

〔文章编号〕 1007-0893(2022)08-0134-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.08.039

POEM 治疗贲门失弛缓症患者的围手术期护理

李彬超 宋志红* 仲圆圆 程诗清

(深圳市第二人民医院, 广东 深圳 518035)

〔摘要〕 目的: 探讨经口内镜下肌切开术 (POEM) 治疗贲门失弛缓症 (AC) 患者的围手术期护理方法。方法: 选取 2019 年 1 月至 2021 年 9 月深圳市第二人民医院消化内科收治的 18 例贲门失弛缓症患者进行回顾性分析和总结。结果: 18 例贲门失弛缓症患者在行 POEM 术后成功解除食管下括约肌梗阻, 临床症状均得以显著缓解, 所有患者在经过精心治疗和护理后均痊愈出院, 平均住院天数为 (10.28 ± 3.82) d。患者在住院期间, 护理人员通过运用叙事手段给予其术前全面评估及心理干预、术中与手术医师的精准配合以及术后的综合护理、并发症的观察, 未发生迟发性大出血等严重的并发症。2 例患者术中出现少许渗血经内镜电凝止血后出血停止; 11 例患者术后出现胸骨后痛, 5 例患者在应用止痛剂后疼痛缓解, 6 例患者术后 2~4 d 疼痛自行缓解; 3 例患者术后出现低中度发热, 予抗感染对症治疗后, 患者体温恢复正常; 1 例患者术后出现少量颈部皮下气肿, 3 d 后自行吸收。结论: POEM 是治疗贲门失弛缓症的微创技术, 能有效恢复食管下括约肌的功能, 因此做好围手术期的护理有助于患者早期康复, 提升患者满意度。

〔关键词〕 贲门失弛缓症; 经口内镜下肌切开术; 围手术期护理

〔中图分类号〕 R 473.6 〔文献标识码〕 B

贲门失弛缓症 (achalasia of cardia, AC) 是一类临床上少见的原发性食管动力障碍性疾病。AC 的发病与食管蠕动停止、食管下段括约肌 (low esophageal sphincter, LES) 压力增高以及食管下段括约肌压力释放障碍直接相关^[1]。AC 的总发生率在 1/10 万, 且其会出现在各个年龄阶段中, 而对于其发病原因, 依旧没有得到确定^[2]。患者的食管下括约肌压力有所提升, 且其食管体部蠕动出现下降或是消退, 最终, 引发食物输送障碍^[3]。临床表现为吞咽困难、胸骨后疼痛、食物反流及因食物反流误吸入气管所致咳嗽、肺部感染等症状^[4]。AC 目前尚无彻底根治的方法, 临床主要通过降低食管下括约肌压力来帮助改善食管排空和缓解患者吞咽困难等症状, 传统的手术治疗方式往往存在治疗效果不佳、复发率高、创伤较大等不足, 自 2008 年 Inoue 等^[5]首次运用经口内镜下括约肌切开术 (peroral endoscopic myotomy, POEM), 治疗 AC 并取得成功后, 实现了内镜下食管下段括约肌切开的治疗目标, 目前 POEM 已成为治疗 AC 的首选治疗方法。通过在食管黏膜下建立隧道, 全层切开食管下括约肌并保存完整的隧道黏膜来缓解其压力。因该手术相对安全有效且微创, 深圳市第二人民医院消化科自开展以来治疗效果良好, 详情报道如下。

1 临床资料

选取 18 例 AC 患者, 其中男性 5 例, 女性 13 例, 年龄 20~67 岁, 平均年龄 (40.6 ± 13.04) 岁, 病程 0.1~20 年, 平均病程 (7.78 ± 6.84) 年。所选患者术前均根据临床症状、上消化道造影、上腹部计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 检查及内镜下评估分型确诊为 AC。患者大多存在吞咽困难、反流、胸骨后疼痛、体质量减轻等临床症状, 符合 POEM 术治疗的手术指征, 且全身重要脏器良好可耐受手术。上述 18 例患者均在气管插管全麻下行经口内镜下肌切开术, 使食管下括约肌梗阻成功得以解除。其中 11 例患者术后出现胸骨后痛, 5 例患者在应用曲马多注射液后疼痛缓解, 6 例患者在术后 2~4 d 疼痛自行缓解; 2 例患者在术中因损伤黏膜出现少许渗血经内镜下电凝止血后出血停止; 3 例患者术后出现发热, 体温波动在 37~38.3 °C, 予物理降温和替硝唑抗感染对症治疗患者体温恢复正常; 1 例患者出现颈部皮下气肿, 术后 3 d 已自行吸收; 患者住院治疗时间为: 7~15 d, 平均住院天数 (10.28 ± 3.82) d。

2 护理

2.1 术前护理

(1) 做好患者的心理护理, 告知患者手术目的、方法、

〔收稿日期〕 2022-02-21

〔作者简介〕 李彬超, 女, 护师, 主要从事消化内科临床护理工作。

〔*通信作者〕 宋志红 (E-mail: songso2010@126.com; Tel: 13823160218)

疗效、优点、配合事项及术后可能出现的不适和处理方法,帮助消除患者的紧张情绪,增强手术信心,取得患者的积极配合。手术的 18 例患者中有 2 例患者在术前出现较明显的紧张、恐惧心理,责任护士将叙事护理运用于临床护理工作中,通过叙事手段,帮助该患者消除负面情绪以积极地心态面对疾病,从而提高治疗的依从性。

(2) 全面评估患者的身体状况,询问其有无心肺等器质性病史、过敏史、高血压、糖尿病、近期有无口服抗凝药物等。完善其血常规、肝肾功能、凝血功能、心电图、胸片等检查,术前禁食禁饮 12 h,准备好手术相关资料(手术知情同意书、手术交接单、手术安全核查表等)及药品,手术当天核对好患者身份,佩戴好手腕带,取下义齿、饰品,右手建立静脉留置针,测量生命体征,由助理护士携带术前药品(0.9%氯化钠注射液 100 mL + 头孢曲松钠注射液 2 g)将患者护送至内镜室行 POEM 术(家属陪同)做好交接,于术前 30 min 静滴头孢曲松钠。

2.2 术中护理

先协助患者取左侧卧位,在患者清醒状态下由手术医生进镜至食管,在胃镜前端附上透明帽,待抽吸完食管腔内反流的胃液后行气管插管麻醉。再协助患者取仰卧位,先确定胃食管连接、门齿间的间距,通常在食管与胃交界处上方 8~10 cm 处,行食管壁黏膜下注射,通常选用混合液(250 mL 0.9%氯化钠注射液 + 1 mL 靛胭脂 + 2 mL 肾上腺素),采用三角刀沿食管纵轴进行线性切开,进入食管黏膜下层进行自上而下的剥离,建立黏膜下“隧道”,再对固有肌层进行全层切除,同时吸出食管腔内各类液体,冲洗创面且进行电凝处理,最后对创面予钛夹夹闭。护士在整个手术过程中需妥善固定好患者,及时清理口腔分泌物,积极配合医生内镜下手术切开,尽可能地减少物品递换的时间,并注意观察患者的生命体征、术中有无出血或皮下气肿的发生,及气管插管的位置,以防管道脱出。

2.3 术后护理

(1) 一般护理,患者麻醉清醒后将其护送至病房,术后患者去枕平卧 2 h,头偏向一侧防止误吸。2 h 后改斜坡卧位,缓慢将床头摇至 30°。待病情平稳后取半卧位,以降低膈肌利于呼吸并减少伤口牵拉,缓解疼痛,减少胃食管反流。术后密切监测患者的生命体征,神志、血氧饱和度的变化。予心电血氧监护、低流量吸氧,抑酸、抗感染、营养等对症支持治疗。术后 48 h 如无活动性出血等并发症或其他特殊不适,可嘱患者适当下床活动。

(2) 饮食护理,术后常规禁食禁饮 72 h,禁食期间需做好口腔护理。3 d 后进食温凉流食,术后 2 周进食半流质。少量多餐,避免早期进食固体食物。逐渐过渡到正常饮食。进餐时尽可能细嚼慢咽,餐后应避免立即平卧^[6]。

患者进食后注意观察有无吞咽困难、呕吐等症状^[7]。若术中有穿孔、出血等并发症应延长禁食时间。18 例患者在行 POEM 术后禁食 2~6 d,平均禁食(3.78±1.31) d。

(3) 疼痛的护理,经口内镜下肌切开术虽为微创技术,但在建立人工“隧道”、肌肉切开等有创操作过程中,仍会损伤组织,致术后疼痛^[8]。疼痛多为咽喉痛或胸骨后疼痛,咽喉痛多为术中插管误伤黏膜组织,一般 1~2 d 后可自行缓解。如果患者胸骨后疼痛剧烈,不可耐受,要判断患者疼痛的程度、性质及部位,防止患者穿孔导致的胸骨后剧烈疼痛^[9]。笔者运用数字疼痛评分(0~10 分,分数越高代表疼痛越严重)动态评估患者疼痛情况,对于疼痛无法耐受者可给予止痛剂。18 例患者中有 11 例患者在 POEM 术后出现胸骨后痛,2 例患者同时伴有咽喉不适。5 例患者在肌注曲马多注射液后疼痛缓解,6 例患者在术后 2~4 d 疼痛自行缓解,疼痛天数 2~4 d,平均(2.80±0.75) d。(4) 术后并发症的观察与护理。①穿孔,食管穿孔是 POEM 最常见的并发症。穿孔可致使皮下气肿、气胸、气腹、纵膈气肿等并发症的发生。而食管穿孔的死亡率高达 13.3%^[10]。术后应观察患者的颈部、胸前区、面部等部位有无皮下气肿、捻发音。观察患者有无呼吸困难、胸骨后疼痛等不适。术后患者常规通过胸部平片或胸部 CT 检查来了解有无纵膈气肿、气胸、气腹、胸腔积液等。18 例患者中仅有 1 例患者在 POEM 术后出现少量颈部后侧皮下气肿,在患处可触及捻发感。患者生命体征平稳,血氧饱和度正常,无呼吸困难、发绀、发热等不适,仅诉胸骨后痛。在经禁食水、吸氧、抑酸、替硝唑抗感染及营养支持等治疗后 3 d 皮下气肿自行吸收,胸骨后痛在术后 4 d 缓解。②出血,由于胃食管连接部血管丰富,操作时容易导致出血^[4]。术后应注意观察患者有无心率加快,剧烈胸痛、大量呕鲜血、血块等情况,以防发生迟发性出血。18 例患者在行 POME 术后仅有 2 例患者在术中出現少许渗血,在经过电凝止血后出血停止,保证了消化道黏膜完整性,未发展成严重的并发症。主要与手术医生技术精湛、术前护理工作到位、术中医护人员配合默契等有关。③感染,主要包括黏膜下“隧道”感染、纵膈感染、肺部感染和口腔感染^[11]。术中、术后操作部位黏膜下出血、积液是感染发生的原因之一^[8]。术后密切观察患者的体温变化,并做好护理记录。术后根据《消化内镜隧道技术专家共识(2017,北京)》^[12]常规运用广谱抗菌药物 3 d,并通过监测患者的血白细胞计数和 C 反应蛋白等感染指标,观察患者有无胸痛发生等临床症状,动态了解患者的感染程度以调整用药。18 例患者术前白细胞计数波动(3.96~8.79)×10⁹·L⁻¹,平均(6.01±1.24)×10⁹·L⁻¹;术后第 4 天复查白细胞计数有 3 例数值升高,波动在(10.32~11.85)×10⁹·L⁻¹,

平均 $(11.0 \pm 0.64) \times 10^9 \cdot L^{-1}$ 。有 3 例患者术后出现低中度发热, 体温波动在 $37 \sim 38.3 \text{ }^\circ\text{C}$, 予物理降温(冰敷和或温水擦浴)和替硝唑抗感染对症治疗后患者体温恢复正常, 发热天数 $1 \sim 2 \text{ d}$, 平均 $(1.33 \pm 0.47) \text{ d}$ 。④反流性食管炎(gastroesophageal reflux disease, GERD)是 POEM 术后较常见的远期并发症, 本组的 18 例患者在术后 3 个月的回访中暂未出现 GERD, 蒋彬等^[2]认为术后长期密切的随访和检查是必要的; 对于存在术后 GERD 的患者, 无论是否有明显临床症状, 建议口服质子泵抑制剂进行治疗。(5)出院指导, 指导患者规律生活, 注意劳逸结合。少食多餐, 避免进食过冷、过热或刺激性食物, 忌烟酒。由于食管下段环形肌被切开后, 贲门口处于松弛状态, 平卧时胃食管里的食物或分泌物容易向上反流^[9]。故进食后不宜平卧, 睡前不宜进食过饱, 可在睡前垫高枕头, 防止食管反流。保持大便通畅, 并注意观察大便的颜色、性状。1 个月内避免重体力劳动。出院后继续口服质子泵抑制剂和胃黏膜保护剂 4 周, 并于 2~3 月后复查胃镜, 如患者出现反酸、烧心等症状及时就诊。

3 小 结

18 例患者在行 POEM 术后, 均成功解除食管下括约肌梗阻并痊愈出院。在术后 3 个月的跟踪随访中, 患者的吞咽困难症状均有明显的改善。POEM 术是目前治疗 AC 的最佳方法, 较传统外科手术, POEM 能够借助人体中的自然腔道进行各项操作, 可以把贲门周围的食管环形肌进行切开, 以从源头上对梗阻进行解除, 还能够防止患者出现复发^[3]。与传统手术相比具有手术时间短、创伤小、恢复快等明显的优点, 但手术难度较大, 存在一定的手术风险, 需要医护患三方共同配合。围手术期护理是确保手术成功的关键: 术前责任护士需做好充分的护理评估和准备, 对于部分有焦虑、恐惧情绪的特殊患者可通过叙事护理的方法对患者的心理进行干预, 帮助患者重建信心提高依从性, 共同参与临床诊疗护理活动中; 术中内镜护士需娴熟地配合手术医生, 精准地做出预判, 管理好仪器设备, 防范意外发生, 同时也需关

注患者的需求, 在细节中体现人文关怀; 术后责任护士需重点做好病情的观察和护理, 预防和处理术后并发症。通过围手术期的精心护理使 AC 患者减轻了对行 POEM 术的恐惧、担忧的心理, 促使其早期康复, 减轻患者痛苦, 从而改善患者的生活质量, 提升患者的满意度。

〔参考文献〕

- (1) 罗特. 贲门失弛缓症患者焦虑状态的相关因素分析及 POEM 术后生命质量研究(D). 郑州: 郑州大学, 2019.
- (2) 蒋彬, 张灵敏, 孙天宇, 等. 腹腔镜 Heller 手术与经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症的临床效果比较(J). 第三军医大学学报, 2019, 41(22): 2199-2204.
- (3) 李贞梅, 尹泊. 经口内镜下环形肌切开术对老年贲门失弛缓症 LES 功能及有效率的影响研究(J). 医药论坛杂志, 2022, 43(5): 54-56, 60.
- (4) 贾康妹, 王晓伟, 王继恒. 经口内镜肌切开术治疗贲门失弛缓症的护理体会(J). 当代护士, 2016, 24(3), 21-22.
- (5) Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia (J). Endoscopy, 2010, 42(4): 265-271.
- (6) 杨凤, 刘俐, 杨梅, 等. 经口内镜环形肌切开术治疗贲门失弛缓症的术后护理(J). 中国临床研究, 2018, 31(2): 286-288.
- (7) 杨虹, 吕园园. 经口内镜肌切开术治疗贲门失弛缓症的护理(J). 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(38): 112-113.
- (8) 庞玉玲, 张艳, 李红永. 经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症患者的护理(J). 西南国防医药, 2018, 28(2): 184-185.
- (9) 王江娜, 李冰. 1 例贲门失弛缓症经口内镜肌切开术气体并发症患者的护理(J). 中华护理教育 2019, 16(1): 64-66.
- (10) Sdralis EK, Petousis S, Rashid F, et al. Epidemiology, diagnosis and management of esophageal perforations systematic review (J). Dis Esophagus, 2017, 30(8): 1-6.
- (11) 马润红, 娄兴旖, 刘森, 等. 贲门失弛缓症 POEM 术的术前、术后护理(J). 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(20), 7-8, 12.
- (12) 柴宁莉, 熊英, 翟亚奇. 消化内镜隧道技术专家共识(2017, 北京)(J). 中华胃肠内镜电子杂志, 2017, 4(4): 145-158.