

DOI: 10.12209/CAIM202209180002

· 中西医结合临床案例 ·

1例食管癌合并慢性支气管炎患者 术后并发颈部吻合口瘘的护理

沈学敬, 赵康利, 蒲俊苗

(河南省汝阳县人民医院 胸外科, 河南 汝阳, 471200)

摘要: 本文总结1例食管癌合并慢性支气管炎患者术后并发颈部吻合口瘘的护理经验。应加强术后有效的胃肠减压、胸腔闭式引流、颈部吻合口瘘敞开充分冲洗和引流,同时关注创面渗血、渗液,给予早期营养支持、早期活动与心理支持,加速患者康复。

关键词: 食管癌; 慢性支气管炎; 颈部吻合口瘘; 胃肠减压; 营养支持; 康复护理

Nursing management of postoperative cervical anastomotic leakage in a patient with esophagus cancer complicated with chronic bronchitis

SHEN Xuejing, ZHAO Kangli, PU Junmiao

(Department of Thoracic Surgery, Ruyang County People's Hospital, Ruyang, Henan, 471200)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing management of postoperative cervical anastomotic leakage in a patient with esophagus cancer complicated with chronic bronchitis. Issues should be taken into consideration as follows: implementation of the effective gastrointestinal decompression after surgery, closed drainage of thoracic cavity, wound irrigation and drainage for cervical anastomotic leakage, observation on bleeding and exudation of the wounds, nutrition support, functional exercise and psychological care at early stage.

KEY WORDS: esophagus cancer; chronic bronchitis; cervical anastomotic leakage; gastrointestinal decompression; nutrition support; rehabilitation nursing

食管肿瘤是最常见的消化道恶性肿瘤,发病率居恶性肿瘤发病的第8位,在我国发病率较高,每年的新发病例占全球的39%,病死率占全球的58%,高发年龄大部分在40岁以上,男性多于女性,手术是治疗食管肿瘤最主要的治疗手段之一^[1]。吻合口瘘是食管肿瘤手术后最严重的并发症之一^[2],且颈部吻合口瘘的发生率显著高于胸内吻合口瘘,国内食管肿瘤术后颈部吻合口瘘发生率大约为2.5%~11.6%^[3]。颈部吻合口瘘病死率为38.4%~53.6%^[4],不仅会加重患者的痛苦,而且增加了住院时间和医疗费用,如果不能及时恰当处理吻合口瘘,会导致食物、胃液、痰液等通过瘘口进入胸腔,从而引起纵隔感染。颈部吻合口瘘传统的方式是采用拆除缝线让伤口充分引流,每日伤口换药,“等待”吻合口瘘的愈合,但需

要较长时间。科室2020年11月收治1例食管癌患者,行胸腔镜下食管癌根治术,术后第4天发生颈部吻合口瘘。患者采用“三管一禁”方案,即持续胃肠减压和鼻肠营养管、胸腔闭式引流及禁食水的治疗方案,颈部放置引流条和引流管,及时将积液、积气引出,以减少渗出刺激,促进瘘口愈合。经过医护的共同治疗和精心护理,患者预后良好,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者女性,66岁,2021年11月3日以“发现食管占位2月”为主诉收治入院,入院后完善相关检查,经多学科会诊明确诊断为:①食管癌;②慢性支气管炎。后经积极术前准备,于2021年11月11日行全麻下胸腔镜下食管癌根治术,术毕返回

病房,给予消炎、化痰、平喘、补液、鼻饲营养支撑等对症治疗,术后生命体征平稳,持续胃肠减压、保留鼻肠营养管、留置胸腔引流管、纵膈引流管、保留右侧锁骨下静脉中心静脉导管(CVC)静脉通路给予静脉营养支持等对症治疗、留置尿管。

术后第一天(11月12日)纵膈引流管引出300 mL玫红色液,拔除尿管。术后第二天(11月13日)右胸腔闭式引流量1000 mL淡红色液,纵膈引流管引出650 mL玫红色液,患者有痰不易咳出,遵医嘱给予布地奈德混悬液1 mg+硫酸特布他林5 mg/雾化吸入,每12 h给药1次,雾化后给予翻身扣背。术后第3天(11月14日)胸腔引流管引出650 mL淡红色液,胸部CT示:①左肺下叶实变、不张;②双侧胸腔积液;③纵膈及右侧胸壁皮下少量气体影。在局麻下行左侧胸腔闭式引流术,术后患者胸闷症状减轻,化验白蛋白30.5 g/L,给予人血白蛋白注射液20 g静脉滴注。术后第4天(11月15日)颈部切口内有痰液排出,拆除颈部缝线,探查可见切口内有痰液,考虑颈部吻合口瘘,给予双氧水、生理盐水反复冲洗后,放置引流条,促进引流,及时换药,遵医嘱给予肠内营养,先用0.9%氯化钠注射液250 mL,试滴无不良反应后给予肠内营养乳剂(瑞素)500 mL,肠内输入滴速25~30 mL/h,无腹泻、腹胀。11月16日逐渐增加输入速度,化验白蛋白32.7 g/L,继续给予肠内加肠外静脉高营养和人血白蛋白注射液10 g静脉滴注。11月18日患者头晕无视物模糊,测量血压160/100 mm Hg,给予硝苯地平缓释片20 mg舌下含化后症状减轻。11月20日拔出左右胸腔引流管,化验白蛋白34.5 g/L,当日18:30患者体温38.5℃,遵医嘱抽取血培养,给予注射用赖氨匹林0.9 g+注射用地塞米松2 mg静脉推注。11月22日22:00患者出现阵发性咳嗽,难以入睡,遵医嘱给予枸橼酸喷托维林50 mg充分研碎后鼻饲后入睡。11月25日医师拔出纵膈引流管,胃肠减压无引出液,停止胃肠减压拔除胃管,化验白蛋白35.7 g/L,血培养结果阴性,期间无再发热。11月28日颈部伤口有少量脓性分泌物,颈部伤口置入引流管,期间患者间断疼痛,疼痛时遵医嘱给予0.9%氯化钠注射液10 mL+帕瑞昔布40 mg静脉推注后缓解。12月1日颈部引流液5 mL淡黄色,医师拔出颈部引流管。12月3日颈部切口无渗出,给予少量流质饮食口服无不适,观察颈部切口未见明显渗出,继续经口进食并逐渐增加进食量,

于2021年12月5日,术后第23天康复出院。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 有效的健康指导:个性化的健康教育可以使患者积极参与治疗,提高患者依从性,从而提高生活质量,遵循宣教“六要素”:①气氛:重视、赞美、不批评,例如“这次做的好多了,坚持还会做得更好。”;②确定目标:制定可完成的且标,告知患者现阶段的目标,如腹式呼吸、缩唇呼吸、踝泵运动;③评估对象:根据患者的学习能力和知识的接受度采用不同的宣教方式;④形式多样化:例如一对一指导、碎片化教育、健康教育手册、视频等;重点介绍围术期治疗过程中需要配合的内容,使患者掌握自己在疾病治疗过程中发挥的作用缓解其焦虑、恐惧及紧张情绪;⑤评估效果:及时评估宣教效果。

2.1.2 呼吸功能锻炼:肺部并发症是外科手术最常见并发症之一。本例患者有慢性支气管炎病史,应积极进行干预,有助于提高肺功能和对手术的耐受性,降低术后肺部并发症的发生风险,缩短住院时间^[5]。因此,患者入院后先发放气球,并示范正确方法,教会患者之后与患者共同制定活动计划,包括深呼吸、缩唇呼吸、腹式呼吸、腹式呼吸结合缩唇呼吸、有效咳嗽等呼吸功能锻炼。制定之后护士先示范操作及耐心指导,并采用回授法的教育模式,注重考虑患者感受,满足患者的实际需求和知识的接受能力,使患者积极参与。本例患者掌握呼吸功能锻炼的方法并完成了锻炼计划。

2.2 术后护理

2.2.1 体位管理:患者术后当日返回病室,生命体征平稳。在麻醉清醒后,病情稳定愿意配合的情况下,且无恶心、呕吐症状,应给予垫枕并抬高床头30~45°^[6],可减轻疼痛,有利于呼吸及引流。同时协助每2 h变换体位1次,积极预防压疮的发生。术后第1天起,给患者采取坐位、半坐卧位或不完全健侧卧位,避免手术侧卧位,早期给予半卧位有利于引流,能降低机体的炎性反应,以促进肺组织复张。术后第1天,患者生命体征平稳,在医护人员指导下遵循起床“三部曲”,在家属的搀扶下,在床边站立,站立后无头晕。

2.2.2 有效的胃肠减压:由于食管癌手术创伤大,手术后会有明显的炎症反应,胃壁水肿,容

易造成胃壁吻合口处张力增加和血液循环障碍。持续的胃肠减压能明显降低吻合口的张力、改善吻合口的血液循环^[7]。采用“高举平台法”在面部双重妥善固定胃管,手术当日及次日每班检查胃管留置刻度,并进行冲洗,冲洗次数为每日2~4次,每次量不超过20 mL,并能相应吸出,保证胃肠减压通畅并处于负压状态。真实、准确记录引流液的颜色、性状及量的变化,若引流液为褐红色且量多,应注意是否有胃出血。该患者于11月18日胃管不通,用40 mL生理盐水冲洗并回抽后胃管通畅。该患者并发吻合口瘘,给予持续胃肠减压抽吸胃内容物,避免胃液反流,防止胸腔内感染。禁食期间给予口腔护理,保持口腔清洁,口唇用石蜡油或润唇膏保护防裂,并指导患者用温开水漱口,该患者留置胃管期间,无口腔感染,于11月25日拔除胃管。

2.2.3 胸腔闭式引流管理:保持管道妥善固定,胸腔引流瓶应保持直立,液面应低于引流管胸腔出口平面60~100 cm,并防止倾倒。胸腔引流瓶应至少每周更换1次,每天更换无菌生理盐水,以免造成逆行感染。翻身时防止管道脱落或者折叠,注意观察引流管内的水柱波动情况^[8],水柱波动太大,说明胸腔负压大,存在肺不张,应遵医嘱加强呼吸道管理鼓励患者多咳嗽、吹气球;咳嗽时无水柱波动,应检查引流管位置是否合适或堵塞,保持引流的密闭性,密切观察引流液的量、颜色、性质,如果引流液为鲜红色血性液,引流量超过100 mL/h,持续3 h以上,提示可能有活动性出血,应及时处理。若意外脱管,引流管脱出后立刻使用无菌敷料覆盖引流口,用胶布贴三个边,剩下一边提供翼型阀门功能,促使胸腔内的气体能够逸出^[9]。若引流管连接处滑脱,快速用钳子夹住近端引流管或折叠捏紧引流管,消毒连接处后重新更换胸腔闭式引流瓶。术后第10天行胸部X线,肺已复张,拔除左右引流管,拔除引流管后使用无菌凡士林纱布封闭引流口,防止气胸。拔管后患者无呼吸困难、无胸闷症状。

2.2.4 吻合口瘘的管理:食管癌术后颈部吻合口瘘大多数发生在术后5~10天^[10],应密切生命体征,如出现发热,颈部有红肿、疼痛,或者颈部的皮下气肿及吻合口打开后有消化液流出并伴有恶臭,应高度怀疑颈部吻合口瘘。一旦确诊,立即拆除切口处的缝线,植入引流片,充分引流,并保持引流通畅,避免因引流管堵塞致使食物残渣流

入胸腔和纵隔加重感染。严密观察颈部伤口渗液情况,发现敷料渗湿,应及时协助医生换药,及时清理局部的分泌物,防止消化液对切口的刺激,保持局部干燥,促进血液循环,有利于切口的愈合。

颈部吻合口瘘传统治疗方法为拆除缝线,让伤口充分引流,并及时换药,“等待”伤口愈合,这种方法需要较长的时间。本例患者通过颈部伤口放置引流条、置入引流管引流,及时引流出积液、积气,减少渗出,降低术后吻合口周围积液发生率,并能彻底清除吻合口周围的分泌物,有利于颈部切口的愈合^[11]。告知患者尽量减少头颈部的活动,最好不要左右摇动,这样能减轻吻合口的张力。该患者经过19 d的精心治疗和护理后,伤口无渗液,伤口愈合。

2.2.5 早期营养支持:由于食管癌术后长时间禁食及手术的创伤,组织蛋白质分解增强,处于能量消耗加快的高代谢状态,因此术后早期肠内营养(EN)可改善患者营养状况,保持胃肠黏膜屏障的完整性维持机体正常代谢^[12]。术后第3天,先用静脉输液器连接0.9%氯化钠注射液250 mL液体行肠内输注,速度为30~40滴/min。用红色非静脉输注标签标记于输液器茂菲氏滴管(Murphy's Dropper)上方及液体敷料瓶身,且使用单独输液架,并在输液架上端悬挂肠内营养的红色标识,避免给药错误。观察无恶心、呕吐、腹胀后,改用肠内营养制剂。术后第4天开始行肠内营养制剂:第1日,500 mL/d,滴速25~30 mL/h;第2日,1000 mL/d,滴速50~60 mL/h;第3日,1500 mL/d,滴速100~120 mL/h。维持至患者经口进食后再逐渐减量。

将鼻饲护理归纳为“鼻饲七度法”。①温度:管饲液温度为38~42℃^[13],若温度过高可导致肠道黏膜烫伤,过低可能造成肠痉挛、腹痛、腹泻、恶心、呃等症状^[14]。②浓度:浓度由低到高,避免久置引起变质,一般存放时间不超过24 h,如需鼻饲药物,需将药物充分研碎,加入适量温开水,待充分溶解后再行给药,以防管道堵塞。③角度:即鼻饲时取半卧位或者坐位,为避免营养液返流污染吻合口,甚至误吸。④速度:速度由慢至快,注意观察患者有无出现恶心、腹胀、腹痛、腹泻等,如有这种情况应立即停止操作。⑤舒适度:每次鼻饲量应<200 mL,2次间隔时间>2 h。⑥通畅度:每次管饲前后,均用温开水冲洗管道,防止管道堵塞。发生堵管时的简单应对措施可使用三通连

接导管,两个端口分别连接 10 mL 空注射器和抽有 10 mL 生理盐水的注射器,通过旋转三通阀门反复向外抽吸,必要时遵医嘱使用药物疏通,禁止直接插入导丝疏通导管。⑦清洁度:喂养结束后,将管道末端清洁后固定。肠内营养期间有很多并发症如腹泻、腹痛、胃潴留等^[15]。患者开始肠内营养后 3 d 腹泻,减慢输注速度后症状缓解未发生其他并发症。

2.2.6 肺部感染的预防及护理:肺部感染是食管癌术后最常见并发症,术后麻醉药物的抑制、手术创伤等导致呼吸频率和幅度受限,以及患者曾有吸烟、慢性支气管炎病史及术后疼痛刺激导致咳嗽排痰困难^[5],主要表现为痰液增多、咳黄色痰、发热、呼吸加快,常有缺氧表现。术后给予给氧气吸入,氧饱和度 $<90\%$ 时给予面罩吸氧,保持氧饱和维持在 $>95\%$ 。指导患者改变体位深呼吸,腹式呼吸与有效咳嗽相结合,先进行腹式呼吸数次,然后遵循“咳嗽三部曲”即第一步深呼吸,第二步憋住气,第三步声门紧闭,最后突然放开声门,将痰液咳出,在协助患者咳嗽时,固定其胸部,以减轻疼痛。痰液黏稠不易咳出,遵医嘱给予雾化吸入,翻身叩背,促进痰液的排出。鼓励患者尽早下床活动并进行肢体功能锻炼,以防肺不张及肺部感染。术后 1 天患者在床边站立,第 2 天能够下床活动后,痰液逐渐减少,无并发症发生。

2.2.7 心理支持:食管癌术后发生颈部吻合口瘘,给患者生理和心理造成极大影响^[16],加重患者的痛苦,也增加了患者的经济负担及住院时间。患者及家属易出现焦虑、恐惧、抑郁等负面情绪。此外,住院期间处于疫情防控阶段,家属无法探视,加剧了患者孤独感和不安情绪。因此应认真开展心理护理,关心、理解、同情患者,与患者多沟通,鼓励患者说出自己的想法。可以开展音乐疗法,转移患者注意力。同时鼓励家庭多给予患者支持,家属多与患者语音通话、视频聊天,让他感受到家的温暖和关怀,满足患者的合理需求。邀请手术成功的患者通过电话和微信现身说法,减轻患者及家属对并发症的焦虑和恐惧,使患者情绪稳定,树立战胜疾病的信心,从而积极配合治疗。

3 讨论

吻合口瘘是食管癌手术最严重的并发症之一。吻合口瘘治疗和护理难度高,患者及家属心

理压力大,一旦出现吻合口瘘,应立即确定有效的治疗和护理方案并严格执行。本例患者术后密切观察颈部吻合口,医护人员尽早发现吻合口瘘,并通过颈部伤口置入引流条及引流管进行充分引流,期间加强伤口换药、禁食,实施有效的胃肠减压、胸腔闭式引流的管理、呼吸道管理、心理干预,给予全面营养支持,患者吻合口瘘愈合良好。总之,加强术后有效的胃肠减压、胸腔闭式引流、颈部吻合口瘘敞开充分冲洗和引流,同时关注创面渗血、渗液,给予早期营养支持、早期活动与心理支持,对改善预后和促进患者早期康复具有积极意义。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 左婷婷,郑荣寿,曾红梅,等.中国食管癌发病状况与趋势分析[J].中华肿瘤杂志,2016,38(9):703-708.
ZUO T T, ZHEN R S, ZENG H M, et al. Incidence and trend analysis of esophageal cancer in China[J]. Chin J Oncol, 2016, 38(9): 703-708. (in Chinese)
- [2] REDDY R M, WEIR W B, BARNETT S, et al. Increased variance in oral and gastric microbiome correlates with esophagectomy anastomotic leak[J]. Ann Thorac Surg, 2018, 105(3): 865-870.
- [3] 徐凯,谢宏亚,马海涛,等.胸腔内食管-胃吻合口瘘诊治新模式初步研究结果[J].中华外科杂志,2016,54(2):114-118.
XU K, XIE H Y, MA H T, et al. Diagnosis and treatment for intrathoracic gastroesophageal anastomotic leak: investigation of a new mode[J]. Chin J Surg, 2016, 54(2): 114-118. (in Chinese)
- [4] Huang J, Zhou Y, Wang C, et al. Logistic regression analysis of the risk factors of anastomotic fistula after radical resection of esophageal-cardiac cancer[J]. Thorac Cancer, 2017, 8(6): 666-671
- [5] 陈孝平,汪建平.外科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013.
CHEN X P, WANG J P. Surgery[M]. 8th ed. Beijing: People's Medical Publishing House Co, Ltd, 2013. (in Chinese)
- [6] 高振利,江志伟,王科.加速康复外科[M].北京:人民卫生出版社,2021.[LinkOut]
GAO Z L, JIANG Z W, WANG K. Fast-track Sur-

- gery [M]. Beijing: People's Medical Publishing House Co, Ltd, 2021. (in Chinese)
- [7] 欧阳海燕, 陈克清, 高磊, 等. 转移肌皮瓣修复食管癌切除术后早期胸胃气管瘘患者的护理[J]. 护理学杂志, 2020, 35(14): 15-17.
- OUYANG H Y, CHEN K Q, GAO L, et al. Nursing care of patients receiving musculocutaneous flap transfer procedure for repairment of thoracogastric airway fistula developed early after esophagectomy [J]. J Nurs Sci, 2020, 35(14): 15-17. (in Chinese)
- [8] 李乐之, 路潜. 外科护理学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- LI Y Z, LU Q. Surgical Nursing[M]. 6th ed. Beijing: People's Medical Publishing House Co, Ltd, 2017.
- [9] 魏莹莹, 徐银铃, 周金阳, 等. 成人胸腔闭式引流护理最佳证据总结及临床应用[J]. 护理研究, 2021, 35(12): 2190-2194.
- WEI Y Y, XU Y L, ZHOU J Y, et al. Best evidence summary and clinical application of nursing for adult patients with closed chest drains [J]. Chin Nurs Res, 2021, 35(12): 2190-2194. (in Chinese)
- [10] 林强. 临床胸部外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- LIN Q. Clinical Thoracic Surgery [M]. Beijing: People's Medical Publishing House Co, Ltd, 2013.
- [11] 唐小丽, 刘静, 谭小辉, 等. 食管癌术后胸内吻合口瘘安置瘘口引流管低负压引流的护理[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(7): 649-650.
- TANG X L, LIU J, TAN X H, et al. nursing management of Fistula drainage tube placement and low negative pressure drainage for intrathoracic anastomotic leakage after surgery for esophageal cancer [J]. J Nurses Train, 2010, 25(7): 649-650. (in Chinese)
- [12] 程伟鹤, 刘华平. 营养风险筛查工具在危重患者中的应用现状[J]. 中国护理管理, 2016, 16(8): 1140-1143.
- CHENG W H, LIU H P. Clinical application of the Nutritional Risk Screening Tools in critically ill patients [J]. Chin Nurs Manag, 2016, 16(8): 1140-1143. (in Chinese)
- [13] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 5版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- LI X H, SHANG S M. Basic Nursing [M]. 5th e. Beijing: People's Medical Publishing House Co, Ltd, 2012. (in Chinese)
- [14] 岳庆峰, 魏祥志. 食管癌病人手术后早期肠内营养研究进展[J]. 肠外与肠内营养, 2016, 23(2): 120-123.
- YUE Q F, WEI X Z. Review of early enteral nutrition after esophageal cancer surgery [J]. Parenter & Enter Nutr, 2016, 23(2): 120-123. (in Chinese)
- [15] 姜美霞, 杨昌志, 李佳琪, 等. 食管癌术后肠内营养患者胃潴留的影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2017, 32(6): 53-54.
- JIANG M X, YANG C Z, LI J Q, et al. Causes of gastric retention in patients after esophageal cancer surgery receiving enteral nutrition [J]. J Nurs Sci, 2017, 32(6): 53-54. (in Chinese)
- [16] 曹靓, 周燕. 食管癌手术患者护理模式的研究进展[J]. 护理学杂志, 2020, 35(3): 98-101.
- CAO J, ZHOU Y. A review of nursing model for patients undergoing surgical treatment of esophageal cancer [J]. J Nurs Sci, 2020, 35(3): 98-101. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。