

■ 专科护理

胸腹腔镜食管癌根治术患者的护理要点

□王祎帆 吴兰兰 范雪燕

护理措施

食管癌是一种起源于食管上皮组织的恶性肿瘤,属于常见的消化道恶性肿瘤。其主要病理类型以鳞状细胞癌为主(约占95%以上),其次为腺癌。该病的发病与长期吸烟、酗酒、摄入亚硝胺类化合物(常见于腌制食品)及过烫饮食密切相关。高危人群包括45岁~80岁男性、农村地区居民、有食管癌家族史或慢性食管疾病的患者。食管癌早期可表现为进食哽噎感、胸骨后异物感或烧灼样疼痛;进展至中晚期后,则以进行性吞咽困难为典型症状,患者常从固体食物梗阻逐渐发展到连流质甚至饮水困难,并伴有体重骤降、持续性胸骨后疼痛。晚期患者可出现呕血、黑便或转移症状(如声音嘶哑、呼吸困难)。

食管癌根治术是治疗食管癌的关键手段。随着微创技术的发展,胸腹腔镜联合食管癌根治术因其创伤小、恢复快等优势,在临床中得到日益广泛的应用。然而,该手术操作步骤复杂、涉及多个系统,术后护理质量直接决定了患者的康复速度和生活质量。多学科诊疗(MDT)模式的实施,为制订最优化的个体化治疗方案和预见性护理计划奠定了坚实基础。同时,加速康复外科(ERAS)理念的引入,通过一系列基于循证医学的围手术期优化措施,有效减轻手术应激、降低并发症发生风险,从而促进患者术后快速康复。

本文结合一例成功案例,阐述在MDT框架指导下,如何通过精细化、个体化的优质护理实践,有效贯彻ERAS理念,助力食管癌微创手术患者实现平稳康复,并达到“零并发症”的治疗目标。

病例分析

患者为69岁女性,因“进行性吞咽困难1月余”入院。胃镜检查提示“食管癌?”入院时,患者精神、饮食及睡眠状况均欠佳。入院后经全面术前评估,由胸外科、麻醉科、肿瘤科、影像科、营养科及护理专家共同组成多学科团队,围绕患者的年龄、心肺功能储备及营养状况等进行深入讨论,为患者制定了详细的手术方案(胸腹腔镜联合食管癌根治术)及围手术期管理策略,并特别明确了基于ERAS理念的护理要

点,如术前禁食时间缩短至6小时,鼓励患者术后早期下床活动及经口进食等。随后,患者在全身麻醉下顺利完成手术,术后安全返回病房。术后管理严格遵循MDT共识和ERAS路径,除常规生命支持外,综合采取雾化吸入(化痰、解痉、抗感染)、红外线治疗促进伤口愈合、气压治疗预防深静脉血栓,并配合中药贴敷、悬空灸等中医西医结合措施,以促进肠道功能恢复和温经

在MDT整体方案和ERAS理念指导下,护理团队实施了以下精细化、预见性的优质护理措施。

MDT协同下的严密监护与呼吸道管理病情观察:持续监测患者的生命体征,包括体温、脉搏、呼吸、血压及血

氧饱和度等指标,重点关注脉搏与血压有无异常波动,呼吸频率及深度是否平稳,血氧饱和度是否维持在正常范围。妥善固定并密切观察各类引流管,确保引流管位置正确、无扭曲、无受压,连接紧密。同时,密切观察各引流管引流出液体的颜

色、性质、量及引流速度。若出现引流液突然增多、颜色加深、性质改变等情况,需立即报告医生并协助处理,以早期识别异常情况,及时采取干预措施,防止并发症发生。

呼吸道管理:以ERAS核心理念为指导,

实施有效氧疗并动态监测血氧,促进术后快速康复。对患者进行预见性指导,教授腹式呼吸、缩唇呼吸及有效咳嗽排痰方法,及时评估痰液性状。遵医嘱进行雾化治疗,并指导患者家属正确叩背,以保持患者呼吸道通畅,预防肺炎和肺不张。

基于ERAS理念的早期营养支持

策略:遵循ERAS“早期肠内营养优先”原则,实现从静脉营养向肠内营养的平稳过渡。

实施:在MDT团队(尤其是营养师)的指导

下,禁食期间确保静脉营养及水电解质平衡。开始肠内营养时,严格按照“先水后营养液”的顺序,经空肠营养管缓慢注入,并密切观察患者的耐受情况,如是否有呛咳、恶心、腹胀等症状。经口进

食过渡需在确认吻合口安全后进行,应严格遵循“循序渐进、少食多餐”原则,逐步从流质→半流质→软食→普通食物过渡。指导患者选择易消化、高蛋白、低脂且富含维生素的食物,避免摄入刺激

性、粗糙的食物。加强餐后姿势管理,餐后应保持直立姿势30分钟~60分钟,以促进食物在胃内的正常消化和防止胃酸反流。同时,强调进食时充分咀嚼,每口食物应咀嚼20次~30次。

多模式镇痛与舒适护理

规范评估与干预:规范使用疼痛评估工具,持续动态评估患者的疼痛

程度及性质。多模式镇痛:贯彻ERAS理念,优先采用非药物措施,如保持环境安静,指导患者在咳嗽或活

动时掌握保护伤口的技巧,并应用音乐疗法、放松训练等方法分散患者的注意力,缓解疼痛。当疼痛明显时,应及时遵医

嘱给予药物镇痛并评价其效果。通过这些措施,可有效控制疼痛,促进患者早期活动,提高整体舒适度。

MDT共识下的并发症预见性防控

需高度警惕并预防吻合口瘘、感染(尤其是肺部感染)、乳糜胸、深静脉血栓等严重并发症。

预见性护理措施:基于多学科团队制定的预

警标准和流程,实施预见性护理,如精细化呼吸道管理,包括定时协助患者翻身拍背、指导有效咳嗽排痰等,以预防肺部感染;精准提供营养支持,密切观察吻合口周围皮肤颜色、温度、有

无渗液等不适,防范吻合口瘘;严密监测胸腔引流液的颜色、性质、量等变化,以便早期识别乳糜胸;规范抗凝治疗与早期活动指导,在医生的指导下合理使用抗凝药物,并指导患者在

病情允许的情况下尽早进行床上肢体活动、下床活动等,预防静脉血栓发生。同时,护理人员应具备识别早期征象的能力,如持续发热、呼吸困难、下肢肿痛等,确保及时干预。

贯穿全程的心理支持与人文关怀

理解患者重大手术可能出现的焦虑、恐惧情绪,以及对术后进食方

式改变带来的担忧。护理人员应主动与患者沟通交流,耐心倾听其想法,及时解答患者在治疗和康复过程中产生的各

种疑问,如术后饮食禁忌、饮食补充方法等。通过分享其他患者成功康复的案例,增强患者的康复信心。同时,提供持续

的情感支持,如通过温暖的鼓励、亲切的陪伴等方式,帮助患者及其家属适应术后的各种改变,有效减轻患者的心理压力。

延续性护理与个体化健康教育

出院前强化指导:包括伤口护理要点、异常情况识别与就医指征。

ERAS延续性康复计划:制订循序渐进的锻炼计划,包括温和散步和上肢活动,3个月~6个月内

避免增加胸腔压力的活动,并持续进行呼吸锻炼。

饮食管理:强调饮食原则、过渡步骤、进食后体位及咀嚼要求,明确其长期重要性。

随访安排:强调定期复诊的重要性。定期复诊是确保治疗效果、及时

发现潜在问题的关键环节。患者应严格按照医生制订的随访计划前往医疗机构检查。

在MDT团队(外科、麻醉科、护理部、营养科、康复科等)的紧密协作下,通过严格执行ERAS路径和上述精细化、预见

性的优质护理措施,该患者术后恢复平稳顺利,生命体征稳定,未发生吻合口瘘、肺部感染、深静脉血栓等严重并发症。患者按计划逐步恢复饮食及活动,为后续可能的辅助治疗和长期康复奠定了良好基础。

护理体会

这位胸腹腔镜食管癌根治术患者的成功康复,充分体现了MDT模式的核心价值与引领作用。该模式确保了治疗与护理方案的科学性、系统性与个体化。护理团

队作为MDT的重要执行者和协调者,将ERAS理念深度融入术后管理的每一个环节,包括精准的呼吸道管理、早期的营养支持、密切观察疼痛控制等方面。这种以

MDT决策为基础、以ERAS为路径、以患者为中心的优质护理实践,是保障手术安全、显著降低并发症风险、有效加速患者康复进程、最终提升患者生存质量的关键。未

来,我们将持续深化MDT协作,不断优化ERAS护理流程,探索更精准、高效的护理模式,为更多食管癌患者提供更好的康复体验。(作者供职于许昌医院)

■ 护理感悟

希望,是药也是光

□曹皖会

今年是我投身护理工作的第八个年头。站在神经内科的病房里,我常常觉得这里仿佛是离生命真相最近的地方。空气中弥漫着淡淡的消毒水味,与患者微弱的呼吸声、仪器规律的滴答声交织在一起,构成了一曲独特的生命旋律。那些受损的神经、阻塞的血管,正以最直观的方式向我们揭示生命的脆弱,也映照出生命的坚韧。我们不仅治疗身体的病痛,也安抚心灵的动荡。

当我遇到陆先生——一位曾将“吃”视为人生乐趣,却不幸罹患脑梗死的患者,护理于我,不再只是技术,更成为一门需要情感参与的艺术。

陆先生入院前是一个十足的美食爱好者。他的朋友圈里,记录的既有清晨一碗胡辣

汤配油条的浓郁焦香,也有深夜烧烤配啤酒的畅快淋漓。然而,患了脑梗死之后,他的右侧肢体不幸瘫痪,同时还伴有严重的吞咽障碍。为他插胃管的那天,陆先生像一头被困的雄狮,沉默中压抑着愤怒与绝望。之后的日子里,陆先生抗拒鼻饲,屡次用尚能活动的左手试图拔掉鼻饲管。对他而言,失去“滋味”几乎等于失去了活着的意思。

为陆先生测量血压的时候,我注意到他一直翻看手机里的一张张美食照片。我顺势坐在他旁边,轻声问他:“这是哪里来的菜?颜色真诱人,一看就很好吃。”

“这是湖南的特色菜,主要以辣味为主。这张照片是我自己做的辣子鸡,卖相虽然看着

一般,但是味道棒极了。”他声音沙哑,但语气里有了一丝温度。

“菜里这么多红辣椒,看着就开胃。”我回应道。

他浑浊的眼睛里闪过一丝光亮,喉咙里发出“呵呵”的轻笑,又继续滑动手机屏幕。

“这份红烧肉色泽油亮,一定也很入味。这是您的拿手菜吧?”

他微微点了点头,动作轻得几乎难以察觉。

我轻轻地拍了拍陆先生的肩膀,看着他的眼睛,诚恳地说:“陆先生,我明白,对您来说,不能吃东西比不能走路还难受。这根胃管虽然暂时堵住了您的嘴,但是它并非为了惩罚您,而是为您身体这条大船

输送营养、补充能量,让您恢复

体力。只有体力跟上了,我们才能尽早开始康复训练,早日拔掉管子,重新品尝各种美食。”

那一刻,我看到他紧绷的肩膀放松了下来。

之后,在工作之余,我会用棉签蘸取他的家属备好的鼻饲

流质,让他用嘴唇感受味道,也会请他的家属在他面前形容当日饭菜的香气与口感:“爸,我妈今天做的红烧肉快赶上您的手艺了,吃着肥而不腻……”我在旁边笑着接话:“陆先生,等您好了,可以亲自去检验他们的水平。”我们鼓励他坚持康复训练:“今天手臂多抬高1厘米,就离拔管、吃美食更近了一步!”

后来,陆先生携带着那根细细的胃管,在医护人员的搀扶

下前往康复医院继续治疗。临走时,他脸上洋溢着久违的笑容,声音沙哑却笃定:“等我彻底康复了,一定亲自下厨,请大家好好吃一顿!”他眼中的阴霾尽散,如秋日湖面般宁静明亮,满是对生命的感激。

那一刻,我深深明白,我们修复的不仅是受损的神经与断开的通路,更是被疾病击碎的人生意义。我们要让每一个平凡的日子重新焕发生机。

对陆先生而言,我的职责不只是通过胃管精准输送营养、延续他的生命,更是陪伴他走过幽暗,在绝望中点燃希望,帮他找回“为何而活”的答案——让他再一次触摸到生活本有的温度,找回光彩。

(作者供职于内乡县人民医院)

■ 小发明

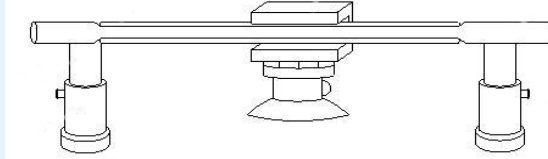


图1

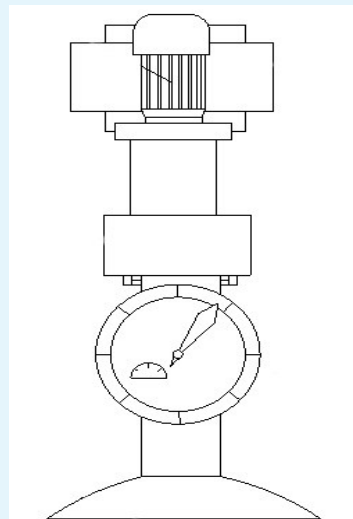


图2

图1为测量胸外按压深度的工具的简易立体结构示意图;

图2为测量胸外按压深度的工具的按压测量装置的简易结构示意图。

技术背景

心肺复苏术是针对呼吸与心脏骤停患者实施的紧急抢救措施,主要包括胸外心脏按压和人工呼吸。一旦因意外、非暴力原因等发生猝死等情况,若未能在第一时间得到及时抢救,4分钟~6分钟内将因大脑缺氧和心脏泵血功能丧失,造成不可逆的器官损伤,从而错失最佳抢救时间,最终导致患者死亡。在此过程中,胸外心脏按压是抢救心脏骤停患者的关键手段。

目前,临床实践中尚缺乏能够实时监测按压深度并评估按压质量的工具,因而难以避免无效按压及复苏后并发症的发生。为解决上述问题,有必要设计一种测量胸外按压深度的工具,使其能够根据临床需求设定按压深度,有效消除因医护人员个体力量差异导致的按压过深或过浅问题,进而提高抢救成功率和患者的生存质量。

创新内容

这种用于测量胸外按压深度的工具包括两个尺寸一致的调节杆结构,两个调节杆结构之间设置有一根横杆,横杆上安装有按压测量装置。按压测量装置通过夹槽与横杆实现活动连接。

按压测量装置主要由固定在夹持装置上的电动推杆组成,电动推杆的活动端设置有一个T形板,T形板上安装有压力指示器,且T形板的一端设置有气囊。气囊与压力指示器相连。在使用时,可将气囊放置在患者的胸部,电动推杆驱动T形板上下运动,带动气囊执行按压动作,压力指示器实时显示压力数值,从而实现按压质量的监测。

调节杆结构由中空圆柱状外接筒和套设于外接筒内部的内接筒组成,外接筒外部设置有调节栓。测量时,将两个调节杆结构分别放置在患者的肩部两侧,拉伸内接筒直至按压测量装置中的气囊贴合患者胸部按压处,随后拧紧调节栓以固定内接筒长度。

夹槽靠近横杆两侧各设置有夹持装置,该装置包括两根相互平行的压杆。压杆的一端设置有凹槽,并通过凹槽内的第一弹簧实现连接;压杆的另一端通过第二弹簧与夹板相连。使用时,将夹槽缺口对准横杆外侧,使两个夹板紧贴横杆表面,借助第一弹簧和第二弹簧的弹性作用夹紧横杆,从而稳固固定按压测量装置。

夹槽截面呈凹形结构,由弹性材质制成。夹板与横杆上分别设置有相互对应的卡扣与卡槽,进一步增强连接的可靠性。两个调节杆结构均采用医用不锈钢材质,底端各设置有一个支撑底座,支撑底座靠近平面的一端设置有防滑纹,以提升整体稳定性。

有益效果

1.通过将两个调节杆结构分别放置于患者肩部两侧,拉伸内接筒使气囊紧贴胸部按压处后拧紧调节栓,可确保按压位置精准、装置稳定就位。随后,由电动推杆驱动T形板上下移动,并带动气囊实施按压,压力指示器实时反馈压力数值,实现对按压质量的持续监测。

2.夹持装置通过夹槽缺口套接于横杆外侧,两夹板在双弹簧作用下紧贴横杆表面,结合卡扣与卡槽的配合锁定,实现按压测量装置的快速安装与可靠固定,操作简便,便于临床使用。

(作者供职于河南省人民医院)

征稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明);《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!投稿邮箱:568689252@qq.com