维普资讯 http://www.cqvip.com

尽早建立静脉通道进行水化，使之在用抗癌药时静脉输液量大于 2000ml，以利于和加强利尿，预防对肾脏的损害。

安置保留尿管，最好用弗来氏尿管，术中观察尿量。

将蒸馏水（无菌）2500～6000ml 倒入无菌升温灌注箱内，温度调至 43℃备用。

在行 TRC 前数分钟备好所需药物。DDP 按 60～200mg/m² 计算，STS 按 2.7g/m² 计算。一般成人即 DDP300g＋生理盐水 500ml；STS 12g＋5%葡萄糖液 300～500ml。

在用抗癌药灌注腹腔的同时，从静脉快速滴注 STS（约 20min 内）。

2. 术后护理要点

病人回到病房后，立即按医嘱从静脉滴注 STS—STS 24g＋5%葡萄糖液 500～1000ml，维持 8 小时，最好分二次配液体输入。

密切观察生命体征，密切观察尿量，术后尿量维持在 80ml/小时以上，并作详细记录。如尿量少，应及时报告医生，给予速尿或者 20%甘露醇利尿，以防止肾脏受损。

保持静脉通道的通畅，使解毒剂能按需输入。灌注当日及灌注后 3 天内静脉水化量应大于 3000ml/日。

术后 4～6 小时通过引流管放出腹腔内化疗药液，并观察其性和量。

保持各引流管的通畅，为防止化疗用的硅胶管阻塞，可用肝素稀释液 2～3ml 注入管内（肝素 25000u＋生理盐水 100ml）。

由于抗癌药的作用，术后病人可能会出现恶心、呕吐等不适。严重者可用 Vit B_6 或反复用胃复安止吐，并可大剂量补液，利尿。

灌注后 3 天内复查血、尿常规以及电解质和肝肾功能。以后，每周 1 次，了解 DDP 对该病人肝、肾、骨髓等有无损害。

术后首次化疗在术后 3 天内进行。DDP 与 STS 的 TRC 间隔时间为 7～10 天，国外为 3～4 周。

参 考 文 献

1. 程中. 腹腔内化疗治疗腹腔内恶性肿瘤. 普外临床，1991，6：162.
2. 史继学. 腹腔内化疗的临床应用近况. 国外医学. 护理学分册，1993，12：23.
3. 李元宗. 兰州医学报，1987，39：90.

（收稿：1997－11－1）

50-52　食管全切除　次全切除　护理　25

食管全切除及次全切除术的护理体会

R655.405
R473.6

武 丽*

食管癌手术病人，一般年龄较大，平均在 50 岁以上，且常并发高血压、心脏病、糖尿病及慢性肺疾患等老年病。又由于长期进食困难，多伴有慢性营养不良、体弱，对麻醉、手术耐受性差。手术时间较长，主动脉可能受压，尤其在弓上吻合的病例，术中游离食管时对膈胸膜可能被撕破，给术后护理增加了难度。另外，该类病人术前及术中还应积极维持适当血容量，及时补充失血，观察输血、补液发生的不良反应，测定中心静脉压、尿量及注意气道通畅情况，有条件时应进行静脉高营养，以增强病人抵抗力，为术后恢复创造条件。我科从 1988 年 10 月～1990 年 12 月共行食管癌食管全切除及次全切除、胃咽、胃食管吻合术 24 例，现将护理体会总结如下。

临床资料

全组 24 例，男性 20 例，女性 4 例，年龄 34～82 岁，平均 53 岁，体重 43～82 公斤，平均 57 公斤，临床诊断及术式见表 1。本组病例诊断磷状上皮癌 21

* 作者单位：110001　沈阳市，中国医科大学第一临床学院胸外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

例、腺癌 3 例。全组除 2 例外，其余病人术前三天均进流食，每日口服链霉素、新霉素各 0.5 克及静脉滴入白蛋白 10～20 克。认真做好口腔护理。按麻醉科医嘱给术前用药哌替啶 50 毫克、阿托品 0.5 毫克术前 45 分钟肌肉注射。全组病例均行气管内插管、静脉复合麻醉维持。手术时间为 4 小时 30 分～9 小时 20 分，平均为 6 小时，回病房后病人均清醒，呼之能睁眼、合作，术中输血量 800～2000 毫升，平均 1400 毫升，液体量为 2000～2500 毫升，尿量平均 1000 毫升。回病房后一般一级护理 6－27 天，住院天数为 29－97 天，平均 44 天。全组 24 例，死亡 3 例，死亡率为 12.5%，术后并发症见表 2。

表 1 食管癌部位及术式

诊 断	术 式	例数
上段食管癌	食管、喉全切除、胃咽吻合术	2
	食管全切除 胃食管吻合术	2
上中段食管癌	食管次全切除 胃食管吻合术	7
中段食管癌	食管次全切除 胃食管吻合术	8
下段食管癌	食管次全切除 胃食管吻合术	5
总 计		24

表 2 食管癌术后并发症

诊 断	例数
颈部吻合口瘘	4
切口感染	4
胸腔感染休克	2
腹腔内出血	1
甲状旁腺功能低下	1
精神障碍	1
声音嘶哑	3
总 计	16

护理体会

一、因食管癌进行的食管全切除或次全切除术，均需将纵隔、腹腔及颈部淋巴结廓清，实是食管癌扩大根治术。手术创伤重、时间长，除胸腹联合切口外，还需经颈部切口行肠或胃吻合术。加之此类病人术前多进食欠佳，体质较弱。本组病人平均体重仅 57 公斤，故术后易发生呼吸、循环功能衰竭，在护理上术前要注意调节病人的营养，必要时应做静脉高营养来增强病人的体质，静脉高营养是指完全从静脉供应病人所需营养要素，包括丰富的热量，必要的氨基酸和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素。使病人在不进食的情况下仍然可以维持良好的营养状况，增加体重，促进创伤愈合，但需从中心静脉输入，而临床上采用的静脉输液，只能供应病人所需的一部分热量和一部分电解质，本组病人应用白蛋白及输血代之。静脉营养组成及给药途径见表 3。另外，术前还应做好食管的清洁准备及心理工作，术后要密切观察病情变化，加强呼吸道及胸腔引流装置的管理。

二、吻合口瘘是食管手术后最严重的并发症，本组发生 4 例，死亡 1 例，死亡率为 25%。早期吻合口瘘多因吻合口张力过大、吻合不严密或血运被破坏所造成。再加病人体弱、低血浆蛋白，及术前胃、肠道准备不充分。护士除术后应使病人保持颈前屈位，固定好胃管外，还应熟悉并发吻合口瘘的临床表现，如呼吸困难、胸腔积液及全身中毒症状、包括黄疸、高烧、休克、白细胞计数升高，甚至菌血症表现。如有上述症状，护士应及时通知医生，且应准备对策，如充分引流，抗生素的应用及维持营养等。

表 3 静脉高营养与给药途径

类别	组成	途径
氨基酸－高浓度葡萄糖－脂肪系统	氨基酸＋20～30%葡萄糖＋脂肪＋添加物	中心静脉
氨基酸－中低浓度葡萄糖－脂肪系统	3～5%氨基酸＋10%葡萄糖＋10～20%脂肪＋添加物	中心静脉 周围

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、心理护理极为重要，食管癌全切除和次全切除术，在国内开展尚少，手术复杂而危险性又大，病人从各方面得知的信息均是严重而且目前尚无其它良法根治的疾病，故思想顾虑很大或完全失去信心，有的人对医院环境生疏不习惯等而易发生精神方面的障碍。本组24例病人，术后12天有1例发生精神障碍，经护士对其多方面解释，并用镇静药治疗而好转。对这类病人应注意与由于水、电解质紊乱，引起的精神症状有区别。我们体会，护士不但要做好各方面护理工作，还应以高度的责任心及同情心，耐心做好病人心理上的护理，主动介绍有关食管癌的医学常识、术后可能出现的情况及各种检查，使之消除恐惧，处于最佳的心理状态。术前还可以带领病人参观术后观察室，熟悉各种抢救用具，如人工呼吸器等。必要时术后也可应用适量镇静剂，本组病人均采用连续硬膜外注射少量吗啡，对病人减少疼痛、充分休息起到良好作用。

四、维持气道通畅和清除分泌物是此类手术病人监护的重要部分。分泌物清除之后可减少气道内的阻力，改变换气/灌注比率不相称的现象，缓解支气管痉挛、防止肺不张等，回病房后，一旦病人清醒能合作时，应立即鼓励其作咳嗽及深呼吸运动。护士也可将手压在手术切口上，固定胸部协助病人有效咳嗽，以改善咳嗽的能力，也可减轻咳嗽时产生的疼痛。若有过多而持续不断的分泌物时，尤其在食管、喉全切除术病人，由于迷走神经及气管周围血运的被破坏、病人无力咳嗽，常常分泌物增多及发生声音嘶哑时，则可用纤维支气管镜直接插入气管，支气管内吸引分泌物，本组有的病人用纤支镜吸引分泌物多达16次/日，但吸引之前要用2%利多卡因5—10毫升/次或1%地卡因3—5毫升/次，作粘膜表面麻醉，再插入纤支镜吸痰。在吸痰过程中注意血氧的变化，如血氧低于90%以下，要停止吸痰，并加大氧流量，待血氧达90%以上再行吸痰。

五、近几年食管上段癌或中上段癌便于廓清达到根治目的，基本上采用经右胸三切口或经左胸二切口，术后常规应用呼吸机24小时，促进吻合口的血液循环，提高动脉血氧分压。如血氧正常，呼吸平稳，生命指标正常，遵医嘱可停用呼吸机。停用呼吸机后从气管插管处给氧，要严密监测血氧变化，并在插管处充分雾化吸入，吸净气管内痰液，呼吸机停用1—2小时如监测各项指标正常，配合医生可拔掉气管插管等，拔气管插管后仍需密切注意监测血氧变化，充分雾化吸入，鼓励病人咳嗽，使痰液缓缓运行到气管上部，按压颈部切口及腹部切口，协助病人将痰液咳出。颈部手术要尽量减少鼻导管吸痰，因插管吸痰不易插入气管而插入颈部吻合口，损伤吻合口或因恶心呕吐增加吻合口张力，易引起吻合口瘘及感染。颈部吻合口瘘病人更要做好口腔护理，每天常规一日二次口腔护理，经常用OGW漱口水漱口，以免因口腔不洁逆行感染引起吻合口感染，并注意颈部切口有无红肿及渗出，注意体温变化，早期发现颈部切口感染引起的蜂窝组织炎，应及时切开引流换药。

六、对食管手术病人，白天要经常协助病人坐起并给予叩背，适当用止痛药，促进肠蠕动的恢复，待病人排气后胃管不要拔掉，闭管1—2天后要经胃管每2小时注入白开水20—50毫升，无不适反应再拔掉胃管。第二天经口进全流半量一天，再进全流全量三天，第五天半流半量，第六天半流全量直到出院。

七、出院时一定要做好饮食的出院指导，进食高蛋白、高碳水化合物易消化饮食，少量多餐，不宜进食生、硬、冷不易消化食物。出院后如出现进食困难，要及时来院复查，并遵医嘱定时来院做化疗。

（收稿：1997—7—23）