

# 良性食管瘘覆膜支架治疗的术后护理体会

陈 燕 李小平<sup>①</sup> 叶敏飞\*

(宁波鄞州第二医院手术室, 宁波 315000)

中图分类号: R473.6

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2014)11-1060-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2014.11.027

良性食管瘘是胸外科和消化科常见急重症之一<sup>[1]</sup>, 既往以手术或内科保守治疗为主, 住院时间长, 住院费用大, 病死率高。近几年来, 覆膜食管支架置入术可以堵塞食管瘘口, 减少食管内容物污染, 减少甚至杜绝胸腔纵隔感染源, 同时可以提前开放饮食, 增强营养, 促进瘘口感染愈合, 是目前首选的侵袭最小的治疗方法之一<sup>[2]</sup>, 但护理较复杂, 目前没有规范。本文对 2003 年 4 月~2013 年 6 月我院 30 例良性食管瘘覆膜食管支架的护理总结报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 30 例, 男 19 例, 女 11 例。年龄 29~85 岁, (57.8±11.3) 岁。发热 30 例, 进食后咳呛 21 例, 呼吸困难 24 例。食管肿瘤术后食管胃吻合口瘘 8 例; 食管肿瘤术后纵隔转移、原发中央型肺癌及纵隔肿瘤放疗损伤食管 11 例; 食管异物损伤 5 例; 因食管癌行内镜下黏膜剥离术后食管破裂 4 例; 剧烈呕吐后食管破裂 2 例。CT、胃镜、食管造影、口服美蓝等检查示食管气管瘘 11 例, 食管纵隔瘘 7 例, 食管胸腔瘘 5 例, 食管、纵隔、气管联合瘘 4 例; 纵隔脓肿 8 例, 纵隔气肿、颈部皮下气肿 15 例, 吻合口狭窄 4 例。

### 1.2 手术方法

①采用 DSA 监视下、内镜下及 DSA 联合内镜下 3 种方法置入支架, 食管狭窄患者支架置入前可先用气囊术扩张。②禁食、抗炎、抑制胃酸分泌、空肠营养或静脉营养、胃内负压引流等治疗。③对合并胸腔瘘患者行胸腔闭式引流。④对较大纵隔脓肿患者在内镜和 X 线下行负压引流。⑤对食管、纵

隔、气管联合瘘者联合放置覆膜食管支架和气管支架[南京微创医学科技有限公司、江苏淮安西格玛医用实业有限公司、济南德尔曼科技有限公司(18~22)mm×(80~120)mm 覆膜食管支架]。⑥严重皮下气肿患者行多点皮肤小切口排气。⑦术后 48 h 内行口服碘剂造影, 此后每周 1 次观察食管瘘和支架移位情况, 发现支架移位及时用异物钳调整, CT 检查胸部感染情况。出院后每半月复查 1 次食管瘘闭合、感染情况, 2 个月后经 2 次随访证明食管瘘已经闭合者取出支架。

### 1.3 护理方法

1.3.1 严密监测生命指征变化 食管瘘患者症状严重, 往往出现高热、休克、呼吸困难甚至呼吸衰竭, 必须严密监测体温、血压、心率、呼吸、氧饱和度、血气分析等生命指征以及尿量改变并做好记录。对体温较高者尽量使用物理降温或遵医嘱药物降温, 发热或使用药物降温后患者出汗多, 要及时为患者更换衣裤、床单、被套, 防止着凉, 并嘱咐患者多饮温水; 血压下降者严密观察血压变化, 及时扩容和使用多巴胺等升压药; 因气胸、纵隔气肿出现呼吸困难者及时进行胸腔闭式引流; 对脓胸、胸腔脓肿或纵隔脓肿患者及时进行引流; 皮下气肿严重影响患者活动或呼吸者, 及时进行多点皮肤小切开, 并反复挤压积气, 同时注意切口每天消毒护理, 防止切口感染。

### 1.3.2 支架及相关并发症的观察护理

1.3.2.1 饮食护理 ①禁食: 支架置入后往往需要 2~7 d 禁食, 护理时注意告诉患者禁食的重要性, 防止部分患者不遵守医嘱违规进食。②恐惧进食与盲目进食: 支架置入 48 h 后经食管造影检查医嘱开放饮食后, 部分患者存在恐惧进食, 部分患者盲目进

\* 通讯作者, E-mail: yeminfei198311@163.com

① (宁波鄞州人民医院消化科, 宁波 315100)

食。恐惧进食者虽然已告诉患者可以进食但仍然拒绝进食或只是少量进食,担心进食后加重病情。对该类患者要向患者讲清楚可以进食的原因和检查结果,说明进食的重要性及安全性,同时应该由护理人员现场观察患者进食情况,必要时请主管医生一起指导患者进食,以利于患者改善营养。盲目进食患者往往进食时大口吞咽、进食过量或进食有渣及固体食物,护理人员需要向患者及家属说明必须进食流质或半流质无渣饮食,吞咽时应该小口慢咽,防止支架移位和支架阻塞。本组 6 例违规进食,6 例恐惧进食,9 例盲目进食,经过护理人员反复多天教育后得到纠正。

**1.3.2.2 支架并发症护理** 食管支架置入后往往出现胸骨后疼痛、支架移位、支架食管侧漏等并发症。①胸骨后疼痛护理:胸骨后疼痛或食管异物感是食管支架置入术后最常见的并发症<sup>[3]</sup>。支架置入后 24~72 h 内胸骨后疼痛的发生率较高,72 h 后多数患者可以自动缓解,但疼痛也可延长到 7~10 d,支架位置高患者胸骨后疼痛较剧烈,时间较长。需要向患者说明产生疼痛的原因,并多加安慰和心理疏导,必要时可以使用适量的镇静止痛剂。本组 17 例出现胸骨后不适或疼痛,2~11 d 后缓解,6 例疼痛较剧烈,使用强痛定及度冷丁治疗后缓解。②支架侧漏的观察和护理:有部分支架与食管壁之间没有很好贴合存在侧漏,需观察患者进食时咳嗽、呼吸困难、气急、胸骨后疼痛是否有好转或加重,以及体温、血白细胞计数改变,早期行泛影葡胺造影检查可以确诊。③支架移位的观察和护理:与食管恶性狭窄支架置入相比,良性病变引发的食管瘘因食管无狭窄,放置覆膜支架易出现移位<sup>[4]</sup>,短期内 5~7 d X 线观察 1 次支架移位情况,后期可适当延长到 10~14 d,一旦支架进入肠腔内可能出现肠梗阻、肠穿孔及出血等严重并发症,需要手术治疗。为防止支架移位需要患者平躺位休息减少站立行走特别是剧烈运动;进食流质或无渣半流质,禁忌有渣食物及固体块状食物;吞咽时应该慢速小口,切勿大口快速吞咽。同时严密观察患者进食时咳嗽、胸痛、气急等食管漏症状加重情况或突发腹痛,肛门排气排便停止及便血等肠梗阻、肠穿孔、肠出血情况,及时向医生汇报并进行 X 线透视、CT 等检查。

**1.3.3 各种引流管的护理** 可能的引流管有:胃肠引流管、肠内营养管、胸腔引流管、气胸闭式引流管、纵隔引流管、经鼻纵隔引流管等,各种引流管较多。本组最少 1 条胃肠引流管,最多 8 条引流管,需要全面了解每一条引流管的作用、位置,将各引流管做好

标记,防止混淆,同时严密观察各种引流管是否通畅、24 h 引流量,并做好记录,做好各引流管的消毒护理,翻身活动时防止脱落。胃肠引流管每天用生理盐水 50 ml 冲洗 1 次;肠内引流管较细,每次使用后需要温开水或生理盐水 50 ml 冲管;胸腔引流管、纵隔引流管、鼻纵隔引流管每天使用适量用无菌生理盐水冲洗 1~2 次,冲洗后尽量抽净液体;胸腔闭式引流管及时更换,嘱咐患者多咳嗽以利于胸腔气体排出。发生引流管脱落时,根据情况可以采取重置或保持处理,如果引流管堵塞可以根据情况采取冲洗、导丝冲堵或重新置入或拔除处理。

**1.3.4 综合治疗的护理** ①由于支架置入以后患者原胸腔、纵隔感染治疗时间较长或感染严重,特别是部分肿瘤术后放化疗患者,存在严重营养不良以及免疫力下降,需要高蛋白高营养饮食,必要时肠内高营养治疗。②其他基础护理如吸氧、翻身、观察生命体征、计尿量及液体进出量,防止褥疮产生。③注意伴随疾病的护理:许多患者特别是老年患者伴随其他器官疾病较多需要加强对应的护理措施。

**1.3.5 带支架出院患者宣教的护理** 经过支架置入治疗后,多数患者需要带支架出院观察及门诊随访,出院时护士必须向患者再次说明在家中生活中饮食、休息、运动时的注意事项,每天自测体温、脉搏,注意胸痛、气急现象,保持大便通畅,排便不能用力过猛,严格执行医嘱,按医生的约定时间来院复查。

## 2 结果

DSA 监视下放置 11 例,内镜下放置 14 例,联合放置 5 例,均成功。17 例出现胸骨后不适或疼痛,2~11 d 后缓解,6 例疼痛较剧烈,使用强痛定和度冷丁。4 例侧漏,其中 3 例直径 20 mm 支架上口侧漏,取出后改用 22 mm 支架封堵成功,1 例存在逆行侧漏但不严重,未特殊处理。8 例支架移位:5 例食管内支架下移,经胃镜调整到位;1 例掉入胃中,用异物钳取出;2 例掉入小肠后 1 例自行排出,1 例滞留在直肠,用肠镜取出,无严重消化道出血及消化道穿孔。6 例发生违规进食,6 例恐惧进食,9 例盲目进食情况,经过护理人员教育得到纠正。发生 3 例次胃肠引流管、2 例次纵隔引流管、2 例次胸腔引流管脱落;发生 3 例次肠内营养管、1 例次鼻纵隔引流管、2 例次胸腔引流管,1 例次纵隔引流管脱落堵塞,根据情况采取了重放、导丝冲堵或拔除处理。3 例支架置入术后 1~3 周死于严重感染,1 例术后 3 d 猝死,1 例术后 7 d 死于呼吸衰竭。支架取出时间 7~22 周,平均 10.2 周。

### 3 讨论

食管瘘诊断主要根据出现气胸、纵隔积气及对对比剂外溢等表现<sup>[5]</sup>,良性食管瘘多数为医源性,以往的报道有食管肿瘤术后吻合口瘘、纵隔及肺部肿瘤放疗术后、长时间气管插管术后等,但近年来随着内镜下食管肿瘤黏膜剥离术(EMR/ESD)的推广,EMR/ESD 术后食管穿孔患者急剧增加,需要足够重视。

以往各种原因导致的食管瘘患者有高的病死率<sup>[6]</sup>,近年来,使用食管覆膜内支架治疗由各种原因引起的食管纵隔瘘、食管胸腔瘘,能封闭瘘口,促进漏口愈合,恢复通畅的生理通道,迅速解决进食及呛咳问题<sup>[7,8]</sup>,治愈率提高到 90% 以上<sup>[9]</sup>,是食管瘘治疗的重要措施。支架的放置方法可以根据医师的经验选择 X 线监视<sup>[10,11]</sup>、内镜监视<sup>[12,14]</sup>及 X 线内镜联合监视下放置<sup>[15]</sup>,3 种方法虽然技术上互有利弊,目前技术都较为成熟,但均存在容易并发胸骨后疼痛、支架移位和支架侧漏问题。

我们体会良性食管瘘患者临床症状严重,均出现发热,食管气管瘘、食管纵隔瘘、食管胸腔瘘多合并胸腔脓肿、脓胸、纵隔脓肿甚至败血症、脓毒血症,引起患者畏寒、寒颤、高热,甚至感染性休克和多脏器功能不全;可以出现气胸、张力性气胸、纵隔气肿、广泛性皮下气肿使呼吸道阻力增加,导致呼吸困难甚至呼吸衰竭。需要特别注意严密观察体温、心率、血压、呼吸、血氧饱和度等生命指征以及尿量改变。

支架置入后的饮食和活动的管理非常重要,术后饮食不当可发生再狭窄或支架移位,变形等不良反应<sup>[16]</sup>,早期站立行走容易造成支架侧漏发生和支架堵塞或支架移位。这 2 种情况的发生往往造成支架堵塞功能丧失,食管瘘症状加重或合并肠梗阻、肠穿孔的发生,需要及时发现,早期处理。

各种引流管多是良性食管瘘支架置入术后患者的特征之一,特别需要注意各条管道的功能、位置,做好区别标记,做好各条引流管的观察记录和维护,防止混淆、堵塞、脱落,以免引起引流管功能丧失。

由于患者住院时间长,感染严重,营养不良以及免疫力下降严重也要加强重视营养护理和基础护理工作,防止褥疮产生,同时也要注意伴随疾病的护理。带支架出院随访者特别注意说明在家中生活中饮食、休息、生活、运动时的注意事项。

综上,良性食管瘘是重症,治疗护理复杂。覆膜支架治疗良性食管瘘封堵瘘口效果良好,成功率高,安全,是良性食管瘘患者值得推荐的治疗方法。护

理时要注意生命指征监测、支架相关并发症、各种引流管、综合治疗措施以及出院宣教等五方面的观察护理。

### 参考文献

- 1 李小平,马霁波,许 丰. 覆膜支架治疗良性食管瘘的临床应用. 中华消化内镜杂志,2012,12(29):709-710.
- 2 Fischer A, Thomusch O, Benz S, et al. Nonoperative treatment of 15 benign esophageal perforations with self-expandable covered metal stents. Ann Thorac Surg, 2006, 81(2):467-472.
- 3 周子奎,陈金菊,林长平. 食管支架植入术后并发症及相关因素的探讨. 介入放射学杂志,2006,15(2):114-115.
- 4 Solbakken AM, Horde Q, Glomsaker T. The use of stents in benign esophageal conditions. Tidsskr Nor Laegeforen, 2005, 125(16):2175-2178.
- 5 Griffin SM, Lamb PJ, Shenfine J, et al. Spontaneous rupture of the oesophagus. Br J Surg, 2008, 95(9):1115-1120.
- 6 Alanezi K, Urschel JD. Mortality secondary to esophageal anastomotic leak. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2004, 10(2):71-75.
- 7 White RE, Mungatana C, Topazian M. Expandable stents for iatrogenic perforation of esophageal malignancies. J Gastrointest Surg, 2003, 7(6):715-772.
- 8 Siersema PD. Treatment of esophageal perforations and anastomotic leaks: the endoscopist is stepping into the arena. Gastrointest Endosc, 2005, 61(7):897-900.
- 9 Peters JH, Craanen ME, van der Peer DL, et al. Self-expanding metal stents for the treatment of intrathoracic esophageal anastomotic leaks following esophagectomy. Am J Gastroenterol, 2006, 101(6):1393-1395.
- 10 Ross WA, Alkassab F, Lynch PM, et al. Evolving role of self expanding metal stents in the treatment of malignant dysphagia and fistulas. Gastrointest Endosc, 2007, 65(1):70-76.
- 11 Cook TA, Dehn TCB. Use of covered expandable metal stents in the treatment of oesophageal carcinoma and tracheoesophageal fistula. Br J Surg, 1996, 83(10):1417-1418.
- 12 Wilkes EA, Jackson LM, Cole AT, et al. Insertion of expandable metallic stents in esophageal cancer without fluoroscopy is safe and effective: a 5-year experience. Gastrointest Endosc, 2007, 65(6):29-31.
- 13 Austin AS, Khan Z, Cole AT, et al. Placement of esophageal self-expanding metallic stents without fluoroscopy. Gastrointest Endosc, 2001, 54(3):357-359.
- 14 Shin JH, Song HY, Ko GY, et al. Esophagorespiratory fistula: long-term results of palliative treatment with covered expandable metallic stents in 61 patients. Radiology, 2004, 232(1):252-259.
- 15 Laasch HU, Martin DF, Do YS, et al. Interventional radiology for the management of inoperable carcinoma of the esophagus. Endoscopy, 2003, 35(12):1049-1057.
- 16 张 洁. 食管癌采用支架置入术后并发症的护理. 护理与康复, 2012, 6(3):155-156.

(收稿日期:2014-01-13)

(修回日期:2014-07-22)

(责任编辑:李贺琼)