

浅议纵隔镜下食管癌术后吻合口瘘合并纵隔感染病患护理

杨 燕

黔江中心医院 胸心外科 重庆 409000

摘要：目的：浅议纵隔镜下食管癌术后吻合口瘘合并纵隔感染病患护理方法，旨意为相关人员的研究工作提供参考文献。方法：择取2020.1.4~2022.1.4本院收治的60例胃食管鳞状细胞癌患者为研究对象。患者术后出现吻合口瘘合并纵隔感染。拟对病患开展对症治疗以及针对性护理。结果：患者经护理干预后，全部康复出院。护理满意度：满意53例、较满意7例，不满意1例。护理满意率为100.00%。结论：针对接纵隔镜下食管癌术后出现吻合口瘘合并纵隔感染的病患而言，为其实施针对性护理干预能取得满意成效，此法值得进一步在临床内推广。

关键词：纵隔镜；食管癌术后；吻合口瘘；纵隔感染；护理价值

Nursing care for patients with anastomotic fistula complicated with mediastinal infection after esophagectomy under mediastinoscope

Yan Yang

Department of Cardiothoracic Surgery, Qianjiang Central Hospital, Chongqing 409000, China

Abstract: Objective: To discuss the nursing methods for patients with anastomotic fistula complicated with mediastinal infection after esophageal cancer surgery under mediastinoscope. **Methods:** A total of 60 patients with gastroesophageal squamous cell carcinoma admitted to our hospital were selected as the research objects. The patient developed anastomotic leak and mediastinal infection after operation. To carry out symptomatic treatment and targeted nursing for patients. **Results:** After nursing intervention, all patients recovered from hospital. Nursing satisfaction: 53 cases were satisfied, 7 cases were relatively satisfied and 1 case was not satisfied. The nursing satisfaction rate was 100.00%. **Conclusion:** For patients with anastomotic leakage complicated with mediastinal infection after esophageal cancer surgery under mediastinoscopy, targeted nursing intervention can achieve satisfactory results, and this method is worthy of further promotion in clinical practice.

Keywords: mediastinoscope; Postoperative esophageal cancer; Anastomotic leakage; Mediastinal infection; The nursing value

吻合口瘘为接受纵隔镜下食管癌手术者常见的并发症，患者死亡率比较高。近几年来，因吻合技术的进步，这种并发症的发生概率已经被控制到了2.00%左右。现阶段，随着临床针对吻合口瘘处理方法的改进，患者因病死亡率已降低到了10%以下。有文献表明^[1]：患者术后吻合口瘘一般发生在手术后2天~7天，尽早发现并治疗、护理吻合口瘘意义重大。

为了全面探讨纵隔镜下食管癌术后吻合口瘘合并纵隔感染的护理方法，本文对以上命题加以探讨，现作出如下汇报。

1. 资料与方法

1.1 基线资料

本实验择取2020.1.4~2022.1.4本院收治的60例胃食管鳞状细胞癌患者为研究对象。所有病患均有病理证实。本实验经我院医学伦理委员会批准，同意实施。相关精神符合《赫尔辛基宣言》中的有关内容。受试者自愿参加实验调查，在此同时签署了《知情同意书》。

患者接受纵隔镜下手术治疗疾病，术后出现吻合口瘘合并纵隔感染。患者临床资料完整。

排除样本：预计生存时间3个月以下者、临床资料缺失者、拒绝参加实验调查者、精神疾患、法定传染病者。

经C线片检查表明存在纵隔影增宽、胸腔积液情况。经CT检查表明患者存在纵隔包裹性积液。男性37例、女性23例。年龄区间为35.51~89.36岁，年龄均值

为(61.44±3.28)岁。拟对病患开展对症治疗以及针对性护理。

1.2 方法

(1) 观察生命体征

观察患者心率、心律：病患接受持续24h心电监护，择取QRS波清晰的导联，查看心率以及心律。设定报警线。护士对病患开展24h床边看护，每相隔1h记录1次。出现异常第一时间上报值班医生。

体温观察：病患出现纵隔感染后，感染源会对病患的组织细胞进行刺激，导致体温升高。本例病患持续时长为77.14~190.25h。对病患开展物理降温处理，使用冰袋在其腹股沟、额头以及腋窝降温。如果再体温在40℃，对病患开展温水擦浴，在必要时，开展物理降温。

血压监护：有很多因素会导致病患出现血压异常，具体包含：情绪、强迫性体位、缺氧、感染、容量不足等。对于血压高的患者，早期应用具有扩张血管功能的药物，维持血压值。如果病患为容量不足引发的低血压，开展血红蛋白补充胶体、稳定中心静脉压处理。

血氧饱和度监测：本组病患术后表现出血氧饱和度降低、胸闷、气促的情况。对病患实施床边气管插管接呼吸机辅助呼吸干预，对患者开展床边X射线检查，存在纵隔影增宽、胸腔积液，放置引流管以后血氧饱和度升高。

(2) 呼吸道管理

排痰和应用呼吸机：护理人员鼓励病患深呼吸有效咳嗽，听诊病患双肺呼吸音。如果患者疼痛无法耐受，护士需遵循医嘱对病患开展镇痛操作。如果患者痰多无力咳出，应因为其开展气管镜吸痰操作。患者呼吸机通气模式是容量控制通气，呼气末正压为5cmH₂O。当患者病情稳定之后，将通气模式更改为SIMV。护士结合患者血气分析结果，调整呼吸机参数。将气囊压维持在既定范围之内，避免声门内的分泌物下滑到肺部中。

呼吸功能训练：患者术后呼吸功能下降，容易引起低氧血症。因胸腔胃针对病患肺部压迫会限制患者的肺部舒张能力，导致肺活量降低；麻醉与手术有可能引起患者胸廓顺应性降低、供血气交换表面积缩减，导致呼吸肌功能下降。病患体力受损也会造成呼吸能力明显下降。对于此，如果护理人员发现患者手术后活动耐受性下降，应当以呼吸机通气模式改为SIMV，护理人员指导病患开展间断式深慢呼吸，鼓励患者活动四肢。比如说伸腿部、上下活动、抬腿等等^[2]。通过该法有效促进肺膨胀。如果呼吸机辅助次数减少到5~6次/min，病患呼吸平稳可以停机。当患者病情稳定之后，护理人员需

指导其进行缩唇式呼吸、腹式呼吸以及呼吸肌训练器交替练习。

(3) 引流管护理

胸腔引流管：为了在根本上保证引流管畅通性，确保脓液可以彻底排除实现控制感染。需要对患者留置胸腔引流管。针对患者应用腹压平开展胸腔负压引流，查看胸管水柱波动情况，定期挤压引流管。在必要时开展负压吸引。护理人员查看引流液性质以及气味。每相隔4~6h观察1次患者胸管是否在固定的位置。检查固定胸管的缝线是否脱落，胸管是否由于缝线松解造成部分滑出。护士每日都要对比各引流管引流量和前24h引流量，并将上述内容第一时间汇报给医生。

纵隔引流管：因纵隔引流管多自患者前胸壁引出，平卧位无益于引流。病情严重者12h内应行侧卧位。当病情稳定之后可改为半卧位，通过该法引出脓液。

腹腔引流：护理人员维持引流管畅通性。每相隔12h挤压1次腹腔引流管。在进行此项工作过程中，单用力压住腹腔段引流管远端10~15cm位置，令引流管处于闭塞状态。另一只手握成半拳样，挤压邻近腹腔段的引流管。在此之后双手松开即可实现腹腔内积液自引流管排出。与此同时，该项操作也能够有效延缓病患由于挤压引流管所产生的疼痛感。

(4) 肠内营养干预

食管恶性肿瘤患者手术之后长期无法进食，加上发生纵隔感染的原因机体消耗大。因此，有必要对于此类患者开展营养支持。肠内营养时间比较长，针对病患开展优质化营养支持干预能够有效降低患者肠内营养支持被动终止率。本组内，针对所有患者应用了肠内营养24h匀速泵入百普力或者能全力。营养液量从500mL逐渐增加到2000mL。患者术后2~3h冲管1次。护士在对患者的营养管内注射药物时，一定要把药物研为粉末。等到其完全溶解之后注入其中。防止发生导管阻塞的不良情况。

(5) 患者的疼痛护理

现如今，随着我国医疗水平的不断发展。国内镇痛技术和镇痛药物相较于以往取得了卓越进步。但不容忽视的是，针对于需要接受胸外科手术治疗疾病的患者来讲，其在手术之后依旧面临不可规避的术后疼痛问题。针对于此类患者开展行之有效的疼痛护理是十分重要的。详细的疼痛护理包含下述几大方面，具体为：第一，健康教育。在手术之前院内护理的原因到深入性了解患者当前病情改变，耐心为病患讲述疼痛的相关知识。比如说：手术和手术之后疼痛的关系，疼痛治疗的必要性，术后疼痛对于机体的危害以及怎样向护理人员报告疼痛

程度等。与此同时，医院方面需要为患者创建手术后疼痛知识宣教手册。通过这种方式让病冠全面消除针对于手术后疼痛的无助感、焦虑感、恐惧感以及抑郁感，积极缓解病患手术后疼痛症状。第二，患者在手术之后2h，护理人员需要评估其疼痛程度，每相隔4h评价1次，手术后3天之内都要对患者开展术后疼痛评价。护理人员结合数字评分法，针对NRS评分在3分以下的患者实施非药物镇痛干预，比如说冥想疗法、放松疗法、音乐干预、转移注意力以及触摸疗法等等^[3]。针对于NRS评分在4分以上的患者，护理人员需遵循医嘱为患者应用具有镇痛功能的药物治疗疾病。与此同时，观察患者用药后的不良反应。通过上述办法有效缓解患者手术后疼痛感。第三，消除以及减少造成疼痛的原因。比如说：护理人员为病患安排适宜的卧位。如果患者胸腹部存在切口起身需要排痰、咳嗽时，建议采取半坐卧位或者半卧位。护理人员帮助病患扶持伤口，鼓励患者深呼吸或者咳嗽咳嗽。通过此举以达到缓解疼痛的目的。

(6) 心理干预

因患者病情严重，加上其自身对于手术治疗结果的担忧，患者在术后往往会表现出无力感、绝望感、抑郁感、孤独感、焦虑感、恐惧感等等。在此刻，护理人员应当主动安慰病患，学会体谅患者，帮助病患卸下心理包袱，耐心倾听患者主诉。与此同时，应用SAS量表以及SDS量表针对患者的焦虑抑郁程度进行评价，护理人员在对病患开展各类治疗以及护理过程之中，动作一定要轻柔、迅速，努力做到相关操作有条不紊。同时，护士要指导病患家属参与到帮助病患日常生活与治疗之中，深入性了解患者病情改变。护士需要做好患者主要病症指数记录工作。在平日里多多爱护体谅关系患者，从心底里尊重患者，及时与患者沟通。经过上述干预手段有效缓解患者内心压力。

(7) 喉返神经损伤观察和护理

造成患者手术后出现喉返神经损伤的原因和肿瘤外侵、淋巴结清扫、神经变异等原因有关^[4]。当患者发生单侧喉返神经损伤时，会表现为误吸、呛咳、声音嘶哑等症状。如果患者为双侧喉返神经损伤，则会表现出窒息死亡的严重结局。本组患者手术后出现了声音嘶哑的情况。在术后，护理人员着重观察患者发生情况以及呼吸详情。患者在进食之前3天，护理人员为其开展吞咽

功能训练。首次进食时让患者饮用5-10ml的温水。观察病患是否存在呛咳情况，如果不存在异常后逐渐增加饮水量。告诉患者缓缓进食，少食多餐。经上述干预后，患者恢复正常。

2. 结果

患者经护理干预后，全部康复出院。护理满意度：满意53例、较满意7例，不满意1例。护理满意率为100.00%。

3. 讨论

针对发生接受完毕食管癌手术出现吻合口瘘合并纵隔感染的患者来讲，为其开展行之有效的术后护理意义重大。在对病患开展此项护理过程中，应当注意及时排痰，做好患者口腔卫生干预，帮助患者锻炼呼吸功能，另外也要为其开展有效的饮食干预^[5]。

护士应当积极观察患者病情改变，动态性向医生报告患者病情^[6]。针对患者开展有效的护理干预能够吻合口瘘治愈赢得宝贵时间。强化各类管道护理，做好引流工作以及患者疼痛管理和营养支持，能够有效提升吻合口瘘治愈率。

总的来讲，对于接纵隔镜下食管癌术后出现吻合口瘘合并纵隔感染的病患而言，为其实施针对性护理干预能取得满意成效。建议推广。

参考文献：

- [1]陈云开, 黄楚, 廖武华, 林碧. 纵隔引流管防治食管癌切除术后吻合口瘘及心肺并发症的临床效果研究[J]. 吉林医学, 2021, 42 (10): 2491-2493.
- [2]黄文博. 胸腹腔镜联合食管癌术后吻合口瘘危险因素分析[D]. 福建医科大学, 2021.
- [3]陈凯. 胃左动脉和胃网膜右动脉的直径与McKeown食管癌术后吻合口瘘发生的关系[D]. 福建医科大学, 2021.
- [4]王超, 王红粉, 蒋邯晖, 唐敬之, 蒋妍如. 纵隔镜下食管癌术后吻合口瘘并发纵隔感染患者的护理[J]. 护理学杂志, 2014, 29 (16): 28-29.
- [5]卜素, 陈晓芬, 陈芳, 宋翠, 邢利民. 食管癌术后吻合口瘘防治护理经验总结[J]. 当代护士 (上旬刊), 2019, 26 (08): 66-68.
- [6]郑成义. 食管癌术后吻合口瘘37例及相关并发症的处理[J]. 中国社区医师, 2015, 31 (20): 23+25.