健康中国2030·专科护理健康教育系列丛书

心胸外科护理健康教育

主编 李梅 刘莉 余艳

科学出版社

健康中国2030·专科护理健康教育系列丛书

心胸外科护理健康教育

主　编　李　梅　刘　莉　余　艳

副主编　杨　梅　孙　红　梁爱琼　吴秋慧

编　者　（按姓氏汉语拼音排序）

董　文（南方医科大学南方医院）

杜　娜（四川大学华西医院）

宫玉翠（广州医科大学附属第一医院）

李　梅（南方医科大学南方医院）

李俊璞（广州总医院）

利翠莲（南方医科大学第五附属医院）

梁爱琼（广州总医院）

林少燕（南方医科大学南方医院）

刘　莉（中山大学附属肿瘤医院）

刘婵媛（中山市陈星海医院）

孙　红（中山市陈星海医院）

吴秋慧（南方医科大学南方医院）

谢凤姣（南方医科大学第三附属医院）

谢文鸿（南方医科大学南方医院《护理学报》编辑部）

徐红秀（广州总医院）

杨　靓（广州总医院）

杨　梅（四川大学华西医院）

余　艳（南方医科大学珠江医院）

曾　凯（南方医科大学护理学院）

朱以芳（空军军医大学唐都医院）

科学出版社

北　京

内 容 简 介

本书为专科护理健康教育系列丛书之一，主要内容包括胸外科和心脏大血管外科的多种常见疾病，涵盖较多方面的专业知识。本书分两篇，共四十三章。第一篇胸外科疾病部分，介绍了胸外科常见疾病基本概念、病因、病理、临床表现、辅助检查、治疗原则、护理要点、饮食、康复、出院指导和预防保健等。第二篇心脏大血管疾病部分，涉及的内容有疾病健康教育指导、危重症护理要点、常见并发症监护流程及要点等。将学科的发展与临床实际相结合，采用问答形式进行了简明扼要的阐述，使临床第一线护理人员能够更好地掌握有关心胸外科疾病护理相关知识，便于护理人员更加专业地实施护理工作，给患者及其家属提供全面的健康教育指导。

图书在版编目（CIP）数据

心胸外科护理健康教育 / 李梅，刘莉，余艳主编. —北京：科学出版社，2018.7

（健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书）

ISBN 978-7-03-057900-3

Ⅰ. ①心… Ⅱ. ①李… ②刘… ③余… Ⅲ. ①心脏外科学–护理学–健康教育 ②胸腔外科学–护理学–健康教育 Ⅳ. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2018）第 127851 号

责任编辑：王倮福 胡治国 / 责任校对：郭瑞芝

责任印制：张欣秀 / 封面设计：陈 敬

版权所有，违者必究。未经本社许可，数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码：100717

http://www.sciencep.com

北京建宏印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018 年 7 月第 一 版 开本：787×1092 1/16

2018 年 7 月第一次印刷 印张：13 1/2

字数：380 000

定价：79.80 元

（如有印装质量问题，我社负责调换）

健康中国2030·专科护理健康教育系列丛书

丛书编委会

主　编　周宏珍　张广清

副主编　王莉慧　覃惠英　陈佩娟

编　者（按姓氏汉语拼音排序）

陈佩娟　邓瑛瑛　古成璠
何景萍　何利君　黄　莉
李海兰　缪景霞　覃惠英
申海燕　屠　燕　王莉慧
王　颖　谢婉花　姚　琳
张广清　张　军　张晓梅
赵志荣　甄　莉　周宏珍
周　霞

丛书前言

随着社会的进步，生活水平和文化生活的不断提高，人们对疾病护理和健康知识的需求越来越高，给护理工作提出了新的要求。同时，随着医学模式由生物学向生物-心理-社会医学的转变，护理模式也由单纯的疾病护理向以患者为中心的整体护理转变。健康教育则是整体护理中的一个重要环节，护士在健康服务体系中不仅仅是一个照护者、治疗者，而且是健康的维护者、教育者。它要求护士不仅为患者提供适当的治疗和护理，还要针对不同的患者、不同的人群开展相关疾病的健康教育，以提高患者的自控行为能力，减轻或消除患者的心理负担，促进疾病的治疗和康复。不仅有利于提高患者对医护人员的信任感，同时有利于增强患者的自我保健意识，防止疾病的复发，而且对患者在住院期间的不同阶段也会产生不同的促进作用。

目前我国护理队伍普遍存在学历偏低、年轻化、经验不足、资源分配不均等特点，如何帮助这支年轻的护理队伍在短时间内掌握疾病的基础知识及新技术的护理要点，使临床护理人员更加专业、全面地给患者或家属提供专业个性的指导成为当务之急。正是在这样的背景下，科学出版社及时组织临床护理专家出版了“健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书”，该系列丛书的出版对于推进我国当前护理工作的开展具有现实意义。第一辑共有 20 个分册，各分册间相互独立又彼此关联，涵盖了内科、外科、妇科、产科、儿科等多个学科。归纳起来，本系列丛书具有以下特色。

1. 内容丰富、涵盖面广。

2. 注重讲解各专科疾病的基本概念、发病病因、临床表现、相关检查、治疗原则、护理要点、预防保健等，对于各专科患者关心的运动、心理、社会、日常保健、调养、康复等相关的健康教育，以及大众所关心的热点问题、难点问题、常见的认识误区、容易混淆的概念做了明确的解答。

3. 全书采用问答形式，便于查阅。

4. 编写队伍由活跃在临床一线的经验丰富的护理业务骨干组成，具有较高水准，对于实际工作的指导性很强。

我们真诚地希望护理同仁们通过阅读本丛书，能提高自己的专业知识和自身素质，在实践中为患者提供优质、安全、贴心的护理。

本系列丛书的编写，我们力求准确全面，但由于水平有限，不足之处在所难免，我们真诚地希望广大读者和护理同仁批评指正，以便我们今后不断修正。

周宏珍

2017 年 6 月

试读结束：需要全本请在线购买： www.ertongbook.com

前　言

呼吸系统和血液循环系统关乎着机体组织、脏器的氧供和血供，影响机体的生活质量甚至生命，并与各种医学学科存有专业交叉。随着医学知识及技术的纵向发展，临床专业分科逐渐细化，带动护理学科亚专业化，以促进护理专业和医疗学科的有效融合，为患者提供专业化、个性化的整体护理。然而，护理专业的细化也导致非心胸外科护理人员对胸部疾病知识、疾病护理及健康宣教等内容较为生疏。为给临床护理人员提供标准的心胸外科疾病知识和健康教育，帮助护理同仁在短时间内获得所需知识，特集合国内知名心胸外科护理专家编纂此书。

本书是“健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书”的重要组成部分。本书知识理论系统而全面，密切结合临床护理实践，不仅包含了国内常见心胸外科疾病，如食管癌、肺癌、肺结核、肋骨骨折、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心脏瓣膜病等相关知识，还囊括了三尖瓣下移、主动脉窦瘤、单心室等在我国并不常见的病种，覆盖了疾病的发生发展、病理机制、专业护理及健康教育等知识内容，为心胸外科专业护士提供了系统完善的专业学习教材，也为其他专业护士护理存有交叉心肺脏器疾病的临床工作提供指引。

本书的编纂完成离不开国内各三级甲等医院心胸外科护理专家的支持与配合。但由于是首次编写我国心胸外科疾病护理健康教育，编写存在一定的难度，内容如果存有不足之处，欢迎各位同仁不吝赐教，提出宝贵意见，使我们不断改进。

编　者

2017 年 12 月

目　录

第一篇　胸外科疾病护理健康教育

第一章　食管癌……1
第二章　食管良性肿瘤……7
第三章　食管憩室……9
第四章　贲门失弛缓症……13
第五章　食管吻合口瘘……15
第六章　食管损伤……19
第七章　肺癌……25
第八章　肺大疱……32
第九章　肺结核……34
第十章　肺损伤……41
第十一章　支气管扩张……44
第十二章　气管、支气管肿瘤……50
第十三章　肋骨骨折……55
第十四章　气胸……59
第十五章　血胸……65
第十六章　脓胸……69
第十七章　乳糜胸……73
第十八章　纵隔肿瘤……75
第十九章　胸腺瘤和重症肌无力……80
第二十章　手足多汗症……86
第二十一章　漏斗胸……89
第二十二章　胸壁肿瘤……93

第二篇　心脏大血管疾病护理健康教育

第一章　动脉导管未闭……98
第二章　房间隔缺损……105
第三章　室间隔缺损……110
第四章　完全型肺静脉异位引流……114
第五章　法洛四联症……118
第六章　三尖瓣下移畸形……124
第七章　左心发育不良综合征……128
第八章　主动脉窦瘤……132
第九章　单心室……137
第十章　大动脉转位……141

第十一章　右心室双出口 …… 146
第十二章　主动脉缩窄 …… 151
第十三章　二尖瓣狭窄 …… 156
第十四章　二尖瓣关闭不全 …… 165
第十五章　主动脉瓣狭窄 …… 171
第十六章　主动脉瓣关闭不全 …… 176
第十七章　感染性心内膜炎 …… 180
第十八章　冠状动脉粥样硬化性心脏病 …… 185
第十九章　心脏黏液瘤 …… 193
第二十章　缩窄性心包炎 …… 198
第二十一章　胸主动脉瘤 …… 201

参考文献 …… 206

第一篇　胸外科疾病护理健康教育

第一章　食　管　癌

一、食管癌的病因主要有哪些?

食管肿瘤与其他肿瘤一样，目前病因和发病机制尚不明确。目前认为主要与以下因素有关。

1. 亚硝胺类化合物　这类化合物及其前体分布很广，可在体内、外形成，致癌性强。在高发区的膳食、饮水、酸菜，甚至患者的唾液中，亚硝酸盐含量均比低发区高。

2. 真菌与亚硝胺有促癌的协同作用　在某些高发区的粮食中，食管癌患者的上消化道中或切除的食管癌标本上，均能分离出多种真菌，其中某些真菌有致癌作用。有些真菌能促使亚硝胺及其前体的形成，更促进癌肿的发生。

3. 微量元素、维生素缺乏　钼、铁、锌、氟、硒等在粮食、蔬菜、饮水中含量偏低。缺乏维生素 A、维生素 B_2、维生素 C，以及动物蛋白、新鲜蔬菜、水果摄入不足，是食管癌高发的一个共同特点。

4. 饮食习惯　长期饮烈性酒、嗜好吸烟，食物过硬、过热，进食过快，引起慢性刺激、炎症、创伤或口腔不洁、龋齿等均可能与食管癌的发生有关。

5. 遗传易感性

6. 食管慢性炎症

二、食管癌的临床表现是什么?

1. 早期　早期食管癌可以无症状。当食管管腔狭窄＜14mm 时，最常见症状是吞咽困难（难于吞下或食物沿食管下行时出现梗阻感、异物感），患者首先出现的是对固体食物的吞咽困难，大口进食时有哽噎感，以后是半固体食物，最后是对液体食物和唾液的吞咽困难。这些阶段的进展提示有进行性的恶性病程而非痉挛、良性或消化性狭窄。吞咽时食管内有疼痛，如胸骨后闷胀隐痛不适、反酸，胸痛经常放射至背部。

2. 中期　进行性吞咽困难；进食后呕吐；胸背疼痛；体重减轻。

3. 晚期　进食水困难；恶病质；胸腔积液；腹水。晚期肿瘤常可转移至肺和肝脏，甚至可远处转移，如骨、心脏、脑、肾上腺、肾脏、腹膜。

4. 其他症状　压迫喉返神经可以导致声带麻痹和声音嘶哑；压迫交感神经可以产生霍纳综合征；压迫其他部位的神经也可以产生脊柱疼痛、呃逆、横膈麻痹；恶性胸膜渗出和肺部转移可以产生呼吸困难；向腔内发展的肿瘤可以产生吞咽疼痛、呕吐、呕血、黑粪、缺铁性贫血、咳嗽、肺脓肿、肺炎，还有上腔静脉综合征、恶性腹水和骨疼痛。

三、食管癌的辅助检查有哪些?

1. 食管钡剂 X 线检查　可以在做胃镜前进行，它显示肿瘤部位情况，以减少内镜插入不慎而引起穿孔或损伤的危险。还可以显示肿瘤的阻塞程度，了解咳嗽和吞咽困难是否是由阻塞导致或食物和唾液反流入气管或气管食管瘘所引起。

2. 胃镜　可进行诊断性活检和细胞学检查，并可测定肿瘤大小和确定肿瘤部位（与环咽和膈的关系）；也可以在内镜下扩张食管以维持食管内腔的口径或闭合气管食管瘘。

3. 超声内镜　是一种更新的技术，它可以详细测量肿瘤在壁内（食管壁内）扩展范围和附近淋巴结受累情况。

4. CT 或 MRI 确定有无脑部、肺部等处转移。了解淋巴结肿大，远处脏器转移而有助于分期和恶性液体收集（胸腔渗液和腹水），并有助于确定手术的可能性，放疗范围定位和预后。

5. 食管细胞学检查

四、食管癌的病理分型有哪些?

食管癌发生于食管上皮层基底细胞，高发区（如中国）以鳞状细胞癌为主，占 80%以上；非高发区（如美国和欧洲）的腺癌已超过鳞状细胞癌，占 50%以上。

1. 按形态学分型 早期分为隐伏型、糜烂性、斑块型、乳头型。中晚期分为髓质型、溃疡型、蕈伞型、缩窄型、腔内型。

2. 按组织学分型 分为鳞状细胞癌、腺癌。

五、食管癌的治疗方法有哪些?

1. 手术治疗

（1）根治性手术：食管癌切除，食管、胃吻合，淋巴结清扫。

（2）姑息性手术：空肠造瘘或胃造瘘。其他一些姑息性措施包括扩张术、管道修复术（Stent 固定膜）和管腔内肿瘤的激光凝固法。

2. 化疗 采用化疗与手术治疗相结合或与放疗、中医中药相结合的综合治疗，有时可提高疗效，或使食管癌患者症状缓解，存活期延长。但要定期检查血常规和肝肾功能，并注意药物反应。

3. 放疗

（1）放射和手术综合治疗：可增加手术切除率，也能提高远期生存率。放疗后，休息 3～4 周再做手术较为合适。对术中切除不完全的残留癌组织处做金属标记，一般在术后 3～6 周开始术后放疗。

（2）单纯放射疗法：多用于颈段、胸上段食管癌。这类患者的手术常常难度大，并发症多，疗效不满意；也可用于有手术禁忌证而病变时间不长、患者尚可耐受放疗者。

六、食管癌患者术前的饮食指导有哪些?

1. 根据情况给予高蛋白、高热量、高维生素、低脂、易消化、少渣软食、半流食或流质饮食。

2. 禁食含人参、西洋参类活血的食品。

3. 不能进食者，须经静脉进行营养支持或提供肠内、肠外营养。

七、食管癌术前要进行哪些胃肠道准备?

术前 3 天进少渣饮食，术前 1 天进流质饮食，术前 8 小时禁食、4～6 小时禁饮，以防止在麻醉过程中发生呕吐、误吸而引起吸入性肺炎、窒息等意外。术前 1 天晚需清洁灌肠或口服全肠道灌洗的药物，目的是防止术后长期卧床而腹胀。

1. 出现梗阻和炎症者，术前 3 天分次口服抗菌药物可起到局部抗感染作用。

2. 对进食后有滞留或反流者，术前给予抗菌药物经鼻胃管冲洗，可减轻局部充血水肿，防止吻合口瘘。

3. 拟行结肠代食管术的患者，术前 3～5 天口服抗生素，术前开始清洁灌肠。

八、食管癌术前备皮的范围有哪些?

1. 左侧切口 左侧的前胸正中线至后脊柱线，包括腋下，上从锁骨水平线至剑突下。

2. 食管三切口 左颈部（头发剃至耳上一横指）、前胸左腋后线至右腋后线，双侧腋下，腹部（包括脐孔、会阴部），大腿上 1/3。

九、胃肠减压管的观察与护理有哪些?

1. 保持胃肠减压管的通畅。定时挤捏管道，使之保持通畅，保持有效负压。患者胃管不通时，必要时可用 30～50ml 生理盐水冲洗并及时回抽，避免胃扩张，增加吻合口张力而并发吻合口瘘。

2. 妥善固定胃肠减压管，胶布注意正确粘贴，按需要更换固定胃管的胶布，确保牢固。每班检查胃肠减压管安置的刻度，保持胃管引流通畅。胃管妥善固定，并告知胃管的重要性，切勿自行拔除。翻身时要防止胃管拉出，若胃管不慎脱出，不应盲目插入，以免戳穿吻合口。

3. 严密观察胃液颜色、量及性状，做好记录，若引流液为褐红色，且量多，则应注意是否有胃部出血，立即报告医师处理。同时观察引流量是否逐天减少，若减少不明显，则应警惕是否有胃瘫。

4. 观察安置胃管处鼻黏膜情况，调整胃管角度，避免鼻黏膜受压坏死。

5. 保持半卧位，防止胃液反流至食管。不可下咽唾液，以免感染造成吻合口瘘。

6. 术后待肛门排气、引流量减少后试夹胃管，如无腹胀，可拔除胃管。

十、胃肠营养管的观察与护理有哪些?

1. 妥善固定胃肠营养管，胶布注意正确粘贴，按需要更换固定营养管的胶布，每班检查营养管安置的刻度，确保牢固。

2. 鼻饲前先用温水冲洗营养管，确保通畅后开始鼻饲，鼻饲后再次用温水冲洗管道。

3. 营养液使用胃肠营养泵控制输注速度，先从每小时 30～60ml 开始，逐渐增加至每小时 100～120ml，如有腹胀等不适，随时调整输注速度。每 4 小时用温开水冲管一次，每次输注后或给予研碎药物后及因某种原因停止输注后，均需要用温开水冲洗，每次冲洗的量至少为 40ml。

4. 管饲过程中，使用加热器控制温度在 36～40℃，以防温度过低造成腹泻。床头抬高 30°～40°或半卧位，以免呛咳、呕吐，注完后嘱患者维持 30 分钟或 1 小时，防止因体位过低，食物逆流而发生误吸。注意保持营养管外端及接头的清洁，并检查鼻腔黏膜有无因长时间管道压迫发生溃烂。如发现营养管不通，应查找原因，并注入少量温开水冲洗，确为堵塞不通，需及时通知医师处理。

十一、食管癌术后应如何观察及预防鼻腔的压疮?

1. 近年来，器械性压疮越来越受到关注，食管癌术后患者，长期留置胃管/胃肠营养管的患者，鼻部皮肤常出现红肿、皮疹、脱皮、水疱、溃疡、坏死等情况，且以鼻翼和鼻尖多见，增加了患者皮肤不适、疼痛和感染的机会，最后留下瘢痕，影响患者形象，不仅给患者带来痛苦，还给医护人员增加治疗、护理难度。

2. 术后应及时应用 Braden 评分量表对患者进行压疮风险评估，对于高危患者重点观察，加强巡视，做好交接班，如有皮肤潮红甚至皮肤破损情况发生，及时擦去患者面部的汗液及鼻部分泌物，更换潮湿鼻贴，保持鼻腔、鼻部皮肤及鼻贴的清洁干燥，将鼻部压疮发生率降至最低。

3. 由于食管癌患者术前进食困难，术后长时间禁食，极易导致患者鼻翼及脸部的油脂和汗液分泌增多，加之鼻腔分泌物造成的潮湿环境，在一定程度上增加了鼻部压疮的发生风险。因此可选用黏性大的 3M 胶布进行固定，在交叉固定胃管时，不紧贴鼻孔缠绕胶布，而是距离鼻尖 0.2～0.3 cm 再缠绕胶布于鼻胃管上，避免胃管壁与鼻黏膜过于紧密接触而易致鼻腔压疮的发生。

4. 除改进鼻导管固定方法外，使用新型敷料也是目前常见的预防措施。有研究表明应用水胶体敷料比应用其他敷料更具优势，防压疮效果明显、应用更简单且更具有成本效益性。水胶体敷料可作为一个人工皮肤屏障，有效缓解胶布固定鼻导管，提高了鼻导管固定的有效性，降低更换频率，减轻患者痛苦，减少撕脱时造成的再次机械性损伤所引起的疼痛和皮肤损伤，对患者皮肤完整性起到保护作用。

5. 规范胃管/胃肠营养肠管的护理流程、固定手法、粘贴部位，做好正确的牵引，保护危险区域皮肤，以及保持局部皮肤清洁等，对于降低胃管/胃肠营养肠管相关性鼻部皮肤损伤的发生率具有积极意义。

6. 食管癌术后患者需根据情况经静脉给予白蛋白、脂肪乳和氨基酸等高营养液，经口或鼻肠管给予高热量、高蛋白和高维生素饮食，维持正氮平衡，可以预防压迫性损伤。

试读结束：需要全本请在线购买： www.ertongbook.com

十二、食管癌术后早期营养支持治疗的时机及意义？

1. 研究表明，小肠的蠕动和吸收功能在术后 6 小时就能得到有效恢复，可以接受肠内营养。

2. 长期禁食对小肠的功能损伤较大，破坏肠道正常菌群，不利于患者远期营养状态及免疫功能的恢复。早期肠内营养有助于维持肠道正常菌群，有利于小肠吸收功能的恢复，能够促进患者对营养的吸收，对改善患者营养对状态和免疫功能效果显著，肠内营养并发症显著降低。

3. 早期肠内营养支持有助于改善患者营养及免疫状态，促进胃肠道功能恢复，且不增加并发症的发生率，护理干预有助于提高营养支持的临床效果。如将肠内营养液温度调节到适于人体的温度，能减少对胃肠道的刺激；根据引流液的量调节输注速度，能保证患者的最佳耐受情况。另外，帮助及鼓励患者早期下床运动也能促进胃肠蠕动，减少腹胀等不适。

十三、食管癌手术后伤口疼痛，该怎么办？

术后疼痛是人体对手术伤害刺激后的一种反应，它所引起的病理生理改变能影响术后恢复，导致呼吸系统、泌尿系统及心血管系统的并发症，因此，要做好患者的心理护理。

1. 患者术前进行疾病知识讲解，使患者对疾病可能出现的疼痛有了全面了解，从而提高了患者疼痛阈值。

2. 进行心理护理，保持良好的心态对于患者康复及疼痛耐受是必不可少的，而早期疼痛护理恰恰是针对患者即将出现的心理问题及生理问题进行预防，从而获得较为满意的效果。

3. 对患者进行疼痛程度的评估。

4. 患者胸壁切口范围大，加上进行呼吸功能锻炼时疼痛会加重，因此咳嗽时可用双手或枕头扶住伤口位置，减轻疼痛。

5. 告知患者可采用转移注意力的方法缓解疼痛，如听音乐、看电视等。

6. 告知患者使用镇痛泵持续镇痛的目的、意义及方法。

7. 遵医嘱按时应用止痛药物。

十四、食管癌手术后饮食的注意事项是什么？

1. 胃肠减压期间，需禁食禁饮。

2. 禁食期间需进行肠内或肠外营养。

3. 胃管拔除后，若无呼吸困难、胸部剧痛、患侧呼吸音减弱及高热等吻合口瘘的症状时，可开始进食。先开始试饮水，术后 5～7 天给全清流质，每次待第一口食物进入胃内后再进第二口，以免增加吻合口张力，如无不适，进食量可逐渐增加，2 周后可进半流质饮食，4 周后进软食。

4. 应注意少量多餐，细嚼慢咽，进食量不宜过多，速度不宜过快。避免进食生、冷、硬的食物（包括质硬的药片和带刺的鱼肉类、花生、豆类等），以免导致后期的吻合口瘘。

5. 避免睡前、躺着进食，进食后务必慢走，或端坐半小时，裤带不宜系得太紧，进食后避免有低头弯腰的动作，防止反流。睡觉时可把床头摇高，防止反流。

6. 进食后注意有无胸闷、心慌、发热等现象，若有上述情况应立即停止进食并通知医师，警惕吻合口瘘的发生。

十五、食管癌手术后并发症的观察与护理有哪些？

1. 吻合口瘘 是食管肿瘤手术后最严重的并发症，也是造成术后死亡的主要原因之一，大多发生在术后 5～10 天，注意观察有无吻合口瘘的临床表现，即发热、呼吸困难、胸腔积液和全身中毒症状，如高热、寒战，甚至休克等。颈部吻合术后 2 天内限制头部制动，以减少颈部牵拉；颈部伤口必须充分引流，及时冲洗，更换敷料，保持伤口清洁。出现吻合口瘘应积极处理：禁食禁水，胸腔闭式引流，胃肠减压，抗感染及营养支持，如需再次手术者，积极完善各项术前准备。

2. 乳糜胸 表现为胸腔闭式引流管引出淡血性或淡黄色液体，量较多，乳糜液大量积聚在胸腔内，可压迫肺及纵隔并使之向健侧移位。应积极处理：密切观察患者有无胸闷、气急、心悸，甚

至血压下降。放置胸腔闭式引流管，及时引流胸腔内乳糜液，促使肺的膨胀。停止管饲，进行肠外营养治疗，进食者停止进食或进素食，如保守治疗无效者应及时进行再次手术。

3. 出血 表现为胃管持续有新鲜血液流出，2 小时内引出鲜红色血液大于 100ml 或 24 小时大于 500ml；胸腔闭式引流量大于 200ml、连续 3 小时，血红蛋白进行性下降。患者主要表现为口渴、心悸、呼吸困难、血压下降、心率增快、面色口唇苍白。患者出现大出血时应积极进行保守治疗，遵医嘱应用止血药物。如果保守治疗无效时应及时进行再次手术。

4. 吻合口狭窄 主要表现为进食普食时吞咽困难，只能进食半流质或流质饮食。处理：术后 21 天后进普食，同时强调进食馒头餐 3～6 个月。必要时，进行食管扩张术。

5. 食管气管瘘 主要表现为进食、进饮后呛咳，刺激性、体位性咳嗽，咳痰，胸膜腔感染，胸膜腔积液。处理：禁食、禁饮，胸腔闭式引流，控制胸腔感染，加强营养支持治疗，必要时再次手术或安置支架。

十六、食管癌手术后预防下肢深静脉血栓形成的措施有哪些？

1. 术前护理评估 术前要了解患者的全身情况，完善各项实验室检查，对易引起下肢深静脉血栓的高危人群（长期卧床、肥胖、高龄、下肢外伤史、合并心脑血管疾病、糖尿病等）进行评估，有助于及时了解病情变化，做好术前宣教。同时做好心理护理，使得患者消除恐惧，积极配合，预防术后发生下肢深静脉血栓。嘱患者禁烟，以防烟中尼古丁刺激引起静脉收缩，影响血液循环。

2. 术后早期活动 开胸术后的患者由于留置的各类管道多，加之伤口疼痛，所以患者往往不愿意主动活动。要向患者解释早期活动的重要性，给予心理疏导，生命体征平稳后取半卧位，尤其是下肢深静脉血栓形成高危人群，要抬高双下肢 20°～30°，以促进血液回流。并指导从术后 1 天开始做深呼吸、有效咳嗽、被动活动四肢、下肢抬高等训练，应鼓励并督促患者在床上主动屈伸下肢做跖屈和背屈运动、内外翻运动、足踝的环转运动，减少静脉血瘀滞，有助于预防下肢深静脉血栓形成；术后第 2 天或第 3 天，可床上坐起主动活动四肢；术后第 4 天或第 5 天，床边站立 5 分钟，每天 3 次；术后第 6 天或 7 天，下床扶床活动，每天 2 次，循序渐进，逐渐增加活动量。

3. 保暖 开胸手术的患者，由于手术暴露时间长，术后可能出现体温不升现象，应给予适当保暖，可改善局部血流，切忌直接给予热敷或冷敷下肢，以防肢体耗氧量增加或组织缺氧，影响肢体血液循环。

4. 病情观察 开胸手术的患者手术创伤大，而且术前紧张、焦虑、术中麻醉的影响，下肢深静脉血栓形成的高危人群，故术后应持续心电监护，密切观察患者意识、瞳孔、生命体征、四肢活动度、桡动脉、足背动脉搏动情况及末梢皮肤温度、色泽，并注意凝血酶原时间、红细胞比容变化，胸部伤口有无渗血等情况。熟练掌握栓塞发生的症状和体征，重视患者主诉，及时发现异常症状，及时采取措施。

十七、食管癌手术后患者出现下肢深静脉血栓，应如何观察与护理？

1. 心理支持 一旦确诊为下肢深静脉血栓形成，患者常表现为精神紧张、烦躁不安，加上患肢疼痛难忍及手术创伤尚未恢复，此时的心理护理尤为重要。要对患者和家属交代目前的病情和将采取的治疗方法，告知患者需卧床休息 1～2 周，以减轻局部疼痛，促使炎症反应消退。在此期间，应避免用力排便以防血栓脱落导致肺栓塞。充分告知以获得患者和家属的配合，从而减轻患者的不安，帮助患者建立战胜疾病的信心。

2. 加强护理 协助患者抬高患肢至高于心脏水平 20～30cm，膝关节稍屈曲，以促进静脉回流，减轻静脉内压力，利于消肿，停止患肢按摩与功能锻炼，禁止在患肢行静脉穿刺，同时加强对健肢的锻炼，以防止继续发生静脉栓塞。必要时穿弹力袜适度地压迫浅静脉，以增加静脉回流量，并嘱患者多做深呼吸及咳嗽动作。

3. 药物治疗 遵医嘱使用抗凝治疗，一般应用低分子肝素 0.6ml 皮下注射；口服阿司匹林 50 mg，同时每天询问患者下肢疼痛、肿胀情况；测量下肢周径变化，并观察皮肤颜色，监测凝血

酶原时间（PT）、凝血活酶时间（APTT）、纤维蛋白原和D-二聚体、血小板计数等。用药期间注意观察有无出血倾向等症状和体征。

4. 健康指导 给予低盐、低脂、富含维生素、高蛋白食物，每天饮水＞2000ml，保持大便通畅，尽量避免因排便困难引起腹内压增高，影响下肢静脉回流。要求患者严格戒烟，防止烟碱使血管收缩，从而增加血液黏稠度。同时，应告知患者注意防止寒冻、潮湿、劳累及下肢外伤。

5. 并发症的预防 肺栓塞最多见的栓子来自下肢静脉，约占95%。嘱患者治疗期间绝对卧床休息，床上活动不可动作过大，患肢不可过度屈曲，不要对患肢施加压力、按摩、静脉注射药物，以防血栓脱落造成肺动脉栓塞。保持大便畅通，指导患者做深呼吸及有效咳嗽。若患者出现烦躁、呼吸频率加快、发绀、胸痛等，要考虑肺栓塞，应立即报告医师，同时给予平卧、吸氧，呼吸窘迫者给予气管插管，开放静脉通路，维持血压。

十八、食管癌手术后的出院指导包括哪些？

1. 指导患者改变不良的饮食习惯，避免进食过热、过硬、刺激性的食物，避免进食过快、过量。饮食要以流质、半流质为主，逐渐过渡到软食，选用易消化、易咽下的高蛋白、高维生素类食物，多食新鲜的蔬菜和水果。患者餐后取半卧位，以防止进食后反流、呕吐。

2. 注意休息，并注意天气变化，及时添加衣服，预防感冒。

3. 避免疲劳、重体力活动，一般不做上半身剧烈活动，也不要将头过于后屈或回旋。

4. 实施结肠代食管的患者，因结肠段逆行蠕动，口腔常留粪味，告知患者无须着急，通常半年后可获改善。

5. 告知患者戒烟酒，加强呼吸功能锻炼。每天定时开门、窗，通风换气可保持病室内空气新鲜，通风时注意预防感冒。

6. 每周称一次体重，保持体重逐渐上升。

7. 保持大便通畅，多食粗纤维饮食，必要时给予缓泻剂。

8. 嘱患者遵医嘱用药，坚持治疗，定期复查，第一年每3个月复查一次，第二年每6个月复查一次，以后每年复查一次，如出现进食后异常不适如恶心、呕吐、呕血、黑便或出现胸痛、咳嗽、气促、乏力、进行性消瘦者，及时就诊。

（刘　莉）

第二章　食管良性肿瘤

一、食管良性肿瘤的类型有哪些?

按其组织发生来源可分为腔内型、黏膜下型及壁内型。

1. 腔内型　包括息肉及乳头状瘤。

2. 黏膜下型　包括血管瘤及颗粒细胞成肌细胞瘤。

3. 壁内型　肿瘤发生于食管肌层，最常见的是食管平滑肌瘤，约占食管良性肿瘤的 3/4。

二、食管良性肿瘤患者的临床表现是什么?

食管良性肿瘤患者的症状和体征主要取决于肿瘤的解剖部位和体积大小。较大的肿瘤可以不同程度地堵塞食管腔，出现咽下困难、呕吐和消瘦等症状。

1. 食管息肉　其临床症状与息肉大小、息肉带蒂有关。息肉巨大或有炎症时，可致咽下困难和不同程度的上腹部或胸骨后疼痛，亦可因黏膜表面糜烂而出血；巨大息肉可压迫气管引起呼吸困难；息肉蒂长者可以吐出，吐出的息肉有时堵塞喉部，可引起窒息。

2. 食管囊肿　可分为先天性和后天性两类。后者系食管壁腺管闭锁所致的潴留性囊肿。前者较多见，可为单发或多发，囊内含有黏稠性液体，有时呈血性。其症状与囊肿大小、对周围压迫的程度和有无继发感染而异，如囊肿很小，且无感染者，可无症状；囊肿巨大，压迫周围器官或与食管或支气管相通者，则可出现气促、咳嗽、胸痛和咽下困难等症状。

3. 食管血管瘤　常见于食管中段，局部黏膜呈蕈状隆起或为分叶状，呈鲜红或紫红色。本病常见的症状为呕血及黑粪，也可有咽下困难。

4. 食管乳头状瘤　是一种无蒂的良性肿瘤，从黏膜固有层向腔内突入，乳头中央为纤维血管组成的中心柱，表面覆盖增生的鳞状上皮。本病瘤体可呈疣状、结节状、菜花状及弥漫浸润状。瘤体小者可无症状，肿瘤较大时则出现咽下困难、疼痛及对周围器官的压迫症状。

三、食管平滑肌瘤的临床表现是什么?

食管平滑肌瘤常见于 20～60 岁的患者，病变以食管中下段常见，上段较少。肿瘤多为单发，一般 2～5cm，少数可达 10cm 以上。食管平滑肌瘤的临床表现为以下几点。

1. 吞咽困难　是最常见的临床症状，其发展缓慢，呈间歇性，多不严重，有别于食管恶性肿瘤引起的进行性吞咽困难。

2. 疼痛或不适　表现为各种各样的胸骨后、剑突下或上腹部的疼痛或不适，包括上腹部隐痛和饱胀感，疼痛可向后背部或肩部放散，与饮食无关。本病主诉多为上腹部饱胀、压迫感或者上腹部疼痛。

3. 呼吸道症状　有的食管平滑肌瘤患者偶有咳嗽、呼吸困难或哮喘等呼吸道症状，可能因误吸、肿瘤压迫气管或支气管，或巨大平滑肌瘤压迫肺组织所致。

4. 其他消化道症状　包括食欲缺乏、反胃、嗳气、恶心及呕吐等。这些症状均属于非特异性的消化道症状，也是食管平滑肌瘤比较常见的症状。有的有胃灼热，可能与合并食管裂孔疝有关。约 1/2 的患者有消瘦及体重减轻。极个别的食管平滑肌瘤蔓延到胃壁及其黏膜下，可形成溃疡并引起出血，主要表现为反复呕血。

食管平滑肌瘤也可长期不呈现临床症状，而在消化道钡餐 X 线检查时被偶然发现。

四、食管良性肿瘤的检查方式有哪些?

食管良性肿瘤患者，不论有无症状，均须经 X 线检查、胸部增强 CT 和内镜检查，方可做出诊断。以发病最多的食管平滑肌瘤为例，钡餐造影 X 线检查可显示边缘光滑整齐的圆形或椭圆形充

盈缺损，其上下缘与正常食管壁交界处呈锐角，肿瘤区食管黏膜皱襞被肿瘤撑平而消失但无破坏，吞咽动作可能见到平滑肌瘤随食管上下移动。食管镜检查可见到黏膜下肿块突入食管腔但黏膜正常。食管镜检查时，禁忌进行活组织检查，以免损伤食管黏膜给以后肿瘤摘除术造成困难。

五、食管良性肿瘤的治疗措施有哪些?

一般而言，不论哪一型的食管良性肿瘤，若临床上无症状，瘤体又很小的病例可定期随诊观察，不必急于施行手术治疗。瘤体较大临床上呈现症状，或虽无症状但发现肿瘤后引致患者心情忧虑不安者，需进行外科手术切除病变。对腔内型小而长蒂的肿瘤可经内镜摘除；对壁内型和黏膜下型肿瘤，一般需行胸腔镜下或经剖胸切口行手术。

六、如何预防食管良性肿瘤发生恶变?

1. 改善与生活密切相关的因素 如戒烟、合理饮食、有规律锻炼和减少体重。

2. 提高免疫系统功能 饮食、锻炼和控制烦恼，健康的生活方式选择可帮助我们远离癌症。保持良好的情绪状态和适宜的体育锻炼可以使身体的免疫系统处于最佳状态，对预防肿瘤和预防其他疾病的发生同样有好处。

七、食管良性肿瘤的居家护理措施有哪些?

食管良性肿瘤的居家护理措施有以下几点。

1. 供给易消化吸收的蛋白质食物，如牛奶、鸡蛋、鱼类、豆制品等，可提高机体抗癌能力。

2. 进食适量糖类，补充热量（糖尿病患者除外）。宜多吃蜂蜜、米、面、马铃薯等含糖丰富的食物以补充热量。

3. 多吃有抗癌作用的食物，如甲鱼、蘑菇、黑木耳、大蒜、海藻、芥菜及蜂王浆等食物。

（刘　莉）

第三章　食管憩室

一、什么是食管憩室?

食管憩室，即食管壁的一部分向外膨出，形成一囊袋样，较大者其内可潴留食物，久而可并发炎症、感染或溃疡出血，偶尔发生恶性变。食管憩室临床并非罕见，处理起来也非易事。食管憩室不是肿瘤，不威胁患者生命，但是处理不慎同样可致患者死亡。

二、食管憩室如何分类?

1. 根据发生时期分类　先天性憩室、后天性憩室。

2. 根据组织学所见分类　真性憩室、假性憩室。

3. 根据发生原因分类　膨出性憩室、牵引性憩室、膨出和牵引混合性憩室。

4. 根据发生部位分类　咽食管憩室（Zenker 憩室）、支气管旁憩室、膈上憩室。

三、咽食管憩室的病因主要有哪些?

1. 咽下缩肌斜纤维与环咽肌横纤维之间存在一个解剖薄弱区，即 Killian 三角。Killian 三角区结构最薄弱又缺乏保护，为咽食管憩室的好发部位。

2. 食管上括约肌松弛不全，吞咽时下咽部压力增加。

3. 咽下缩肌收缩与环咽肌松弛时间失调及功能关系紊乱或其他运动障碍。

4. 创伤、爆震伤、行器械摘取异物后引起、战争中弹片伤后遗症。

四、咽食管憩室的临床表现是什么?

咽食管憩室，又称 Zenker 憩室，以 50～80 岁的患者多见，30 岁以下者罕见。早期无明显临床症状。咽食管憩室的临床表现主要表现为以下几点：①吞咽困难（最常见）。②吞咽时咽部“喀喀”作响。③伴阵发性咳嗽、憋气。④食物反流（当憩室囊变大有食物潴留时）。⑤口涎增多。⑥胸部不适。⑦口臭。⑧声音嘶哑（大的憩室累及喉返神经）。

五、咽食管憩室的辅助检查有哪些?

咽食管憩室的辅助检查有以下 2 个。①X 线钡餐检查（最主要的方法）。②胃镜检查（因有导致食管穿孔的危险，故不作为常规检查）。

六、咽食管憩室的治疗方法有哪些?

咽食管憩室的治疗方法有以下 2 种。①无症状、无并发症者，一般不需要治疗。②症状持续或有并发症者，需要手术治疗，如憩室切除术（最常用）、环咽肌切开术、憩室固定术。

七、支气管旁憩室的病因主要有哪些?

支气管旁憩室可分为膨出型和牵引型两种。膨出型食管憩室病因包括许多因素，如食管动力障碍、功能性或机械性远段食管梗阻及局部食管壁薄弱；牵引型食管憩室是由于诸如肺结核和组织胞浆菌病引起的食管周围淋巴结炎症和粘连造成的。

八、支气管旁憩室的临床表现是什么?

支气管旁憩室是外牵性憩室，憩室体积较小，很少有食物潴留，一般无症状。本病的临床表现有以下几个。①胸骨后疼痛；②胃食管反流；③吞咽困难；④穿孔；⑤引发食管胸膜瘘或食管气管瘘及吸入性肺炎等并发症；⑥伴发癌症、呕血。

九、支气管旁憩室的辅助检查有哪些?

支气管旁憩室的辅助检查有：①X 线钡餐检查（最有效的方法）；②胃镜检查（因有导致食管

试读结束：需要全本请在线购买： www.ertongbook.com