

## 一例 I 型食道闭锁行胃造瘘术后的护理

刘 蓉

(海南省人民医院小儿普外科,海南 海口 570311)

【关键词】 食道闭锁;胃造瘘;护理

【中图分类号】 R656.6<sup>1</sup> 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003-6350(2015)22-3424-02

先天性食道闭锁是新生儿期消化道一种严重消化道畸形,一经确诊需急诊手术治疗,避免唾液或消化液吸入气管引起一系列症状导致严重的肺部并发症而危及生命。I 型食道闭锁,大部分小儿普外科医师认为延期食管吻合术是最佳的治疗方案,即先做胃造瘘术,待食管自然增长,两端接近,为食管吻合术最佳时间。经胃造瘘喂养使胃容积扩大,既可保证患儿的营养,又可通过吞咽反射及胃内容物返流至食管下端,从而刺激食管自然生长,增加了延期手术成功率<sup>[1]</sup>。此手术方案需要非常细致的护理,如呼吸道管理、胃造瘘的护理、营养支持等。本文报告 1 例 I 型食道闭锁患儿行胃造瘘术的护理,经胃造瘘管喂养患儿体重逐渐增加,扩充胃容积,牵引食管近端远端,缩短两端距离间距,为延期食管吻合术创造条件。

### 1 临床资料

患儿男,足月小样儿,因“产检发现可疑食道闭锁,生后气促 25 min”于 2015 年 2 月 15 日入院,体重 2.3 kg,行消化道造影确诊食道闭锁,急诊行胃造瘘术,术后经呼吸机支持、抗感染、营养支持、持续负压吸引,经胃造瘘管投给肠内营养,体重逐渐增加。2015 年 3 月 18 日病情稳定后出院,出院后继续扩充胃容积,牵引食管近端远端,缩短两端距离间距,为延期食管吻合术做好充分准备。

### 2 护 理

2.1 呼吸道管理 (1)吸痰护理:患儿术后转入 NICU 给予呼吸机辅助呼吸,保证通气与供氧,麻醉未醒时去枕平卧位,脱机后取斜坡位,面罩给氧,6~8 L/min,为保证呼吸道通畅,选择 6 号吸痰管经口腔插入食管盲袋内,长度不超过 8 cm,持续吸引食管盲袋内分泌物,避免唾液等通过会厌反流入气管,造成吸入性肺炎或肺不张。吸引负压小于 0.02 mpa,当口腔内有唾液滞留时,用 20 ml 注射器连接头皮针(头皮针去针头)抽吸<sup>[2]</sup>。持续吸引过程中发现,经口腔内置管负压吸引,刺激口腔内分泌较多唾液,改为经鼻腔内置管,长度为嘴巴到鼻尖、鼻尖至耳垂,改良后口腔内唾液分泌减少。定时翻身叩背排痰,监测患儿呼吸情况,当患儿发绀、吸痰连接导管未见水柱或气泡波动时,调整吸痰管位置或调解吸痰负压,保证能持续吸出痰

液,吸痰物品每日清洁更换,做好口腔护理。

2.2 胃造瘘护理 (1)胃造瘘管的护理,妥善固定造瘘管,防止牵拉脱落,标明胃造瘘管置管长度,观察伤口敷料,保持伤口清洁。术后 6 d,经胃造瘘管每 3 h 注入 5% 葡萄糖水 1 ml,逐渐加量至 5 ml,确定无胃潴留及渗出,每次喂养完后温开水冲洗胃造瘘管反折胃造瘘管并包扎,防止逆流。病情趋向稳定后,喂奶后将患儿倒置,以便扩充胃容积,同时牵拉食管向近端延伸,缩短食管近端远端间距,为延期食管吻合术提供良好条件。(2)并发症的观察:置管可引起的胃黏膜损伤,严重者甚至引起消化道穿孔、出血;管道污染可引发感染;胃胀、腹胀、腹泻等为胃肠道并发症,低血糖反应、水电解质异常、肝功能异常等代谢性并发症,管饲期间间断监测生化指标。机械性并发症,如造瘘管堵塞、移位、滑脱等。喂养前测量导管体外长度,确定胃造瘘管无脱出、移位,回抽胃造瘘管确定无胃潴留。

2.3 基础护理 (1)环境管理:做好病室、保暖台清洁消毒,保持室内合适的温度及湿度,温度为 24℃~26℃,湿度为 55%;防止空气干燥引起呼吸道分泌物干稠而影响吸痰效果,甚至影响肺功能。(2)体温护理:新生儿体温易受外界因素影响,保持室内温度,将患儿放置于保暖台保温,根据患儿体温调节辐射台温度,保持患儿体温恒定,避免新生儿硬肿症发生。(3)营养支持:患儿系小样儿,出生体重偏低,营养状况稍差,禁食期间应保证充分的静脉营养,维持电解质平衡,并适当补给维生素、白蛋白、氨基酸及脂肪乳剂,以增强患儿抵抗力。静脉营养期间间断监测生化指标及观察皮肤黄疸情况,有研究证实胃肠外营养相关性胆汁淤积综合征发生率为 9.4%,国外报道全胃肠外营养导致的胆汁淤积综合征在儿童中的发生率为 7.4%~84%<sup>[3]</sup>。静脉营养 10 d,患儿出现高胆红素血症即停用脂肪乳剂,给予蓝光治疗后,患儿血清胆红素恢复正常。术后 6 d 开始给予肠内营养,患儿无不适后,改为母乳喂养,方法为分次给予,起始量为每 3 h 一次,每次 3 ml。牛奶现配现用,遵循由少至多、循序渐进的原则。在两次喂奶期间喂少量温开水,既补充了水分,同时又达到了冲洗胃造瘘管的目的。

2.4 术后健康宣教及出院指导 了解家长对疾

## 电视胸腔镜下肺叶切除术的围手术期护理

关晓洁<sup>1</sup>, 戴长娟<sup>2</sup>

(1.吐鲁番市人民医院手术室,新疆 吐鲁番 838000;

2.新疆维吾尔自治区人民医院胸外科,新疆 乌鲁木齐 830000)

【关键词】 胸腔镜;肺叶切除术;护理

【中图分类号】 R473.5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003-6350(2015)22-3425-03

近年来,由于各种原因我国肺癌患者的发病率正不断上升,对我国居民健康和生命的威胁也越来越大,胸腔镜下肺叶切除术作为一种新型治疗肺部肿瘤的现代外科技术,目前正被广泛应用于周围性肺癌、局限于肺叶内不可逆病变疾病的治疗当中<sup>[1-2]</sup>。但是由于胸腔镜手术操作难度大,且采用非直视操作等原因,术后经常会发生各种并发症,因此对围手术期护理工作提出了更高的要求<sup>[3-4]</sup>。我院胸外科近年来行电视胸腔镜下肺叶切除术者 126 例,经过细致正确的围手术期护理,术后恢复良好,均顺利出院,现将护理体会总结报道如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2014 年 5 月在本院拟行胸腔镜肺叶切除术的 126 例患者,男性 65

例,女性 61 例;年龄 33~69 岁,平均(53.9±15.58)岁;体重 42~79 kg,平均(64.48±11.02) kg;所有患者均为周围性肺癌,且术前胸部 CT 结果显示病灶 1.81~5.42 cm,平均(3.49±1.09) cm;病变位于左侧 55 例,其中上叶 24 例、中叶 17 例、下叶 14 例,右侧 71 例,其中上叶 31 例、中叶 17 例、下叶 23 例。所有患者均在全麻、双腔气管插管下行肺叶切除术,并由患者本人或家属在同意书上签字。

1.2 纳入标准<sup>[5]</sup> ①术前胸部 CT 均确诊为肺癌;② CT 结果显示为孤立的肺部结节,且局限于单一肺叶中;③心肺功能评估能耐受肺叶切除者;④没有参加其他影响性实验的患者。

1.3 脱落标准 ①中途死亡,转院的患者;②自行要求退出试验的患者。

通讯作者:关晓洁。E-mail:1437658918@qq.com

病的治疗态度,并做好指导增强其治疗信心。指导家属掌握以下知识:(1)胃造瘘管护理知识,包括胃造瘘管妥善固定,并发症的观察,胃造瘘管的维护,出院前由责任护士指导家属进行胃造瘘管喂养操作,家属能独立完成经胃造瘘管喂养操作。告知家属喂养后将患儿倒置的意义,每周测量体重、身高来评定喂养疗效;(2)持续负压吸引知识,患儿出院后仍需持续吸痰,家庭自备吸痰器,给予持续负压吸引,掌握吸痰负压调节方法,保持呼吸道通畅,出现呼吸困难,呕吐等应及时处理;(3)新生儿护理知识,注意保暖、合理喂养,饮食卫生,皮肤黏膜护理。出院时提供科室电话接受咨询服务,出院后由责任护士每周进行电话随访。

### 3 讨论

I 型食道闭锁延期的一期食管吻合一般在生后 12 周进行<sup>[6]</sup>,本例患儿系足月小样儿,出生时体重偏低,营养稍差,经胃造瘘管提供肠内营养,可尽快改善患儿营养状态,提高机体免疫力,为延期手术做好充分的准备,若一期手术完成,手术风险大,术后并发症

发生率相对提高。相比之下,家属对成功治愈的期望值较高,对选择保守的延期手术亦无异议,根据该患儿的条件,选择延期手术即为最佳治疗方案。在分期手术期间存在两个护理的问题,首先是避免痰液、唾液的返流引起窒息,其二是胃造瘘的营养管理,这都需要非常细致的护理及专业知识,长期胃肠外营养带来诸多不良并发症,费用增加,肠内营养不失为一种安全的营养补充法,通过胃造瘘管提供肠内营养,并发症相对较少,管饲方法家属容易掌握,方便护理,可长期留置。家庭内护理,家属应掌握的护理要点,保持呼吸道通畅,预防呼吸道感染,管饲的并发症观察等。

### 参考文献

- [1] 施诚仁. 新生儿外科学[M]. 上海:上海科学普及出版社, 2002: 344.
- [2] 陆明芬. 12 例先天性食道闭锁患儿围手术期呼吸管理[J]. 中国中医药咨讯, 2010, 2(34): 329-329.
- [3] 李艳华, 王新利. 早产儿胃肠外营养相关性胆汁淤积综合征的危险因素研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2013, 15(4): 254-258.
- [4] 郑 珊. 实用新生儿外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 371.

(收稿日期:2015-05-26)