

造口护理联合 VSD 在食管胃吻合口瘘中的应用

林毓华 秦马丽 霍然 钟晓阳

香港大学深圳医院国际医疗中心

DOI:10.12238/carnc.v2i3.9160

[摘要] 本文报告了一例食管癌术后出现食管胃吻合口瘘患者的护理经验。针对该患者,香港大学深圳医院采用了造口护理技术联合伤口负压治疗,有效控制伤口感染,促进伤口愈合,并显著减轻患者的疼痛和心理负担。经过系统的营养护理和心理护理,患者恢复良好,顺利出院。本文总结了该护理技术在食管胃吻合口瘘中的应用效果,为临床护理实践提供了宝贵的参考经验。

[关键词] 食管胃吻合口瘘; 造口护理技术; 负压伤口治疗法; 医护一体化管理; 心理干预

中图分类号: R47 **文献标识码:** A

Application of ostomy nursing technique combined with wound negative pressure therapy in esophagogastric anastomotic fistula

Yuhua Lin Mali Qin Ran Huo Xiaoyang Zhong

The University of Hong Kong, Shenzhen Hospital, International Medical Center

[Abstract] This paper reports on the nursing experience of a patient who developed an esophagogastric anastomotic leak following esophageal cancer surgery. For this patient, we utilized the ostomy care technique combined with negative pressure wound therapy, which effectively controlled wound infection, promoted wound healing, and significantly alleviated the patient's pain and psychological burden. Through systematic nutritional and psychological care, the patient recovered well and was discharged smoothly. This paper summarizes the application effects of this nursing technique in managing esophagogastric anastomotic leaks, providing valuable reference experiences for clinical nursing practice.

[Key words] Esophagogastric anastomotic leak; Ostomy care technique; Negative pressure wound therapy; Integrated management of medical care; Intervention

食道癌是一种常见的消化道恶性肿瘤,2020年,全球大约有604,000例新的食道癌病例和约544,000例食道癌死亡病例,手术是治疗食管肿瘤首选治疗方法^[1,2],目前对中上段以上的食管癌主张采用颈-胸-腹三切口方法,食管-胃-颈部吻合是食管癌切除手术常用的吻合方式。食管胃吻合口瘘是常见的严重并发症,是引起患者术后死亡的主要原因之一^[3]。其发生原因与吻合方式、吻合口有无张力、吻合口有无继发感染、病人手术前的营养状况等因素有关。食管胃吻合口瘘不仅影响患者的预后,还会延长患者的住院天数,加重患者精神与经济负担,严重影响患者的生活质量。此外,患者消化液、口腔厌氧菌都可能使肺部感染,继发各类并发症^[3]。香港大学深圳医院2023年12月收治1例食管癌患者,术后出现食管胃吻合口瘘,经过运用造口护理联合负压引流的伤口治疗方法对伤口进行护理,3周后伤口愈合良好,可经口进食,患者耐受良好,无恶心、呕吐、呛咳、无吞咽困难,提高了患者的舒适度及护理满意度。现将护理体会报告如下。

1 病历介绍

1.1 基本资料

陈某,女性,60岁,主诉为“无明显诱因出现吞咽困难1月余,进行性加重,进食硬食时候明显”,既往病理结果提示中分化鳞状细胞癌,门诊以“食管鳞状细胞癌”收入院。既往史:否认糖尿病、高血压、冠心病等慢性病史、无肝炎、伤寒、结核等传染病史,否认药物、食物过敏史。

1.2 辅助检查

外院PET-CT提示:食管胸中段增厚伴代谢增高,符合食管癌,但转移证据不足;术前胃镜检查:距门齿25-30cm处可见一带蒂肿物,堵塞食管腔,表面溃烂,极易出血,内镜可通过,2周病理回报:中分化鳞状细胞癌;术后第5天胃镜下诊断:考虑食管胃吻合口瘘;术后第17天胃镜下诊断:食管胃吻合口瘘。

1.3 诊疗过程

诊疗过程详见表1。

2 护理评估

表1 患者入院后诊疗过程

日期	治疗过程
2023-12-23	入院完善检查。
2023-12-30	全身麻醉下行胸腔镜、腹腔镜食管癌根治术+胸腔闭式引流术, 术后转ICU监护治疗。
2023-12-31	术后第1天, 由ICU转回普通病房, 禁食, 肠外营养, PCA镇痛泵, 留置胸腔引流管、胃管、尿管, 术区敷料干洁, NRS评分4分。
2024-1-4	术后第5天, 患者诉饮水后颈部肿胀明显, 伴发热, 体温最高达39.5摄氏度, 协助医生床边查看左颈部伤口, 局部肿胀, 逐层扩创, 见气体及浑浊液体引出, 伴臭味, 留取标本送培养。
2024-1-5	复查CT及胃镜均未见明显瘘口, 但患者左侧颈部反复有浑浊液体及唾液渗出, 临床上考虑食管吻合口瘘(局部)。
2024-1-6	术后第7天, 请伤口小组会诊, 予常规清洗伤口, 填塞藻酸盐银离子敷料。
2024-1-7	术后第8天, 予左侧颈部单一负压吸引。
2024-1-17	术后第8天, 改良造口袋, 使用造口护理技术联合负压引流的换药方法。
2024-2-2	术后第34天, 撤除负压, 改用造口袋持续引流。
2024-2-9	术后第41天, 伤口愈合。
2024-2-18	复查食管造影提示: 吻合口未见狭窄, 造影剂未见明显外漏。
2024-2-23	患者出院, 伤口愈合, 可经口进食。

2.1 护理问题

(1) 有感染的危险存在手术切口, 且术后出现食管胃吻合口瘘, 伴有气体及浑浊液体渗出。(2) 急性疼痛与手术创伤, 负压吸引不耐受有关。(3) 焦虑与担心疾病预后等有关。(4) 营养不良风险术前及术后患者摄入不足, 存在吞咽困难及食管胃吻合口瘘。

2.2 护理目标

(1) 患者出院前伤口愈合。(2) 患者疼痛缓解或消失。(3) 患者焦虑减轻, 情绪稳定。(4) 住院期间未发生护理相关并发症, 或并发症得到及时的发现和控制。

2.3 护理方式

2.3.1 常规护理

严密观察病人生命体征变化及胸闷胸痛情况。妥善固定各管道, 保持引流通畅, 告知患者及其家属各管道对于病情观察和术后恢复的目的及重要性, 防止脱管。

2.3.2 造口护理技术联合负压伤口治疗促进伤口愈合

(1) 造口护理技术: 造口护理技术适用于造口患者, 近年来被用于管理伤口渗出, 特别适用于复杂和难愈合伤口。其核心是使用造口袋保持伤口清洁, 防止感染, 促进愈合。(2) 伤口负压治

疗: 伤口负压治疗主要功能是吸引收集伤口过多的渗液, 促进血管新生及肉芽组织生长, 提供保护性屏障, 减少细菌数量, 降低感染风险, 为伤口提供适宜的修复环境。(3) 伤口护理方案: 伤口护理团队首先常规碘伏消毒, 开放伤口, 锐性清除腐肉。在伤口周围皮肤喷洒3M液体敷料, 保护皮肤。将输液延长管与已修剪侧孔的12号吸痰管连接后埋入负压泡沫内, 泡沫外层使用优拓包裹, 并用缝线固定, 将其放置在距吻合口2-3cm处, 形成简易冲洗系统。延长管端连接0.9%生理盐水, 持续低流量冲洗, 伤口冲洗及负压吸引同步进行。根据伤口的大小裁剪造口底盘, 使渗液流入造口袋内, 避免渗液与皮肤接触。在袋子上贴水胶体敷料, 再根据引流方向剪十字形, 将引流管从开口处穿出, 造口袋粘贴方向与引流管引流方向一致。为增加密闭性, 在袋子十字形裁剪处加用防漏膏, 减少松脱漏气的机会, 外层覆盖透明敷料。连接中心负压, 调节负压值至70-125mmHg, 24小时持续负压吸引。患者可下床活动。伤口护理团队平均每3天更换一次管道和敷料。每次换药严格遵循无菌操作原则, 评估伤口愈合情况, 记录护理过程。详细方案见表2。

表2 伤口换药过程

日期	护理方法	换药频率	负压值	疼痛评分
2024-1-4	常规换药	3-5次/天	-	2-4分
2024-1-6	使用藻酸盐银离子敷料	3-5次/天	-	2-3分
2024-1-7	单一负压伤口治疗法	1-2次/天	70-80mmHg	2-3分
2024-1-15	常规换药+造口袋引流	2-3次/天	-	2-3分
2024-1-17	造口护理技术联合伤口负压治疗	3-5天/次	100-125mmHg	1-2分
2024-2-2	常规换药+造口袋引流	3-5次/天	-	0-1分
2024-2-9	伤口愈合	-	-	0分

2.3.3 心理护理

病人对疾病相关知识欠缺, 心理压力大, 担心预后。在伤口护理过程中, 及时评估病人及家属心理状况, 耐心使用患者理解的口头或书面语介绍疾病及治疗的相关知识, 使病人能够积极地配合治疗。有研究发现舒适护理能显著促进患者的主观能动性, 改善护患关系, 减轻患者恐惧心理, 提高舒适度, 加快康复^[4]。

2.3.4 营养护理

针对食管胃吻合口瘘患者的营养护理, 制定详细的护理方案, 确保患者获得足够的营养支持, 促进伤口愈合和整体恢复。首先, 对患者进行全面的营养评估, 包括测量体重指数(BMI)、监测血清白蛋白等营养指标, 记录每日饮食摄入量和种类, 并使用营养风险筛查工具(如MUST评分)评估营养风险。在术后初期阶段(1-7天), 主要提供肠外营养(TPN)。初始缓慢输注, 逐步增加至目标量, 同时监测电解质、血糖和肝功能, 及时调整营养液成分。在术后8-14天的过渡阶段, 逐步引入肠内营养(PEN)。通过鼻胃管或空肠管缓慢输注, 逐步减少TPN量。在恢复阶段(术后

Clinical Application Research of Nursing Care

15天至出院),过渡到完全肠内营养(EN),提供流质、半流质和软食,最终恢复正常饮食。并继续监测体重、营养指标和胃肠道反应,根据情况调整饮食计划。

3 护理评价

本案例中,患者在住院期间未发生护理相关不良事件,通过对换药频率及疼痛评分对比可以看出,在更换换药方式后患者疼痛控制良好,换药频率降低,护士工作量减少,患者对护理效果满意。见表3

表3 不同伤口换药方法评估对比

方法	换药频率	疼痛评分
传统换药方法	3-5次/天	2-4
造口护理技术联合伤口负压治疗	3-5天/次	1-2

4 讨论

食管胃吻合口瘘是食管癌手术后常见且严重的并发症,其发生原因复杂,主要与吻合方式、吻合口张力、继发感染及患者术前营养状况等因素密切相关^[5]。食管胃吻合口瘘的发生不仅会延长住院时间,加重患者精神和经济负担,还可能引起严重的并发症,如肺部感染、败血症等,严重时甚至危及患者生命。本例患者因食管胃吻合口瘘的发生,出现颈部肿胀、发热等症状,给患者预后带来挑战。食管癌术后吻合口瘘护理的重点在于早发现,早预防,早干预。吻合口瘘发生的时间在术后2-8天,或更长时间,而护士作为诊疗工作中的参与者、执行者和反馈者^[6],应有专科理论知识及技能,为医疗诊断提供充分的诊断依据。

吻合口瘘伤口的传统换药方法为敞开充分引流,“等待”吻合口瘘愈合,一般需要较长时间。在本案例中,尝试了造口护理技术联合伤口负压治疗,取得了显著的效果。伤口负压治疗可以清除伤口过多的渗液;增进血管新生,促进肉芽组织生长;提供保护性屏障,减少伤口的细菌数量并降低感染的机会,从而促进创面的愈合。负压吸引过程中,一旦发生堵管,极易造成负压治疗的失败。保持有效的负压是治疗的关键。单一的伤口负压治疗,粘贴不当会引起周围皮肤损伤。造口护理技术联合伤口负压治疗使两者结合使用,能够弥补单一使用时的不足,减少换药频次,减少护士工作量,缩短伤口愈合时间。同时,有研究发现,合理的负压值应综合治疗需求、创面具体情况、患者的耐受程

度等对负压值进行调节^[7],保证患者在进行治疗时能发挥最大的效果,减少并发症的产生^[8],提高患者舒适度及护理满意度,降低医疗成本。

综上所述,将造口护理技术联合伤口负压治疗运用在食管胃吻合口瘘伤口中,可有效减少或避免伤口局部并发症,减少患者住院天数,提高患者的舒适度及护理满意度,值得在临床推广应用。

[参考文献]

[1]ZENG H,ZHENG R,ZHANG S,cancer statistics in China, 2011:Estimates based on 177 cancer registries[J].Cancer,2016,7(2):232-237.

[2]Rohatinsky N,Chachula K,Compton R M,et al.Nursing Student Preference for Block Versus Nonblock Clinical Models[J].Journal of Nursing Education,2017,56(3):152.

[3]余才华,李鸿伟,张建斌,等.内镜下经瘘口置管冲洗引流治疗食管癌术后胸内吻合口瘘[J].中国高等医学教育,2015,7(10):134.

[4]董晗琼,姜金霞.ICU获得性衰弱的早期识别和护理干预新进展[J]中华现代护理杂志,2018,11,24(31):3840-3844.

[5]程相方.食管床低负压引流在食管癌术后胸内吻合口瘘早期诊断及治疗中的应用[J].医学研究生学报,2017,30(1):88-90.

[6]Yu P,Yu N,Yang X,etal.Clinical efficacy and safety of negative pressure wound therapy on flaps:a systematic review [J].J Reconstr Microsurg,2017,33(5):358-366.

[7]夏芳.食管癌术后并发吻合口瘘128例患者的临床护理研究[J].山西医药杂志,2016,45(20):2361-2364.

[8]柯利,谢红梅,祁荣,等.浅谈医护一体化管理模式在湿性疗法治疗慢性伤口方面的作用[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(59):247-250.

作者简介:

林毓华(1989--),女,汉族,广东省深圳市人,本科,主管护师、护理组长,研究方向:护理学。

通讯作者:

秦马丽(1986--),汉族,广东省深圳市人,本科,主管护师、护理组长,研究方向:护理学。