银彩霞,董薪. 加强洁净手术室保洁人员管理的调查研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(5): 937-938.

- [3] 李映兰. 美国护士预防血液传播疾病的意识和措施[J]. 中华护理杂志, 2002, 27(8): 633-634.
- [4] 宋烽,王建荣. 手术室护理管理学[M]. 北京:人民军医出版社, 2004: 267.
- [5] 阮玲祥. 保洁员职业暴露危害的认知调查及对策[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(1): 143-144.
- [6] 赵丽琴,王淑珍,贾世林. 基层医院外聘保洁人员的职业危害调查与防护[J]. 中华医院感染学杂志, 2009, 19(24): 3390-3391.
- [7] 周红,胡艳红,张晓琴. 医院保洁人员职业防护行为调查及分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(18): 4060-4061.

[本文编辑:刘晓华]

(peroral endoscopic myotomy, POEM)可免除 AC 患者外科手术的痛苦,有效治疗 AC^[3-4]。选择 2011 年 6 月~2014 年 6 月在本院行 POEM 术的 85 例 AC 患者,效果较满意,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 6 月~2014 年 6 月在本院消化内镜中心行 POEM 术的 AC 患者 85 例,其中男 41 例,女 44 例,年龄 13~68 岁,平均 (37.20 ± 1.10) 岁。病程 0.25~10 年,平均 (6.00 ± 1.23) 年。患者均存在不同程度的进食梗阻感或吞咽困难,无其他并发症。均无心、肺、肝、肾功能不全病史,高血压病史 15 例,食管支架置入 1 例,球囊扩张 15 例,胸腔镜下贲门肌切开术 1 例、肉毒素注射治疗 1 例。术前均行胃镜及上消化道钡餐检查,胃镜提示食管有不同程度的扩张,食管下段和贲门口狭小,均呈典型漏斗状狭窄或鸟嘴样改变。

1.2 手术方法

患者取仰卧位,经鼻气管插管全身麻醉,食管黏膜层注射切开,距离胃-食管交界处上方 8~10 cm 处,行食管黏膜下注射,纵行切开 2 cm;分离黏膜下层直至贲门下方胃底 2~3 cm;在隧道口下方 1~2 cm 纵行切开环形肌至贲门下方 2 cm;金属夹闭合黏膜层切口。

2 结果

85 例患者手术顺利,手术时间 62~91 min,平均 (71.12 ± 5.66) min;术中出血 3 例,出血量 15~30 mL,平均 (20.12 ± 3.34) mL。术后皮下气肿 11 例、感染 10 例、迟发性出血 1 例,胸骨后疼痛 21 例,咽喉部疼痛 75 例,经治疗及护理均痊愈。术后随访 1~24 个月,85 例患者吞咽困难均得到缓解,无复发,体重增加 1~30 kg 平均 (5.56 ± 3.51) kg。

3 讨论

3.1 POEM 术的优势分析

目前,AC 治疗以降低食管括约肌压力、松弛下端食管为原则,使食物能顺利进入胃内^[5]。过去采取的药物治疗或中医治疗不能解除食管下括约

肌的梗阻^[6];内镜下支架置入和球囊扩张术,可暂时解决进食困难,但复发率高^[7];内镜下注射肉毒素治疗 AC 并发症少、患者痛苦小,具有很好的近期效果,但远期效果不佳^[8];传统外科手术 Heller 术存在创伤大、费用高、风险大等弊端,不易被患者接受。POEM 是通过在食管黏膜层与固有肌层建立黏膜下隧道,在隧道内行食管固有肌层切开而达到治疗目的。POEM 具有以下优势:①保留食管黏膜的完整性,且隧道入口和肌切开部位有一定距离,减少穿孔和感染的发生^[9];②POEM 复发率低;症状缓解率高达 100%,肉毒素注射治疗 66.7%,球囊扩张术为 93.3%^[10];③POEM 与外科手术 Heller 术相比,短期疗效相近,但可缩短手术操作时间和住院时间^[11]。POEM 作为治疗 AC 的新技术,不仅手术时间短、创伤小、无疤痕、恢复快,还具有开放手术直视的优点,疗效肯定,能充分体现“经自然腔道微创治疗”的优越性^[12]。

3.2 术前护理

3.2.1 心理护理 文献指出^[13],精神、心理因素可能诱发和加重 AC 患者的症状。贲门失弛缓症患者病程较长,本组 18 例患者经前期肉毒杆菌镜下注射、球囊扩张、放置食管支架等治疗,效果差、复发率高且经济负担重;同时,由于 POEM 术是一项新技术,患者对手术的安全性和效果心存疑虑。本组患者中 62 例表示对手术的疗效非常担忧,担心术后达不到预期效果,表现为精神紧张、焦虑、失眠等。此外,1 例患者年仅 13 岁,表现为极度焦虑、哭泣;60 岁以上患者则表现担忧自己是否能耐受手术等。因此,向患者讲解 POEM 术的安全性及优越性,分享以往的成功案例;邀请手术成功患者现场讲述感受及经验。对于严重焦虑不安患者,遵医嘱使用镇静药物,本组患者中 9 例术前 1 晚口服镇静药物;1 例予以肌肉注射安定,经处理后患者术前均能充分休息。经良好沟通,患者焦虑、紧张等不良心理情绪消除或缓解。

3.2.2 消化道准备 谢露等^[14]认为,患者在气管插管前的麻醉诱导中食物残渣反流入气管,可引起严重并发症。诱导麻醉前需做常规胃镜检查,确认食管及胃内是否有食物残留,如发现食物残留,需立即进行清理,无法清理时需停止并择日手术。由

于AC患者贲门括约肌痉挛,引起食管的排空障碍,导致食物在食管内存留时间较长,术前需确认食管及胃内无食物残留。嘱患者术前2 d开始进食全流质饮食,术前6~8 h禁食禁水。术前30 min预防性静脉滴注抗生素。术前15 min给予碱性链酶蛋白酶溶液15 mL口服,以消除食管及胃内黏液、泡沫,并协助患者取常规胃镜检查体位。本组85例患者均顺利进行消化道准备,无食管内容物残留。

3.3 术后护理

3.3.1 预防食管反流 患者术后出现食管反流与环形切开后可能影响贲门收缩功能有关^[15]。为促进胃排空、减少胃食管反流的发生,术后去枕平卧,术后6 h内床头抬高20~30 cm。本组患者中19例术后出现食管反流,主诉暖气及胸骨后烧灼感、吞咽困难等。19例患者均行胃镜检查,其中11例患者无反流性食管炎;8例患者出现反流性食管炎,予以口服多潘立酮片10 mg,3次/d,埃索拉唑镁肠溶片40 mg,2次/d,3~7 d后症状缓解并停药。

3.3.2 疼痛护理 患者POEM术后多有胸骨后疼痛,与食管环形肌全层切开对食管黏膜损伤有关^[16]。嘱患者避免用力过猛及增加腹压的动作,如剧烈咳嗽、打喷嚏、用力大便等;指导患者尽量采取腹式呼吸,降低胸廓大幅活动压迫、减少颈胸廓大幅度运动牵拉食管,避免剧烈抬头、大笑、弯腰等动作以减轻疼痛。如术后胸骨出现中、重度疼痛,疼痛持续、尖锐,伴或不伴大汗淋漓等,注意观察有无食管穿孔。本组患者中21例出现胸骨后疼痛,为可耐受钝痛,阵发性,无放射痛,其中16例24 h内自行缓解,5例患者给予肌肉注射颅痛定60 mg止痛,1 d后症状缓解;患者术后咽喉部疼痛与插管过程中损伤咽喉部黏膜有关,咽喉部疼痛通常在1~2 d后自行消失^[17]。咽喉部疼痛明显的患者予庆大霉素8单位、地塞米松5~10 mg、糜蛋白酶4000单位、沐舒坦15 mg、生理盐水5 mL雾化吸入10~15 min,2次/d。75例患者出现咽喉部疼痛,为可耐受钝痛,阵发性,无放射痛,其中58例24 h内自行缓解,17例经雾化吸入后,约2 h后疼痛减轻或消失。

3.3.3 并发症护理 陈德花等^[15]报道,POEM术后并发症有皮下气肿、感染、纵隔气肿、迟发性出血

等。因此,术后严密观察有无并发症的出现,发现异常及时与医生沟通处理,从而减少术后并发症带来的不良后果。

3.3.3.1 皮下气肿 由于食管壁较薄,其肌层分为内环外纵2层,切开内层环形肌时容易切断外层纵行肌,而食管缺乏浆膜层,一旦外层纵行肌被部分切断,食管内的气体可直接进入纵隔、胸膜腔或腹腔,导致皮下气肿、气胸或气腹。皮下气肿主要表现为呼吸急促、颈部和胸前区握雪感、胸痛、声音嘶哑等。通过监护仪监测患者血氧饱和度,维持96%~100%;床旁备好气管切开包和吸痰器,对出现气肿部位进行定位、画圈标识范围,每隔1 h观察皮下气肿范围有无扩大。指导患者避免腹、胸内压增高动作,如用力咳嗽、咳痰及向皮下气肿一侧压迫,勿自行按压气肿部位。一旦出现呼吸困难,可皮下穿刺放气来改善症状,对膈下少量游离气体,无明显症状者,可继续观察^[18]。因术中应用二氧化碳灌注,而二氧化碳在人体内弥散吸收快,皮下气肿2~3 d可吸收^[9]。本组患者1例明显呼吸困难,行皮下穿刺放气,约4 h后逐渐改善,其余10例出现皮肤握雪感明显,自觉吞咽疼痛,呼吸较平顺。11例患者均嘱半卧位,中高流量吸氧促进皮下气肿的吸收约术后16~32 h痊愈。

3.3.3.2 感染 周平红等^[19]认为,POEM术后感染可能是最严重的并发症,考虑与术前食管清洁不充分有关。此外,术中、术后操作部位黏膜下出血、积液也是感染发生的原因之一。感染后患者可出现发热、咳嗽、胸骨后疼痛等。因此,严密监测患者体温,注意患者是否有感染现象,必要时静脉应用抗生素。本组患者10例术后出现发热,体温37.5~38.3℃,白细胞中性粒细胞百分比升高,予降温贴贴于前额及静脉应用抗生素,头孢孟多酯钠1.5 g,2次/d,12~48 d体温恢复正常。

3.3.3.3 出血 POEM术后出血的发生率较低,约1%~3%,但食管下段肌间隙小血管及侧支循环较丰富,容易造成大出血,从而危及生命^[15]。因此,严密观察胃管内有无出血性液体及黑便、腹痛、腹泻,甚至呕血,及时观察生命体征的变化,一旦发现异常,立即报告医生处理,必要时行内镜下止血。本组患者中有1例发生迟发性出血,术后52 h胃

管引流出鲜红色血性液体量约 100 mL, 心率 100 ~ 129 次/min, 血压 106 ~ 117/61 ~ 82 mmHg, 立即行内镜下止血。

3.4 出院指导

董燕等^[20]认为, 进食过冷及辛辣等刺激性食物容易诱使已控制的贲门失弛缓症再次发作, 因此嘱患者出院后养成良好饮食习惯, 少量多餐、细嚼慢咽, 避免进食刺激性食物, 戒烟、酒。餐后 1 h 内不可立即平卧, 睡前 4 h 不宜进食, 养成良好的睡眠习惯, 睡觉时床头可抬高 15 ~ 30°, 以减少食管反流的发生^[21]。避免穿紧身衣、过紧裤带, 以降低腹压。出院后规律服用质子泵抑制剂, 定期复查胃镜, 如有不适, 随时复诊。

4 小结

做好 POEM 患者术前心理护理、消化道准备工作, 术后做好并发症观察和护理工作, 出院时予以正确指导, 能有效促进 POEM 患者早日康复, 减少疾病复发, 减少患者痛苦, 明显提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1855-1856.
- [2] Michael F, Pandolino JE, Vela MF, et al. ACG Clinical Guideline: diagnosis and management of achalasia[J]. American Journal of Gastroenterology, 2013, 108(8): 1238-1250.
- [3] Minami H, Kobayashi Y, Sato Y, Kaga M, et al. Peroral endoscopic myotomy(POEM) for esophageal achalasia[J]. Endoscopy, 2010, 42(4), 265-271.
- [4] Ren Z, Zhong Y, Zhou P, et al. Perioperative management and treatment for complications during and after peroral endoscopic myotomy(POEM) for esophageal achalasia(EA) (data from 119 cases) [J]. Surg Endosc, 2012, 26(11): 3267-3272.
- [5] 郁心圃, 刘鹏飞, 包静龙. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的疗效分析[J]. 实用临床医学杂志, 2013, 17(17): 48-50.
- [6] 汤毅. 贲门失弛缓症治疗新进展[J]. 右江医学杂志, 2011, 39(5): 654.
- [7] 周峻峰, 刘德良, 谭玉勇, 等. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症球囊扩张术后复发的临床价值[J]. 中华消化杂志, 2014, 35(1): 44-45.
- [8] 李亮, 朱博群, 周平红, 等. 贲门失弛缓症的内镜治疗新进展[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(2): 116-118.
- [9] 谭玉勇, 刘德良, 霍继荣, 等. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症 216 例分析[J]. 胃肠病学, 2014, 31(5): 527-530.
- [10] 令狐恩强, 李惠凯, 王向东, 等. 经口内镜下肌切开术、肉毒注射和球囊扩张治疗贲门失弛缓症的随机对照研究[J]. 中华腔镜外科杂志, 2012, 5(5): 352-356.
- [11] 易礼智. 经口内镜下肌切开术与开胸 Heller 手术治疗贲门失弛缓症的对比研究[D]. 四川: 泸州医学院, 2014.
- [12] 内镜治疗专家协作组. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(11): 1197-1200.
- [13] Mohammed F, Whorwell PJ. Psychological or organic vomiting [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2006, 18(7): 781-783.
- [14] 谢露, 彭阳, 龚伟, 等. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的护理配合体会[J]. 2012, 29(6): 335.
- [15] 陈德花, 石秀菊, 王静, 等. POEM 治疗贲门失弛缓症术后并发症观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(24): 2256-2258.
- [16] 张晓莉, 李展峰, 颜萍, 等. 内镜下食管环形肌切开术治疗贲门失弛缓症的护理[J]. 护理与康复, 2014, 13(1): 29-30.
- [17] 康桂花. 胃镜检查的并发症与防治原则(附 150 例报告)[J]. 中国社区医生(医学专业), 2012, 14(7): 248.
- [18] 任重, 钟芸诗, 周平红, 等. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的并发症及其防治探讨[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(11): 615-618.
- [19] 周平红, 李全林, 姚礼庆. 开展经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的要点[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(11): 601-603.
- [20] 董燕, 王晓伟. 食管支架治疗贲门失弛缓症术后的护理[J]. 护士进修杂志, 2007, 22(20): 1885-1886.
- [21] 朱秀琴, 余媛, 郭巧珍. 护理干预对胃食管反流病患者临床症状及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(4): 17-18.

[本文编辑: 李彩惠]