管内皮损伤减轻,HGF水平下降;从血压控制情况看,单纯药物治疗全天血压控制正常率为58.4%,夜间血压控制正常率24.7%,而联合NPPV组为76.8%、84.2%,高于单纯药物组,夜间血压控制效果尤为明显。这是因为降压药可在一定程度上降低血压,减轻持续高血压对血管内皮的损伤,血清HGF水平有所下降,但对OSAHS引起的血管损伤及血压升高无治疗作用,即使联合用药或增加剂量降压效果仍不理想。而NPPV联合降压药物治疗,不仅可以降低白天血压,还可有效缓解OSAHS对血管内皮及血压的影响,因此HGF水平下降更明显,血压控制正常率较高。并且联合NPPV治疗的患者"非杓型"血压节律人数明显减少,而单纯药物治疗对"非杓型"节律几乎无改善。因而,对难治性高血压患者应注意OSAHS的存在,对合并OSAHS的高血压患者,NPPV联合药物治疗效果更佳。

参考文献:

[1] Young T, Palta M, Dempsey J, *et al*. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults[J]. N Engl J Med, 1993, 328(17): 1230-1235.

[2] 睡眠呼吸暂停与心血管疾病专家共识写作组. 睡眠呼吸暂停与心血管疾病专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(11): 812-820.

[3] 明怀坤, 欧阳松云, 孙培宗, 等. 血清肝细胞生长因子水平与OSAHS合并高血压的相关性[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2010, 9(3): 249-252.

[4] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸疾病学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(4): 195-198.

[5] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2011, 3(5): 42-93.

(**收稿**:2012-10-28;**修回**:2013-01-03)

(编辑 邓强庭)

文章编号:1000-5404(2013)07-0689-02

经验交流

食管癌晚期合并食管狭窄支架置入术后209例临床护理

李春花,赵国策,樊超强,刘 璐,卢 兵,黄其密 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科)

[**关键词**] 食管狭窄;食管癌;置入术;食道支架;食管覆膜支架;镍钛记忆合金网状;临床护理

[**中图法分类号**] R473.5 [**文献标志码**] B

食管癌晚期由于合并食管狭窄,患者常伴有进食困难,饮水呛咳等消化道梗阻症状,影响患者的营养摄入,降低患者对肿瘤放化疗的耐受,严重威胁患者的生命。食管支架置入是目前食管癌晚期合并食管下狭窄姑息治疗重要手段之一[1-3]。而该手术成功的关键是加强术前评估及心理护理,术后严密观察病情变化,及时采取预见性护理措施,预防并发症发生。且正确的饮食指导,有效的心理护理可帮助患者缓解进食困难,加快患者康复,提高治疗远期效果,对延长患者生命,提高其生存质量意义重大。2010年1月至2012年10月住院209例食管癌晚期合并食管狭窄患者进行食管覆膜支架置入,患者均获得较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2010年1月至2012年10月第三军医大学新桥医院消化内科住院的食管癌晚期合并食管狭窄患者209例,其中男性188例,女性21例,年龄45~86(58.7±11.9)岁。患者均经电子胃镜及病理组织学确诊。食管癌晚期不宜手术者109例(其中合并食管气管瘘9例),食管癌术后吻合口狭窄患者68例,食管癌放疗后狭窄者32例。梗阻部位食管上段癌38例(18.2%),食管中段癌87例(46.4%),食管下段癌74例(35.4%)。209例食管癌患者均有进行吞咽困难,消瘦等症状。吞咽根据Stooler分级:0级为无吞咽困难;1级为能吞咽部分固体食物;2级为能吞咽软食;3级为仅进食流质饮食;4级为完全吞咽困难。本组病例吞咽困难分级1级32例(15.3%),2级69例(33.0%),3级81例(38.8%),4级27例(12.9%)。本研究经医院伦理委员会批准,患者术前均签署知情同意书。

1.2 手术方法

患者取仰卧或侧卧位,肩部垫高,头偏向一侧,有义齿者取出义齿。应用短效静脉麻醉药的丙泊酚注射液进行全身麻醉,术中进行心电监护。首先用电子胃镜观察食管癌病变及狭窄部位和程度,如电子胃镜能通过狭窄处,在电子胃镜直视下置入导丝,并测量狭窄长度,通过电子胃镜或在X线监测下经口腔送入超滑导丝至胃内,然后用探条或球囊扩张,测量食管癌狭窄长度,选择合适的覆膜支架。镍钛合金采用:Boston Scientific,Model:US/18-15/16/95,12 cm cover REF 1312-1315。食管支架置入后再次进镜观察支架位置和张开情况,或用X线透视观察食管支架置入的位置及是否畅通。

1.3 围术期护理

食管癌晚期合并食管狭窄患者,由于长期不能进食,这些患者多有恐惧心理,一定要加强术前护理和心理疏导。术前认真讲解置入食管支架的作用、步骤,以取得患者的配合[4-5]。认真做好患者及家属的饮食宣教,耐心讲解饮食不当的危害性及注意要点。术后进食不要操之过急,采用循序渐进的方式,从流质饮食到半流质饮食过度,少进或不进直径超过1.0 cm

[**通信作者**] 李春花,E-mail:lch567@sohu.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130228.1714.008.html(2013-02-28)

的硬质食物,也不能食含有较长纤维的蔬菜。少进高脂肪饮食,以避免阻塞支架。忌过热、过冷食物,因采用镍钛合金支架,它可随温度变化而发生硬度变化,以防支架收缩、脱落、移位等。餐后给予温开水送服,以清洁食管支架上的黏附食物,进食后采用半卧位,以减少反流。

1.4 统计学方法

采用SPSS 18.0统计软件,结果用相对数表示。

2 结果

2.1 支架置入术后结果及并发症

209例食管癌晚期合并食管狭窄患者置入229枚支架,因15例患者食管狭窄病变较长,置入2枚食管支架,其中5例食管支架置入后脱落移位,再置入1枚,1次食管支架置入成功者204例(97.6%),术后吞咽困难恢复至0~2级,其中恢复至0级者83例(39.7%),1级者76例(36.4%)和2级者23例(11.0%)。营养状况明显改善,食管支架置入术后近期有效率达100%。

本组患者中发生食管异物感、胸闷及胸骨后疼痛148例(70.8%),发热27例(12.9%),多数为轻度及中度发热;胃食管反流15例(7.2%)和出血12例(5.7%),支架移位脱落5例(2.4%),通过再次食管支架置入,仍获较好疗效。

2.2 支架置入术后护理及其要点

食管癌晚期合并食管狭窄食管支架置入术后临床护理至关重要,尤其正确的饮食指导,有效地心理护理可帮助患者缓解进食困难,使患者体质好转,提高患者生活质量。患者食管支架置入术后第1天应采用流质饮食,且进食应采用循序渐进的方法,从流质饮食到半流质饮食逐渐过渡到正常饮食,不能进直径超过1.0 cm的硬质食物,也不能进含有较长的纤维类食物。少进高脂肪或黏稠饮食,以避免食物阻塞支架。忌进热、进冷食物,因置入的食管支架为镍钛合金支架,以防支架随温度变化而发生硬度改变、冷缩而导致支架移位、脱落。进食后采取半卧位,最好保持立体位30 min左右,睡眠时床头抬高15°~30°,进食的方式为少食多餐,应细嚼慢咽,每次进食后应饮清水200~300 mL冲洗支架的食物残渣,保持口腔及支架清洁。避免入睡前2~3 h内进食,进食正常患者应每3个月随访1次,当发生进食梗阻、胸痛,呛咳时,应随时就诊。在临床护理中做到精心、细心、耐心,特别是对食管支架置入术有思想顾虑者,应做到详细的解释工作,以解除患者的思想顾虑,以配合临床治疗。

3 讨论

食管支架置入是目前食管癌晚期合并食管狭窄姑息治疗重要手段之一,但是食管支架置入术后,209例中有148例(70.8%)发生食管异物感或胸骨后不适,胸闷及胸痛。疼痛高峰多数患者发生于术后12~24 h,以后逐渐减轻,3~5 d后可缓解。异物感及疼痛发生的主要原因是,食管支架膨胀过程中压迫食管黏膜,牵拉食管壁以及金属支架置入后食管蠕动增强所致。常发生于支架直径过大,位置较高的患者。蔡卫红[6]认为胸痛程度和支架直径呈正相关,支架直径越大,通畅性越好,但胸痛越严重。轻度胸痛者可向患者做好解释工作,说明胸痛原因,消除患者的紧张心理,胸痛严重者可遵医嘱使用镇静剂或止痛药物,本组胸痛患者多数给予芬太尼透皮贴剂4.2 mg治疗,效果良好[7],患者的疼痛很快减轻。本组发生发热患者27例(12.9%),多数发生于4~8 h,多为轻度及中度,少数为高度发热,持续时间为1~3 d,发热的原因多为癌症坏死组织吸收所致,术后注意监测患者体温变化,嘱患者多饮水,轻至中度发热多观察,可不必处理,高度发热者遵医嘱物理降温,必要时给补充液体及肌注降温药物。本组术后共发生胃食管反流者15例(7.2%),临床表现为嗳气、反酸,上腹部烧灼感症状。发生的主要原因为贲门处狭窄患者,当食管支架置入后致使贲门功能发生障碍,而导致胃食管反流。处理的方法为嘱患者半卧位或高枕卧位,立位或坐位进餐,饭前服用胃动力药物,如莫沙必利片,质子泵抑制剂,如埃索美拉唑镁肠溶片,餐后2 h内不宜平卧,平时少做低头弯腰等动作,以减少胃酸反流的发生。出血是支架置入后的严重并发症之一,本组患者食管支架置入后发生出血者12例(5.7%),出血一般由于食管狭窄处瘢痕撕裂,肿瘤破裂引起出血,有的支架附有防止支架移位的倒钩,刺伤食管壁有关[8]。出血并发症虽发生较少,但危险性大,观察不细或处理不当后果严重,因此应引起高度重视。本组资料研究也表明,术前给予全面细致的临床护理及准备,术中医护密切配合,术后采取有效的护理措施,防止并发症的发生,是对食管癌晚期合并食管狭窄支架置入术成功的关键。应该指出的是,食管支架置入术只是改善了患者的进食梗阻症状,提高了生存质量,并不能控制瘤体的生长,术后应配合放、化疗等综合治疗[9]。对于延长食管癌晚期合并食管狭窄患者生存期,提高生存质量有重要意义。但是食管支架置入术后远期疗效有待随访,还需要进一步研究。

参考文献:

[1] 王虎, 郝安林, 王卫杰. 被膜食管支架治疗食管贲门良性狭窄的临床分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(19): 69-70.
[2] 王保健, 赵秀梅, 刘克分. 支架置入配合放射治疗治疗中晚期食管癌[J]. 现代肿瘤医学, 2012, 20(8): 1633-1634.
[3] 贾秋红, 刘福建. 食管支架在食管疾病治疗中的应用进展[J]. 中国实用医药, 2012, 7(8): 259-261.
[4] 胡敏芝, 谢露, 李岳桓. 80例内镜直视下食管支架置入术的围手术期护理[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(3): 170-171.
[5] 许文芳. 超细胃镜操作下食管支架置入术的护理[J]. 全科护理, 2012, 10(3): 235.
[6] 蔡卫红. 食管癌患者的饮食护理及营养支持[J]. 吉林医学, 2012, 33(21): 4694-4695.
[7] 薛春丽, 马蕊. 食管癌患者围手术期呼吸道的护理体会[J]. 中国实用医药, 2012, 7(20): 204-205.
[8] 张洁. 食管癌采用支架置入术后并发症的护理[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(17): 155-156.
[9] 黄小莉. 食管癌晚期食管狭窄支架置入术的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(3): 326-327.

(**收稿**:2012-12-21;**修回**:2013-01-28)

(编辑 王 红)