

食管支气管瘘的临床护理

刘淑丽

(黑龙江省大庆市第二医院外科 163461)

摘要:成人型食管与支气管瘘是胚胎前期原始前肠发育异常的结果。由于瘘的存在,往往导致食物吞下时,食物向支气管分流,而引起呛咳,咯出混有食物碎屑的痰液,也由于食物不断的坠积于肺内,引起肺内反复感染,不能根治,经常咳嗽,咯脓性痰,偶尔咯血。以上情况,个体差异较大,典型者诊断不难,不典型者诊断困难。但由于临床发病率低,认识不足,常常误诊误治。如能从治疗和护理的角度加以重视,定会提高诊断率和治愈率。

食管与气管或支气管瘘的发生,是源于胚胎期的原始前肠,前肠是一个盲形管状物,在发生中,其两侧向内生褶,至5—6周二者完全分开,成为背、腹两部分,各形成食管和气管。如在发生过程中出现发育异常,便出现食管中断闭锁,或食管与气管或支气管相通,假如是食道完全隔断,大部分同时伴有食管与气管瘘。在婴幼儿期必须经过手术治疗,才有治愈和生存的机会。假如食道未完全隔断,除食道正常通道外,同时伴有食管与气管或支气管之间的通道,即形成了食管与气管或支气管瘘,这便称之为先天性成人型^[1,2]。

由于本病发病率低,临床接触的较少,为了较好的掌握临床表现、诊断和治疗,从而做好护理工作,我们系统的对该病进行了学习,并通过4例临床实践,收益颇大,现介绍如下:

1 临床资料

我院近二十年来,其收治此类病人男女各2例,均为食管与支气管瘘。

本组病例,病程较长,历时3—40年,均经过多方求医,并未明确诊断,但多以肺化脓性疾病进行抗炎治疗,又不得根治,病情反复性很大。其所以如此,从根本上说,都是误诊误治的结果。4例中误诊肺脓肿的2例,支气管扩张的1例,先天性支气管肺囊肿的1例。

主要临床表现是经常咳嗽、咯黄痰,间断咯血,肺内反复感染或呛咳,偶尔或经常咯出食物残渣,并与饮食有关,特别是饮水和进稀薄之食物尤甚。4例中有呛咳、痰中混有食物的3例,其中2例是在护理工作中首先提供临床资料而确定诊断的,同时给治疗带来主动性,尤其是在外科治疗上,可防止盲目性所造成的并发症和后遗症。

2 诊断和护理

关于该病之诊断,其临床表现主要来自食管与支气管间之异常通道,致使食物由食管向支气管分流,分流量多少取决于食管瘘走行方向、长短和粗细不同。其临床表现轻重亦不同。其主要症状是饮食时引起呛咳,咳出食物,肺内反复性感染。本组3例经详细询问病史,可追询出呛咳与进食关系或咯出带食物的痰液,其中2例是护士在观察病情中而获得的可靠的病史的,4例中有3例,包括术中诊断的1例,术后发生胸膜腔感染的2例,其诊断依据可归纳如下:

一是病史中或早或晚,偶尔出现或经常出现饮食时可引起呛咳,咯出食物;二是由于食管与支气管瘘的存在,必然导致食物异常分流,即食物向支气管分流,引起支气管及肺内感染,久治不愈,反复性大;三是显影剂食管或支气管造影可显示异常通路;四是术中发现食管与支气管间异常肌性索条,且与二者相通;五是肺叶或肺切除术后,引出食物残渣。

3 治疗和护理

食管与支气管瘘,不论伴否呼吸系的其他先天畸形,如先天性支气管肺囊肿、先天性支气管扩张,都会并支气管和肺的化脓性感染,一经确诊,如无手术禁忌症,即应准备手术。

复习本组病例,均在控制感染和改善集体营养状态的前提下进行手术治疗。其中1例诊断先天性支气管肺囊肿,施右全肺切除术,术中发现食管与支气管之间有一肌性管道界于二者之间,经探索为食管与支气管瘘。予以右全肺切除、食管瘘修补术,术后食管胸膜瘘、脓胸,引流液中含食物残渣,并经口服美兰和胸腔镜检查证实,经引流后,再次胸廓成形,肌肉瓣填塞术治愈;1例于术前诊断明确,施左下叶切除,食管瘘修补术治愈;1例诊断右下叶肺脓肿,拟下叶切除,由于炎症反应严重,分离时出血多,改施肺脓肿引流术,引流液中含有食物残渣,并经碘造影证实。经四个月的术后引流,日量不足10ML,非脓性,予以单纯食管胸膜瘘修补,原口肺引流,术后一个月治愈;1例施右下叶切除术,术后引流液中含食物残渣,经充分引流后,日引流量约30ML,再次胸廓成形术,胸壁开窗术治愈。

4 手术前后的护理

胸部手术前后护理是保证手术成功的基本条件,必须根据患者的具体情况作为术前准备,提高机体状态和反应能力,改善营养状况和心肺功能,以便顺利的接受手术;加强术后护理是预防手术并发症和恢复健康的重要环节。为了获得较高的手术成功率和治愈率,不论是医生还是护士,必须从认识上和临床实践中作好此项工作。

食管与支气管瘘的患者,往往病程较长,就本组病例而言,历时3—40年,因为食物异常分流的结果,支气管和肺内感染严重,咳嗽、黄痰,咯血、发烧,不但反复性大,而且抗炎治疗

效果不佳,另外,部分病历由于呛咳限制饮食,导致摄入不足,总之,由于长期消耗的结果,常常出现营养不良,清瘦、贫血或低蛋白血症,以及肺部病变广泛而严重时,继而累及心肺功能等,以上情况存在,多不适宜手术,即使勉强手术,其效果也难以保证。所以手术前依其个体的不同,纠正贫血,补充营养和以有效的抗菌素控制感染使体温正常或近于正常痰量少于50ML/日,从而改善心肺功能十分重要。

食管与支气管瘘的手术术式较多,多是复合性手术,亦较繁杂,由于麻醉和手术时间长,创伤大,出血多,以及开胸后对呼吸循环功能的扰乱等,如果没有专护,一旦出现问题,处理不当,常可发生严重的并发症,甚至危及生命。因此,必须加强术后早期护理,手术后前几天的医疗护理尤其重要。①手术后病人未清醒前应有专护,每15—30分钟测量并记录血压、脉搏、呼吸一次,至血压稳定为止,随时注意有无休克现象发生,如有异常变化,立即报告医生;病人未清理前可卧头低或平卧位,以利静脉血液的回流,并可使呼吸道和口腔分泌物及呕吐物易于流出,病人清理后血压稳定可改半卧位;病人呼吸困难可给吸氧,给氧量根据缺氧情况给予调节。②鼓励病人咳嗽、排痰,当排痰时医护人员可用手按于胸部以助排痰。③手术后注意病人口腔清洁。④保持胸腔闭式引流管通畅,防止脱落、扭曲。⑤术后病人输液量应严格按医嘱执行,准确记

录实际输入量和排出量。⑥鼓励病人早期起床活动,可减少各种并发症,易于病人体力恢复,但应根据病情决定活动量^[3]。

另外,由于该病的外科治疗属于感染性手术,引起胸膜腔感染的机会较多,若感染,直接影响食管修补效果,部分患者术前诊断不明,术中被忽略或未被发现食管瘘,必然导致食管胸膜瘘和脓胸。所以,术后观察胸腔引流量和性质非常重要。一旦引流量与饮食有关,而且有食物残渣,则诊断无疑。诊断一经成立,就必须加强心理护理和基础护理,以改善精神状态和营养机能,以利进行第二次手术治疗,达到治愈之目的^[4,5]。

参考文献

- [1] 吕世明.左下肺切除发生食管支气管瘘2例原因分析及治疗体会[J].青海医药杂志,1994(6):33
- [2] 孙旭东,郭杰.食管支气管瘘2例[J].中华胸心血管外科杂志,1995(1):24
- [3] 韩文彬.成人食管支气管瘘的外科治疗(附7例报告)[J].中华胸心血管外科杂志,1997,(6):344—355
- [4] 赵亚军,陈志霞.1例贲门癌术后并发吻合口支气管瘘的护理体会[J].黑龙江护理杂志,1998,(2)
- [5] 邵玉莲.外科病房影响护患关系的因素.生物磁学,2005,5(2):82—83

(下转第86页)

4.3 一般护理

保持病房内环境安静、清洁、舒适,保证病人的情绪稳定,使其得到量足、质好的休息,以利于手术治疗。

4.4 术后护理

4.4.1 出血倾向的观察及预防:肝硬化合并脾功能亢进患者肝脏合成凝血因子减少,血小板降低,因此要特别加强出血倾向的观察,术后穿刺部位加压12小时,绝对卧床休息24小时,穿刺侧肢避免弯曲受压,防止穿刺口包扎松动移动,还应加强下肢皮肤颜色、皮肤温度及足背动脉搏动情况,观察穿刺部位有无渗血、血肿、密切注意血压、脉搏变化,每2小时测量血压、脉搏一次,并做记录,连续24小时血压正常时可停止。

4.4.2 胃肠道的护理:介入过程中大量应用化学药物及造影剂,可引起恶心、呕吐症状,又因剧烈的恶心、呕吐,胃及食管近贲门部粘膜毛细血管痉挛收缩、破裂而出现消化道出血,有肝硬化史食道静脉曲张者更容易造成消化道出血,因此术后需积极防止患者出现的恶心、呕吐症状。我们采用患者在术中注入化疗药物前肌注胃复安、地塞米松,使胃肠道症状有所减轻,返回病房输液时给予胃复安分次入滴管静点。给维生素K静点防止出血。同时嘱咐患者深呼吸,呕吐时将头偏向一侧,以免误吸引起呛咳或窒息,还应注意观察呕吐物、排泄物的性质、颜色、量并做好记录,及时发现出血现象,争取早期处理^[1]。

4.4.3 饮食护理:病人介入治疗后,24小时内禁食有渣、油腻、辛辣刺激食物,进食清淡宜消化食物,并指导多饮水,以

利于毒素排除。

4.4.4 术后心理护理:病人对介入治疗的期望值很大,一旦术后出现身体不适,疼痛加剧,以及药物毒副反应和并发症,即产生疑虑、忧郁和恐惧心理,甚至表现为愤怒、怨恨、自暴自弃等。病人的家属也感到焦虑和痛苦,因此,护士须经常与病人及家属谈心,了解病人的心理动态,尽一切力量满足病人的需求,采取一切可能的措施,减轻和缓解病人的痛苦,给予心理上的支持,使病人有安全感和信任感,保持稳定的情绪,配合治疗,顺利度过术后反应期,达到治疗目的,促进早日康复。

5 小结

应用介入疗法不仅可使肿瘤缩小,改善临床症状,减轻药物的全身毒副反应,且并发症少,可重复治疗,更重要的是能提高生活质量和生存率。尽管存在疼痛、胃肠道反应和感染等不利因素,但只要术前做好充分准备,如了解病情和可能发生的意外并发症及对病人进行健康教育,术后严密观察及时处理,积极有效地预防并发症,对提高治疗效果、减轻患者痛苦具有重要的意义。

参考文献

- [1] 杨红梅.介入手术病人全程心理护理的探讨.护士进修杂志,2003,5(2):124
- [2] 王加荣,盖秀琴.手术病人的心理护理.现代生物医学进展,2006,6(3):88—89