

## 食管癌内支架成形术的护理工作

黄俊

我所于 1993 年 6 月开展了用人工血管涤纶材料被覆的金属支架对晚期食管癌患者进行食管成形术。改善了患者的摄食能力,提高了患者的生活质量。现将食管癌介入治疗中护理工作经验介绍一下。

### 临床资料

12 例食管癌患者,均为男性,年龄 49~88 岁,上段食管癌 2 人,中下段食管癌 8 人,贲门腺癌 1 人,胃底腺癌 1 人,其中 4 人合并食管气管瘘,支架留置前绝大部分患者(11/12)均不能进食进水。

### 术前护理

#### 一、心理护理

耐心向患者及家属做好解释工作,讲清治疗目的及方法,解除患者心理压力及顾虑,使患者在有准备的心理状态下接受治疗,术中更好的配合医护人员。

#### 二、口腔护理

因为所有的手术操作都要经过口腔,所以术前做好口腔护理至关重要,患者术前三天用 1:5000 呋喃西林溶液或多贝尔氏液漱口,4~5 次/日。如口腔粘膜有溃疡,可涂 1% 龙胆紫;口唇干裂者可涂润滑油膏。

#### 三、提高机体抵抗力

食管癌晚期患者都因吞咽困难,不能进食造成全身营养不良,所以术前静脉给予高营养并补充液体。如脂肪乳剂,氨基酸,葡萄糖液等,增强患者机体抵抗力。

### 术中护理

#### 一、术前提醒并协助患者取掉活动假牙,脱

掉带有金属钮扣的衣服,以免影响图像。

二、患者平卧于手术台上,头偏向一侧,口角旁放弯盘一个,以便口腔内分泌物流入。

三、肌肉注射安定 10mg 并给患者戴上眼罩,以减少患者紧张情绪以及看到治疗器具的恐惧心理。

四、协助医生给予咽喉部麻醉。1. 对食管癌不能进食水的患者,采用 1% 的卡因咽喉部喷雾 4~5 次;2. 对有吞咽能力的患者可口服麻醉润滑剂 5 毫升;3. 对有食管气管瘘呛咳明显不能配合手术的患者可采用 1% 利多卡因 1 毫升环甲膜下滴注。

五、麻醉后,让患者张口放上牙托。医生放导管时要协助患者头部尽量后仰,以使口腔和食管连线角度加大,利于导管和导丝通过。由于手术操作使用特殊导管,对患者咽喉部刺激较大,口腔内的分泌物较多,要及时给患者吸痰,并密切注意呼吸情况,如遇患者憋气要即刻给予氧气吸入,手术自始至终都要保持患者呼吸道通畅。

六、手术完毕后扶患者坐起,协助患者清除口腔内分泌物。然后清洗所有的器械及导管。

### 术后护理

一、观察患者生命体征变化,术后测血压、脉搏,体温。4 小时一次至平稳。并做详细记录。

二、术后抗感染治疗,一般给予抗生素静脉点滴 3~5 天。

三、术后观察患者的疼痛情况:由于导管对咽部刺激造成喉头水肿,支架的置入,术后患者会有吞咽疼痛、胸部钝痛等不适症状,所以要为患者做好解释工作。如疼痛难忍,可肌肉注射杜冷丁 50mg。

(下转第 197 页)

作者单位: 100083 北京医科大学临床介入放射学研究所

栓的压迫、固定作用。此种方法无论是在操作过程还是在临床远期效果方面均比放置下腔静脉滤器易行和可靠。

由于 Budd-Chiari 综合征的病程较长,合并血栓形成的时间难以确定,因此在 PTA 术前应首先明确下腔静脉内血栓与血管壁的关系,即血栓为陈旧性附壁血栓还是新鲜的游离血栓,我们认为采用下腔静脉插管造影 CT 扫描是确定血栓与血管壁关系的有效方法之一。血管内窥镜将是鉴别血栓性质的行之有效的方法之一。

下腔静脉内的游离血栓是 PTA 治疗下腔静脉阻塞的主要禁忌证。对下腔静脉内的游离血栓可首先应用溶栓药物进行溶栓治疗,待血栓溶解后再行 PTA。当下腔静脉于肝静脉开口上方完全闭塞而肝静脉主干通畅时,肝静脉血液在下腔静脉内呈反向流动,此时溶栓药物难以到达血栓部位和保持有效的浓度,从而使溶栓效果不佳。因此,对下腔静脉内游离血栓可在下腔静脉造影 CT 扫描或其它方法证实后,先在血栓部位放置血管内支架,待内支架将血栓固定后,再行下腔静脉 PTA,同样是一种安全有效的方法。

我们使用下腔静脉滤器放置导管鞘进行下

腔静脉 PTA 加 stent 置入,该操作安全、可靠。导管鞘之内芯为 12F 且较坚韧,可穿破厚的隔膜或闭塞段,同时对隔膜或闭塞段进行了预扩张,便于直径 20mm 球囊导管通过隔膜或闭塞段,也避免了因反复交换导管或球囊导管而导致血栓脱落。

复查中发现被内支架固定的血栓较术前明显变小,我们认为这是由于血管内支架对血栓的直接压迫和下腔静脉再通后,血流的冲击以及纤溶系统的激活作用而使血栓缩小。

### 参考文献

1. 杨学良,邓映和。下腔静脉膜性阻塞症 PTA 治疗中的肺栓塞防治。中华放射学杂志,1994;28:850。
2. Strecker EP, Hagen B, Liermann D, et al. Iliac and femoropopliteal vascular occlusion disease treated with flexible tantalum stent, Cardiovasc Intervent Radiology, 1993; 16: 158.
3. Maass D, Zollikofer C I, Largiader F, et al. Radiological follow-up of transluminally inserted vascular endoprosthesis; an experimental study using expanding spirals. Radiology, 1984; 152: 659.
4. 徐克,王长龙,张汉国,等。应用自制无接痕血管内支架治疗 Budd-Chiari 综合征。中华放射学杂志,1993;27:690。

(上接第 219 页)

四、观察术后食管有无出血,由于支架的置入会挤压周围的肿瘤组织,造成少量出血,所以术后患者咳痰时可能会带少量血,护士要耐心做好解释工作,如出血较多,及时报告医生,可肌注止血敏 250mg,如患者术后一周咳出大量黄色浓痰并有恶臭,考虑局部有感染可能,继续抗炎治疗并做培养。

五、饮食方面,因患者长期不能吞咽进食,术后喉头水肿,怕疼,而不愿进食,护士要耐心做好了解释工作,鼓励进食。术后第一天先进流汁,如牛奶、米汤、藕粉、果汁等。第二天可进半流质,如米粥、面汤、馄饨等。主要采取少量多餐的方法。患者进食后无不适感觉,可进软质普食,要细嚼慢咽,食后可饮一些含碳酸的饮料。

(气体往上排打呃时,可帮助清洁支架上残存的食物,使其下降。)

### 护理体会

被覆支架在晚期食管癌的姑息治疗上是一项新技术,最提高患者生活质量的一个好方法。护理人员应了解手术操作步骤及术前术后的护理要点,耐心细致的向患者及家属做好解释工作,以便更好的配合术者,提高手术成功率,减少术后并发症的发生。12 例患者支架留置均获成功,没有出现技术及护理方面的问题,在食管气管瘘的所有患者中,支架留置后症状得到缓解。所有患者摄食能力都有不同程度的改善。