

[2] 沈文军,王玉吟,徐琛.基于 Caprini 模型的胸腔镜肺叶切除术后患者早期静脉血栓栓塞症的危险因素分析[J].中华现代护理杂志,2018,24(30):3617-3620.

[3] 杨轶,周晟,艾星浩,等.肺癌术后并发静脉血栓栓塞症的临床分析[J].肺癌,2012,32(5):361-367.

[4] 《中国血栓性疾病防治指南》专家委员会.中国血栓性疾病防治指南[J].中华医学杂志,2018,98(36):2861-2888.

[5] 中华医学会呼吸病学分会肺栓塞与肺血管病学组.肺血栓栓塞症诊治与预防指南[J].中华医学杂志,2018,98(14):1060-1078.

[6] 赵英娜,马玉芬,王晓杰,等.北京市三级综合医院骨科患者静脉血栓栓塞预防现状调查[J].护理学杂志,2018,33(16):33-35.

[7] 周文婷.护理干预在预防 ICU 患者下肢深静脉血栓形成中的作用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(2):75.

[8] 奉琴,刘玲,何其英,等.1 例钬激光碎石术后肺栓塞患者

的护理[J].护理学杂志,2019,34(3):47-49.

[9] 李菁华.肺癌患者术后肺栓塞的预防及护理体会[J].河北医药,2014,36(9):1436-1437.

[10] 徐因,邓海波,陈亚萍,等.静脉血栓栓塞护理小组的建立与管理[J].中华护理杂志,2017,52(11):1353-1355.

[11] 陈艺.呼吸电刺激训练对肺叶切除术患者肺康复作用的研究[D].广州:南方医科大学,2011.

[12] 付艳坤,许金玲,贾冰,等.综合护理对脑卒中患者下肢深静脉血栓形成的预防效果[J].现代生物医学进展,2015,15(19):3714-3716.

[13] 姜艳,法卿,张平.65 岁以上老年肺癌术后肺栓塞的预防及护理对策[J].中西医结合心血管病杂志,2018,6(30):124-125.

[14] 欧阳军力,杨东炜,杨振江,等.早期护理干预对肺叶切除术后肺栓塞的预防作用[J].中国现代药物应用,2019,13(17):155-156.

(本文编辑 钱媛)

转移肌皮瓣修复食管癌切除术后早期 胸胃气管痿患者的护理

欧阳海燕,陈克清,高磊,余绍斌

Nursing care of patients receiving musculocutaneous flap transfer procedure for repairment of thoracogastric airway fistula developed early after esophagectomy Ouyang Haiyan, Chen Keqing, Gao Lei, Yu Shaobin

摘要:目的 探讨食管癌根治术后早期发生胸胃气管痿患者的护理方法及要点。方法 回顾性分析 3 例食管癌术后发生胸胃气管痿后行转移肌皮瓣修复术患者的护理过程。护理要点包括术后密切观察病情变化,尽早发现临床症状,积极配合急诊手术;加强皮瓣观察,注意引流管道及胸腔逆行冲洗护理,做好呼吸道管理及肠内营养支持,预防感染促进肌皮瓣成活,促进瘘口愈合;做好基础护理及心理护理。**结果** 3 例患者经积极治疗护理均康复出院,随访 3 个月患者进食、呼吸正常。**结论** 胸胃气管痿是食管癌术后严重的并发症之一,急诊下行转移肌皮瓣修复术,术后加强专科护理,做好基础护理及心理护理可以降低患者病死率。

关键词:食管癌根治术; 并发症; 吻合口痿; 转移肌皮瓣修复术; 护理

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.14.015

手术是治疗可切除食管癌的主要方法,目前常用术式包括 McKeown 术、Ivor-Lewis 术及经纵隔食管切除术。食管癌根治术中消化道重建时一般以管状胃经胸腔食管床上提至颈部进行吻合。而走行于胸内的管胃一旦发生痿后常可腐蚀前方的气管膜部形成胸胃气管痿,其发生率约为 0.8%^[1-2]。食管癌根治术后并发胸胃气管痿,一般发生于术后第 3~7 天^[3],多数患者因为营养不良、严重感染、吸入性肺炎、窒息而死亡^[4],而密切观察病情,及早治疗很关键。本文回顾性分析 2012 年 2 月至 2019 年 11 月就诊于我科 1 563 例行微创食管癌根治术患者的临床资料,其中 3 例发生胸胃气管痿并行转移肌皮瓣修复术,术后经过治疗与护理康复出院,护理报告如下。

作者单位:福建医科大学附属协和医院胸外科(福建 福州, 350001)
欧阳海燕:女,大专,主管护师
通信作者:陈克清,29466713@qq.com
收稿:2020-02-20;修回:2020-04-09

1 临床资料

本组 3 例均为男性,年龄 61、63、68 岁,均经胃镜+活检诊断为“食管胸中段鳞癌”,1 例并存糖尿病、1 例并存高血压,1 例术前化疗。均于全麻下行“胸腔镜联合腹腔镜食管癌切除术+胃代食管左颈机械吻合+胸腹二野淋巴结清扫+空肠造痿术”(McKeown 术)。3 例分别于术后第 3 天、第 4 天、第 7 天发生胸胃气管痿,表现为发热、顽固性咳嗽、咳痰、重症吸入性肺炎,胸腔引流瓶内可见消化液及气体逸出。经食管泛影葡胺检查或气管镜下注入亚甲蓝确诊为胸胃气管痿。确诊后 3 例均急诊行“胸腔镜探查+胸胃气管痿转移肌皮瓣修复术”,经呼吸道管理、胸腔内引流、胃肠减压、加强肠内营养、积极抗感染等护理,术后 20~30 d 行数字胃肠造影提示造影剂通过通畅、无外漏;行纤维支气管镜检查显示气管痿口愈合。3 例患者临床治愈出院,随访 3 个月患者进食、呼吸正常。

2 护理

2.1 胸胃气管瘘的发生原因分析与早期鉴别 胸胃气管瘘发生原因可能与手术操作有关^[5],如术中损伤胃管或气管壁、手术导致气管或胃管缺血坏死穿孔;还可能与食管术后管状胃腔扩张、消化液反流腐蚀破坏邻近的气管壁,导致气管与胃腔相通,形成胸胃气管瘘^[6]。临床表现可因患者的耐受性,瘘口大小、位置,是否留置胃肠减压及胸腔闭式引流效果不同而不同。通过对临床症状及胸腔引流液性状的观察可早期发现胸胃气管瘘。前期症状表现为发热、胸痛、顽固性咳嗽、咳痰,原因与气管瘘形成后胃消化液引流至气管内相关。护理过程中除注意观察患者体温、咳嗽咳痰外,还要注意观察胸腔闭式引流是否漏气,引流液的量、色、性状。本组2例分别于术后第3天、第4天发现胸腔闭式引流呈Ⅲ度漏气(患者在平静呼吸下,可见胸腔闭式引流瓶内气体溢出),引流液呈黄绿色,体温最高达38.2℃伴咳嗽咳痰;1例于术后第7天(胸腔闭式引流已拔除)发生高热(体温39.9℃),诉胸痛,卧位时剧烈咳嗽伴呼吸困难,直立位症状减轻,咳出物除痰液外伴有胃内容物。发现以上异常症状立即报告医生,急诊行食管泛影葡胺检查或气管镜注入亚甲蓝进行诊断。

2.2 急诊手术准备 一旦诊断明确,护士协助胸外科医生急请整形外科医生会诊,共同制定手术方案。并积极配合完成术前准备。3例患者在未确诊前均予空肠内管饲营养液,确诊后立即停止营养液输注。并遵医嘱急抽血检查、备血,通知手术室急诊手术准备。为患者更换病服,协助用漱口水漱口。告诉患者病情及急诊手术的必要性。本组患者在得知需要再次行急诊手术时,家属及患者均表现出不同程度的紧张、焦虑,其中1位家属误以为手术不当导致再次手术而表现出愤怒的情绪。针对患者及家属情绪,采用个体化情绪干预方法^[7],对患者及家属的疑惑或者对治疗过程中提出的问题耐心解释,消除患者及家属对再次手术的焦虑、紧张以及愤怒,配合术前准备。

2.3 术后观察护理

2.3.1 病情观察 本组患者于急诊下行“胸腔镜探查+胸胃气管瘘转移肌皮瓣修复术”,术后24~48 h易发生皮瓣血管危象,此时段是术后皮瓣能否成活的关键期。治疗护理注意维持患者血流动力学稳定,密切观察生命体征。密切观察心率、心律、血压变化及血氧饱和度情况,维持有效的血液循环,有效的氧合。注意观察引流液的量、色、性状,记录出入量,维持适当正平衡。本组1例并存高血压患者,遵医嘱应用降压药维持收缩压130~150 mmHg。对术后低血压应及时处理^[8],本组1例术后第2天出现血压低、心率快等血容量不足现象,予加快输液速度并扩容治疗后血压平稳、心率正常。为便于观察皮瓣及呼吸道情况,本组术后均留置气管插管,予压力控制 SIMV 模

式呼吸机辅助呼吸。每天用纤维支气管镜观察皮瓣色泽、供血情况并及时吸痰,3次以上。3 d后拔除气管插管,仍须注意观察患者咳嗽咳痰情况,咳嗽咳痰是否与体位改变有关系,咳出物除痰液外是否伴有胃内容物。本组术后咳痰均为黄白色液状痰。此外,本组1例并存糖尿病患者术后监测血糖,控制血糖6.8~11.1 mmol/L,以利于吻合口愈合。

2.3.2 呼吸道护理 食管癌根治术后并发胸胃气管瘘,其中消化道瘘口和气管瘘所致的吸入性肺炎是影响预后的主要因素^[9]。由于术后并发肺部感染及胸胃一气管瘘,本组气管处进行了肌皮瓣修复,因此减少气管内痰液蓄积,对于肺部感染的治愈及气管处的肌皮瓣成活很关键。本组患者术后均给予抗感染治疗,每天雾化吸入3次,并予纤维支气管镜下吸痰,以清除吻合口附近及气管深部痰液。拔除气管插管后在保证患者充分休息的情况下,鼓励其做有效咳嗽及深呼吸,及时将痰液排出,防止痰液感染气管肌皮瓣修复的新吻合口。为防止再次发生吻合口瘘,需提高肺部氧合,促进皮瓣成活及吻合口愈合。本组术后3 d内气管插管予压力控制 SIMV 模式呼吸机辅助呼吸,SpO₂ 维持在0.97以上;遵医嘱拔除气管插管后予鼻导管氧气吸入,流量3~4 L/min。本组1例在鼻导管氧气吸入时 SpO₂ 0.92~0.94,给予加用储氧面罩流量5~6 L/min, SpO₂ 维持0.96以上。

2.3.3 管道护理

2.3.3.1 做好胃肠减压护理,减少消化液浸泡,促进肌皮瓣成活 为防止胸腔胃扩张,需要保持胃肠减压通畅^[10],以减少术后张力,促进术后患者吻合口处肌皮瓣成活。此外,使用呼吸机正压通气使气体进入胃肠道,若胃肠减压不充分,腹胀使膈肌上抬影响氧合,还直接影响肠内营养,并发肠道细菌移位^[11],从而影响吻合口愈合。本组在术后24 h内每小时检查胃肠减压的通畅,予挤压管道并确保负压在-8~-10 kPa。发现引流可疑不畅时,用50 mL注射器抽取20 mL生理盐水冲洗管道,冲洗过程注意动作轻缓,避免使用小于20 mL注射器以防给吻合口太大的冲刷力。冲洗后观察胃肠减压管引流情况。严密观察引流液的性质和量,并记录。有效的胃肠减压可防止残胃扩张,减少消化液浸泡和外漏,防止吻合口周围感染,有利于吻合口愈合。

2.3.3.2 做好胸腔闭式引流管及胸腔逆行管冲洗护理 观察胸腔闭式引流液的性质以及早发现胸内吻合口瘘,因此保持胸腔闭式引流通畅尤为重要。观察引流管水柱波动和有无气体排出,定时挤压引流管,防止受压、反折、扭曲、堵塞,以保证胸腔内积液、积气排出。胸腔闭式引流护理术后引流应逐渐减少,若引流量不减反增,颜色呈黄色或绿色,或有混浊,或含有胃内容物,则提示再次发生吻合口瘘。本组急诊实施肌皮瓣修复术后,为减轻胸腔感染,予保持胸腔

逆行管通畅,每天 2 次用生理盐水 500 mL 加入 0.5% 碘伏经胸腔逆行管进行胸腔内冲洗。冲洗过程中协助变换体位,以利于冲洗及引流,观察冲洗引流量及性状,记录冲洗量及引流量。本组经稀碘伏胸腔内冲洗,有效控制了胸腔内感染,保证了肌皮瓣成活,促进了瘘口愈合。

2.3.4 营养支持 全身营养状况差会增加患者术后肌皮瓣坏死和感染发生率^[12]。术后 3~4 d 吻合口处于充血水肿期,应严格禁食 6~7 d,禁食期间除通过静脉途径输入脂肪乳剂、氨基酸、人血白蛋白等肠外营养剂外,还需要给予肠内营养。本组患者在术后第 1 天,无糖尿病患者先从空肠造瘘管内滴注葡萄糖盐水 500 mL,1 例并存糖尿病患者从空肠造瘘管滴注生理盐水 500 mL,无腹痛腹胀等不适即给予营养液 500~1 500 mL,使用营养泵开始以每小时 30~50 mL 的速度泵入,逐渐增加速度,以后每日以每小时 80~120 mL 速度泵入,均使用加热器持续夹住营养泵管,保证进入空肠的营养液温度为 36~38℃。本组经肠内营养及静脉营养支持,于术后第 5~7 天行血液生化检查,白蛋白为 35 g/L 以上,达到正常范围,这对促进吻合口肌皮瓣成活有积极意义。

2.3.5 基础护理 本组患者年龄较大,经历 2 次手术创伤、肺部感染、高热,其中 1 例经过化疗免疫力降低。患者长时间处于半卧位,极易发生骶尾部压疮。卧床期间,予气垫床,建立翻身卡,每 2 小时翻身 1 次,指导患者循序渐进地活动。在翻身及活动前进行疼痛评估,并有效镇痛,以提高患者配合体位改变及活动的依从性^[13]。应用气压泵每天 2 次对下肢进行压力按摩,预防深静脉血栓。约有 10% 的健康人口咽部有铜绿假单胞菌定植,而住院和应激状态可显著增加细菌定植^[14]。为避免口腔细菌下行增加吻合口感染的可能,术后加强口腔护理尤为重要。术后气管插管期间加强口腔护理,2~3 次/d。拔出气管插管后指导患者术后口水勿下咽,早晚口腔护理或协助刷牙 2 次,并用西吡氯胺漱口漱口水漱口,指导患者漱口时头稍后仰,尽量使漱口液湿润咽部后吐出,至少 3 次/d。

3 小结

胸胃支气管瘘是食管癌根治术后的少见并发症,早期常被误诊为误咽、反流等而延误治疗,胃内容物经过瘘口进入气道,常引起刺激性呛咳、严重的肺部感染和胃液刺激性、腐蚀性的化学性肺炎加上禁食、营养不良等,具有极高的病死率^[15]。因此密切观察患者病情变化,尽早发现、尽早处理,但是还应该结合胸胃支气管瘘发生的原因进行预防干预。针对其诱因,在食管癌术后护理过程中应进行生命体征监测、血糖控制、营养评估及干预、口腔卫生、体位管理及引流管护理等。一旦并发胸胃气管瘘,需要有更积极的、个性化的分析判断和处理,以获得最好的治疗效

果^[16]。本组通过严密的病情观察,及时发现吻合口瘘并急诊手术治疗,对治疗胸胃气管吻合口瘘起着关键的作用。术后护士需加强病情观察,注意呼吸道管理,做好胸腔闭式引流管、胃肠减压管等管道及胸腔逆行冲洗护理,加强肠内营养支持,促进肌皮瓣成活,保证瘘口愈合,此外还应注重患者的基础护理及心理护理,从而促进患者康复。

参考文献:

- [1] Han X, Li L, Zhao Y, et al. Individualized airway-covered stent implantation therapy for thoracogastric airway fistula after esophagectomy[J]. Surg Endosc, 2017, 31(4): 1713-1718.
- [2] Morita M, Saeki H, Okamoto T, et al. Tracheobronchial fistula during the perioperative period of esophagectomy for esophageal cancer[J]. World J Surg, 2015, 39(5): 1119-1126.
- [3] 姜建青,郑琇山,俞永康,等. 5 例胸胃支气管瘘诊治经验分析[J]. 西南国防医药, 2013, 23(7): 734-735.
- [4] Ibuki Y, Hamai Y, Hihara J, et al. Emergency escape surgery for a gastro-bronchial fistula with respiratory failure that developed after esophagectomy[J]. Surg Today, 2015, 45(3): 369-373.
- [5] Espases R A, Lozano R, Navarro A C, et al. Gastrobronchial fistula and anastomotic esophagogastric stenosis after esophagectomy for esophageal carcinoma[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2004, 127(1): 296-297.
- [6] Matsuoka T, Nagai Y, Muguruma K, et al. Liver penetration and gastrobronchial fistula: unusual complication of a peptic ulcer[J]. Am Surg, 1995, 61(6): 492-494.
- [7] 栾琳琳,殷静静,段红香,等. 个体化心理干预对食管癌患者术后疲劳综合征的影响[J]. 护理学杂志, 2013, 28(2): 86-89.
- [8] 孙昌军,刘海涛,郭洪山,等. 结肠代食管术后低血压与吻合口瘘[J]. 海南医学, 2002, 13(4): 25.
- [9] 沈宇舟,茅腾,陈文虎,等. 食管癌术后消化道气管瘘的诊疗[J]. 中国临床医学, 2013, 20(3): 305-308.
- [10] 严婷,杭垮,李冬梅. 电视胸腔腹腔镜联合治疗老年食管癌患者的护理[J]. 护理学杂志, 2009, 24(24): 43-44.
- [11] 鱼晓波,柴小军,黄海龙,等. 早期肠内营养对食管癌术后患者肠黏膜屏障及细菌移位的影响[J]. 海南医学, 2012, 37(20): 11-14.
- [12] 田春辉,刘业海,吴开乐,等. 胸大肌肌皮瓣坏死原因分析及预防处理体会[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2015, 22(4): 167-169.
- [13] 董翠萍,汪晖,童敏. 超前镇痛用于食管癌术后压疮高危患者的压疮管理[J]. 护理学杂志, 2014, 29(4): 49-51.
- [14] 张芝颖,王欣然,韩斌如,等. 胃-肺感染途径致呼吸机相关性肺炎研究进展[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(8): 625-628.
- [15] 李吉章,杨增周. 食管癌切除术后并发胸胃支气管瘘的诊断和治疗[J]. 中国实用医药, 2016, 11(7): 98-99.
- [16] 郭志辉,詹明坤,周亚宽,等. 肋间动脉穿肌皮瓣修复食管癌切除术后早期胸胃气管瘘 1 例[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2013, 29(4): 252-253.

(本文编辑 钱媛)