

## 食管胃吻合术后 325 例早期护理

窦贺荣 韩世发 (武警医学院动物实验中心, 天津 300162)

**关键词** 食管癌术后 饮食 护理

随着临床诊疗技术的进展,食管癌手术死亡率明显降低,特别是术后早期护理的加强和改进,对此类疾病的转归起到了重要的作用。我院 1999 年 1 月~2003 年 8 月共收治 325 例食管胃吻合术后患者,现总结早期护理体会如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 325 例,其中男 207 例,女 118 例;年龄 43~75 岁,平均 60.2 岁;食管中段癌 116 例,下段癌 162 例,贲门癌 47 例;单纯探查或姑息性手术 12 例,行肿瘤切除,胸内食管胃吻合术 313 例。

术后并发症及发生时间:吻合口瘘 12 例,出血 2 例,乳糜胸 1 例,切口积液或感染 11 例,本组并发症的发生率为 7.38%,文献报道为 7%~35%,多发时间为 3~7 d<sup>[1]</sup>。

1.2 术后早期处理及观察 食管胃吻合术后的处理原则是:促进切口愈合,防治并发症,支持疗法。食管癌术后一周内处理要点及护理措施为:手术日禁食水,补液 2 000~3 000 ml/d,抗生素,止血剂,镇痛剂处理;第 1 天补液 2 000~3 000 ml/d,抗生素,止血剂,鼓励咳嗽,对症处理;第 2 天补液,给营养液 150 ml/次,2~3 次/d,抗生素,止血,镇静,对症处理;第 3 天补液减量,给营养液 250~300 ml/次,1 次/3 h,拔胸管,拔胃管,镇静,对症处理;第 4 天补液减量,营养液 300 ml/次,1 次/3 h,镇静,对症处理;第 5 天补液,镇静,对症处理;第 6 天补液,对症,下床活动,第 7 天口入全流食,拆线。

### 2 护理体会

根据国内多家资料的统计,食管胃吻合术后常见并发症的发生时间:呼吸道并发症为术后 1~3 d,亦可延迟到 7 d;急性胃扩张为术后 1~3 d;吻合口瘘为术后 3~7 d,个别的可在 10 天后发生;乳糜胸为术后 3~5 d;单纯脓胸为 7 天左右;伪膜性肠炎为 1~7 d;主动脉-食管吻合口瘘为术后 3 周左右;吻合口狭窄为术后 2~3 周;膈疝多发生在 2~3 周以后<sup>[2]</sup>。所以临床应重点加强术后 3 天内的护理,其要点如下:

2.1 生命体征的观察及护理 食管胃吻合术后,常见并发症多在 10 日内发生。并发症的临床表现各异,但均可表现出相应的生命体征改变。体温:一般情况下,手术日多在 38.0℃以下,第 2~3 天可超过 38.0℃,但不超过 38.5℃,为术后机体反应的正常情况,以后渐下降,第 5、6 天达到正常水平。出现体温异常增高,应积极查找原因。

脉搏:与体温平行,多在 110 次/min 以内,脉搏过快的常见原因:(1)血容量不足;(2)心功能不全。高热伴心律不齐

的常见原因:(1)术前心功能不全;(2)原有心律不齐;(3)窦性心律不齐可能为功能性。

呼吸:提示缺氧情况及肺功能。呼吸浅快常由于疼痛,患者不能有力地咳嗽排痰所致,故应鼓励和协助患者咳嗽。

血压:收缩压应超过 90 mmHg,血压下降常提示心功能不良或血容量不足。应给予相应的处理。

2.2 术后卧位护理 全麻后未清醒前应取平卧位,头偏向一侧,有舌后坠者可用通气道。清醒后取头高位(15°~20°),24 小时后取半卧位、坐位。其临床意义是:半卧位有利于改善患者的呼吸,减轻“胸腔胃”对心、肺的压迫,同时,有利于腹腔积液向盆腔积聚,便于处理。

2.3 引流瓶护理 胸腔闭式引流一般保留到术后第 3 天。护理中特别强调观察液面波动度及引流液量和性状。液面波动度:正常的波动为 3~5 cm,过低提示管道不畅。常见的堵塞原因:血凝块;管道过长,扭曲,受压,应及时处理。波动度过大提示肺膨胀不全,应协助患者排痰。引流液的性质:手术日、术后第 1 天可为血性液,第 2 天以后不应有新鲜血液,而应为浆液性,否则提示胸腔内出血。引流量:手术日的引流量为 400 ml 左右,术后第 1 天为 200~300 ml,第 2 天为 100 ml 以下,经体格检查或胸部 X 线透视,证实肺膨胀良好,可以拔除引流管。

引流量过多的常见原因:(1)乳糜胸(胸导管损伤);(2)胸腔感染;(3)吻合口瘘。

2.4 饮食护理 食管胃吻合术后采取留置十二指肠营养管,早期进行肠道营养支持,以促进胃肠功能的恢复,延缓胃肠的早期损伤,有利于食管胃肠吻合的进一步愈合,减少吻合口的形成的机会。进食的原则是采用从营养管进食水质食物,后由口入;先稀后稠,逐渐过渡到半流食,忌食纤维素多的蔬菜,并且采用少量多餐的方法,使患者的胃肠得到充分的休息,利于胃肠的进一步恢复,具体饮食管理见表 1。

表 1 食管胃吻合术后饮食管理

时间	饮食管理
手术当日	禁食水
第 1 天	禁食水
第 2 天	豆汁,橘汁水,100ml/次,共 2~3 次 <sup>①</sup>
第 3 天	豆奶粉,橘汁水,糖盐 200~250 ml/次,次 3 h <sup>①</sup>
第 4~6 天	奶粉,鸡汤,橘汁水,300 ml/次,次/3 h <sup>①</sup>
第 7 天	口入全流食 300~500 ml/次,次/3 h
第 8 天	增加口入量
第 9~11 天	全流食,加少量饼干
第 12~14 天	半流食
2 周后	逐渐过渡到软食

注:①从十二指肠营养管滴入

作者简介:窦贺荣,女,1972 年出生。本科学历,护师。主要从事护理教学工作。

关于术后进食的时间、方法及饮食的性质,文献报道有所不同。苏应衡<sup>[1]</sup>主张第3天滴营养液,第5天从口进食,第7天流食全量,第9~10天无渣半流食。也有作者主张,术后6天内给予静脉营养,部分应用胃肠营养管供给胃肠内营养,6天后喝水,第7天进流质饮食,第11天进半流食,第15天进普通饮食<sup>[2]</sup>。笔者的做法是:术后36小时,先从十二指肠营养管试滴温开水50 ml/次,既可以观察患者的反应,又可以促进肠蠕动;48小时后逐渐加量,并相应地减少液体量;第7天开始从口进食。较其他作者的营养液滴入时间提前,

而从口进食时间拖后,并未影响患者营养状况的改善,如营养液配方合理,也不会导致水电解质及酸碱失衡。

### 3 参考文献

- [1] 苏应衡. 胸部外科手术学. 山东: 科学技术出版社, 1980. 152 - 153
- [2] 董建堂, 吴晓鹏, 陈 晔. 老年食管贲门癌的围手术期处理及结果分析. 中国肿瘤临床与康复杂志, 2003, 10(5): 461  
(2004 - 02 - 29 收稿, 责任编辑 郭 青)

## 剖宫产术后右下肢深静脉血栓 1 例

田建华 (武警山西总队医院妇产科, 太原 030006)

**关键词** 剖宫产术后 深静脉 血栓

剖宫产术后并发深静脉血栓是剖宫产术后的严重并发症之一, 产科医师要高度重视孕妇产后出现的临床症状, 争取做到早诊断、早治疗, 防止病情发展。现将我院收治 1 例病例资料报道如下。

### 1 临床资料

患者 26 岁, 孕 1 产 1, 剖宫产术后 8 d, 右下肢肿痛加重伴发热 2 d 入院。患者月经规律, 孕期检查无异常。停经 42 周末临产, 在外院自行要求行剖宫产术。术后右下肢维持输液 1 d, 第 3 天出现右下肢肿痛和乏力, 术后 7 天未下床活动, 第 7 天出院时右下肢肿痛加重。当日晚出现高热, 行走时右下肢针扎样剧痛, 遂入我院诊治。入院查体: 体温 38.5℃, 脉搏 96 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 15/10 kPa。右下肢肿胀, 张力大, 皮温高, 小腿深静脉走行处拒按, 右足背屈时腓肠肌剧烈疼痛(Homan 征阳性)患肢小腿周径 37.5 cm, 大于健侧 4.0 cm。实验室检查: 血常规: 白细胞  $18.7 \times 10^9/L$ , 中性 87%, 血红蛋白 100 g/L, 血沉 58 mm/h, 患者个人史、家族史无特殊。诊断: 右下肢深静脉血栓(周围型)。治疗给予溶栓、抗生素、辅以扩容、中药及支持治疗。用药 12 h 后患者下肢疼痛、肿胀明显好转, 张力减轻, 用药 3 d 患肢腓肠肌深压无疼痛, Homan 征阴性; 用药 5 d 体温正常, 患侧小腿周径测量 34.5 cm, 比用药前缩小 3 cm, 右下肢无肿、热、痛。治疗 10 d 停药各化验指标正常。患者下床活动后肢体功能无影响, 12 d 痊愈出院。1 年内不定期随访, 患者右下肢功能正常。

### 2 讨论

深静脉血栓形成是剖宫产术后严重的并发症。深静脉

血栓一旦形成要积极及时治疗, 使血栓和炎症局限化, 尽快恢复肢体的功能, 预防致死性肺栓塞的发生。国内有关剖宫产术后静脉血栓报道极少, 国外文献报道产褥期的发病率为 0.6‰~1.5‰, 并提示剖宫产进一步增加产后血栓病的风险<sup>[1]</sup>。

本例剖宫产术后深静脉血栓的风险发生与形成的主要因素是: (1) 血液处于高凝状态; (2) 手术创伤及下肢输液致静脉壁损伤; (3) 手术时麻醉致周围静脉扩张, 血流减慢, 下肢肌肉失去收缩功能; (4) 手术后卧床少动, 下肢肌肉处于松弛状态, 致血流滞缓、静脉回流受阻。以上构成了促进血栓形成的复杂因素。本例患者术后早期已有下肢肿胀疼痛和乏力, 未引起重视; 术后 7 d 下肢出现典型的血栓引起的炎症性疼痛时, 仍未引起当地医生对该并发症的足够认识, 未采取任何治疗措施, 导致病情发展、延误了治疗时机。应引起广大医务人员的重视。

孕妇剖宫产术后易并发下肢深静脉血栓, 而小腿肌肉静脉丛是手术后深静脉血栓的好发部位<sup>[2]</sup>。产科医师应重视围手术期患者的管理, 做好早发现早治疗, 预防并杜绝术后深静脉血栓的发生。

### 3 参考文献

- [1] 焦书竹. 静脉血栓病. 曹泽毅主编. 中华妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 1 348 - 1 353
- [2] 吴阶平, 裘法祖主编. 黄家驷外科学. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1986. 882

(2004 - 02 - 28 收稿, 责任编辑 尤伟杰)

作者简介: 田建华, 女, 1951 年出生。大专学历, 副主任医师, 科主任。主要从事临床妇产科工作。