

# 自发性食管破裂的护理

薛海霞, 窦英茹

(江苏省苏北人民医院 ICU, 江苏 扬州, 225001)

关键词: 食管破裂; 自发性; 护理

中图分类号: R 473.76 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)22-103-02 DOI: 10.7619/jcmp.201322042

自发性食管破裂又称 Boerhaaves 综合征, 临床少见, 但却比较凶险, 由于发病率较低, 且临床医师重视不够, 患者往往得不到及时的诊断及治疗, 病死率较高<sup>[1]</sup>。本院 ICU 及胸外科 2000 年 1 月—2011 年 12 月共收治自发性食管破裂患者 33 例, 现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组 33 例患者中, 男 28 例, 女 5 例, 年龄 33~80 岁, 平均 57.5 岁, 均有不同程度的呕吐病史, 其中 30 例发生在饱餐后, 发病到入院确诊时间为 3.5 h~7 d。胸部 CT 检查发现左侧液气胸 28 例, 右侧液气胸 4 例, 1 例患者仅表现为纵膈气肿。胸部 CT 发现后纵膈气体影, 组织结构不清, 密度不均, 食管破裂处管壁增厚。液气胸者, 口服美兰后行胸腔穿刺或胸腔闭式引流, 发现蓝色液体引出即确诊; 1 例纵膈气肿患者行食管碘油造影确诊。

### 1.2 治疗方法

本组患者行食管修补治疗 21 例, 同时放置胸腔闭式引流管、纵膈引流管及胃肠减压管各 1 根。病情晚不能行修补者 12 例, 行空肠造瘘及逆行胃肠减压术; 气液胸侧放置上下 2 根闭式引流管, 上管作冲洗, 下管作引流。

### 1.3 结果

本组患者全部治愈, 修补术后破裂口均一期愈合, 住院时间 11~51 d, 平均 28 d。术后随访 1~9 年, 未出现食管狭窄、慢性脓胸等并发症。

## 2 护 理

### 2.1 心理护理

患者突发剧烈胸痛、呼吸困难, 心理恐惧, 担心疾病的诊治和预后, 应积极对患者和家属讲解疾病的相关知识及治疗方法, 告知患者成功案例,

减轻患者的焦虑和恐惧, 增强其战胜疾病的信心, 以积极配合治疗。

### 2.2 引流管护理

2.2.1 引流管的观察: 各引流管均应妥善固定, 防止扭曲折叠受压, 做好标志, 并准确记录植入体内的深度及刻度, 密切观察各管引流液的量、颜色和性质, 并做好记录。

2.2.2 胃管及逆行胃肠减压管的护理: 接负压引流球持续胃肠减压, 保持引流通畅, 若发现管道引流不畅, 及时生理盐水冲洗, 以利于胃排空、减轻食管内破裂处压力, 有利于食管破裂口的愈合。由于自发性食管破裂患者破裂口一般较长, 且破裂处水肿, 因此, 食管破裂口未行修补者, 经鼻留置胃管较困难, 而且极容易经破裂处进入纵膈或胸腔, 所以该类患者均在行空肠造瘘的同时在造瘘口近心端约 5 cm 处空肠再做一造瘘口逆行插乳胶管置入胃腔内近贲门处, 另一端经腹壁引出接负压引流球<sup>[2]</sup>, 同样起胃肠减压的目的, 而且具有以下优点: ①管腔较粗大, 侧孔多, 引流彻底, 减压可靠; ②无引流管刺激鼻咽部造成的不适, 患者咳嗽咳痰更有力、更有效, 肺部感染机会减少; ③食管破口处无异物刺激, 容易生长愈合; ④远端空肠造瘘管肠内营养发生反流时, 可经此管有效引出; ⑤可长期放置, 无并发症发生。

2.2.3 胸腔闭式引流管的护理: 患者取半坐卧位, 定时挤压引流管, 保持引流通畅, 避免管道阻塞, 观察引流瓶内水柱波动幅度、引流液的量和色质, 如有异常情况发生, 及时向医生汇报。由于大部分患者于饱餐后发病, 破裂侧的胸腔食物残渣较多, 污染较重, 未行修补的患者胸腔污染物得不到有效的清除, 所以均放置 2 根胸腔引流管, 上管冲洗, 下管引流, 一般持续冲洗 3~5 d, 如时间过长, 感染不易局限。

2.2.4 空肠造瘘管的护理: 由于瘘管周围有消化液漏出的可能, 而消化液会刺激皮肤, 引起局部

皮肤发炎破溃,从而产生剧烈疼痛。因此,可在患者瘘口周围常规使用一件式造口袋,由于其具有较强的柔韧性、黏性及皮肤顺应性,且吸收性能强,能有效保持局部皮肤干燥,从而防止皮炎发生。

2.2.5 纵隔引流管的护理:由于纵隔床污染较重,食管破裂修补患者在后纵隔食管修补处附近常规放置一引流管,经侧胸壁腋后线引出接负压引流球。术后应定时挤压负压球,确保引流通畅,有效排出残余感染物及渗液,以减少对修补口的刺激,从而利于局部食管的愈合。待食管碘剂造影确认食管已经愈合,经口引流质24 h,患者无发热、胸痛等不适反应,拔除引流管。

### 2.3 营养支持的护理

食管破裂患者由于感染严重,持续发热,消耗较大,且禁食时间长,因此营养支持显得尤为重要,最近研究一致认为肠内营养优于胃肠外营养<sup>[3]</sup>。由于小肠功能在全麻术后4~6 h已经恢复<sup>[4]</sup>,所以术后第1天即通过空肠造瘘管常规给予肠内营养,首选华瑞制药生产的肠内营养乳剂,使用肠内营养泵输入。由于肠内营养泵能够模拟肠蠕动,比较接近生理,能精密控制肠内营养的进液速度,最大限度减少进液过快造成患者腹泻或腹胀,或进液过慢造成营养管堵塞等并发症的发生。营养液温度保持在30~35℃<sup>[5]</sup>,以减少对肠道的刺激。营养液浓度由低到高,在输注营养液之前,先泵入生理盐水250 mL,然后生理盐水与肠内营养乳剂1:1混合输入,最后过渡到完全使用肠内营养乳剂泵入。每天总量约2 000~2 500 mL,尽快达到正氮平衡,以促进破裂口及伤口愈合。输注完毕后及时用生理盐水20 mL冲洗管道,避免堵塞。严密观察患者使用后有无腹痛、腹胀、腹泻及代谢紊乱等并发症的发生。输注时要严格无菌操作,避免医源性感染。对于糖尿病患者,要严密监测血糖,使用胰岛素持续泵入,控制血糖在6~10 mmol/L范围内。

### 2.4 一般护理

术前及术后早期持续心电监护监测生命体征,严防低血容量性休克或感染性休克的发生;准确记录患者24 h出入量,对于年龄较大、心肺功能较差者,术后应严格控制输液速度,以防心衰及肺水肿的发生;结合药敏试验合理应用抗生素并

注意观察疗效;加强呼吸道护理,超声雾化吸入3~4次/d,鼓励患者做深呼吸,多取半卧位,叩背体疗,有效咳嗽排痰,必要时给予吸痰,随时监测患者双肺呼吸音情况,定期作全胸片和血气分析检查,防止因组织缺氧导致多脏器功能衰竭,必要时行气管切开,做好气管切开术后的护理;做好基础护理,保持口腔、会阴清洁,提高患者的舒适度,使患者更好地接受治疗和护理,争取早日康复。

## 3 讨论

自发性食管破裂通常是由于患者暴饮暴食或酗酒剧烈呕吐而引起<sup>[6]</sup>,呕吐、胸痛、皮下气肿为本病三联征<sup>[7]</sup>,临床罕见、容易误诊,病情危重且并发症多。由于该病常发生于餐后,发病后患者纵隔及胸腔污染较重,如得不到及时正确地处理,可较早出现纵隔及胸腔感染,从而出现感染和中毒症状,而感染中毒正是本病最主要的死亡原因<sup>[8]</sup>,因此,早期诊断显得尤为重要。医护人员要提高对该疾病的认识,高度重视,尽可能做到早期诊断、积极治疗,及时有效地清除感染源;同时护理人员在护理过程中应采取正确有效的护理措施,严密观察病情,为临床医师及时提供有效的信息,以提高此病的治愈率。

### 参考文献

- [1] Mahmudlou R, Abdirad I, Ghasemi - Rad M. Aggressive surgical treatment in late - diagnosed esophageal perforation: a report of 11 cases[J]. ISRN Surg, 2011: 868356.
- [2] 贺建胜, 束余声, 石维平, 等. 自发性食管穿孔31例临床分析[J]. 中华全科医师杂志, 2010, 9(11): 809.
- [3] 黎介寿. 肠内营养—外科临床营养支持的首选途径[J]. 肠外与肠内营养, 2003, 10(3): 129.
- [4] 丁盛, 蒋利, 张渝华, 等. 肠内营养混悬液在食管癌术后早期肠内营养中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(5): 520.
- [5] 孙明珠, 李卫东. 输液泵及输液增温器在肠内营养中的应用及护理[J]. 护士进修杂志, 2004, 19(10): 925.
- [6] 林一丹, 蒋光亮, 刘伦旭, 等. 自发性食管破裂14例的诊断与治疗[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2012, 19(5): 472.
- [7] Dayen C, Mishellany H, Hellmuth D, et al. Spontaneous rupture of the esophagus or Boerhaave syndrome. Report of 3 cases and review of the literature[J]. Rev Mal Respir, 2001, 18: 537.
- [8] 邵智慧, 韩振国, 闫继东. 自发性食管破裂8例临床分析[J]. 中国实验诊断学, 2007, 11(7): 983.