

内镜水囊扩张治疗食管狭窄的护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/492/2021_2022__E5_86_85_E9_95_9C_E6_B0_B4_E5_c67_492349.htm 采用水囊扩张治疗食管狭窄是在内镜直视下对食管狭窄处产生一种均匀的横向扩张力。其原理：球囊扩张导管是由高弹力性橡胶制成，具有高强度扩张和回缩功能，水囊导管能注气也能注水，注水效果优于注气，一般注入生理盐水，故又称水囊扩张导管，注水加压自展回缩好，支持力强，有弹性，在胃镜下不易移位，可根据病情需要采用不同的压力，水囊扩张的直径大小有所不同，膨胀时外径为12~18 mm多种直径，并可反复多次使用，每次扩张时医护人员均能在电视屏下直视操作，相互配合（什么时候拉管，什么时候注水加压和扩张及退管等），这种可视的操作，能对水囊扩张术是否成功和扩张是否完全做出更精确的评价。可用于食管癌术后吻合口狭窄，晚期食管癌引起食管梗阻经水囊扩张后放置内支架，强酸碱食管严重烧伤后引起食管狭窄，以及肝硬化门静脉高压食管静脉曲张破裂出血经反复硬化剂注射治疗后引起食管下端狭窄等。

1.术前护理 1.1 器械准备：采用GIF-100型电子胃镜治疗前行镜体、活检孔道用2%戊二醛消毒液浸泡10 min，消毒后用生理盐水冲洗。BMLLDN-CRE型水囊，有2种规格，根据压力大小水囊扩张的直径不同而选择合适水囊扩张器，术前采用70%酒精消毒后备用，同时行体外球囊加压冲水试验，除外球囊漏气，备好压力泵。 1.2 病人指导：各种病因引起的食管狭窄临床上比较常见，多见于老年晚期食管癌狭窄、吻合口狭窄和误服化学物质引起严重全食管烧伤性狭窄，平时饮

水困难，长期受疾病的折磨，情绪沮丧，而且对我们新开展的水囊扩张治疗不甚了解，易产生疑虑及恐惧心理，故与病人及家属讲明内镜水囊扩张治疗食管狭窄既是一种安全有效的新方法，也可作为首选的方法，并介绍以往经验及成功病例，病人反复扩张，可使100%病人吞咽困难消失。同时了解病人心理动态，病人的密切配合是治疗成功的重要因素，术前向病人讲清配合要领以便取得合作，嘱病人胃镜置咽喉部做吞咽动作，有利于胃镜入食管，扩张时会有轻度不适，若明显不适可手势示意，但不能讲话，更不能自行拔管。

1.3 病人准备：术前空腹6~10h，术前安定10 mg肌肉注射，消除其紧张心理，654-210 mg静脉内推注，松弛食管平滑肌，减少呼吸道分泌物。咽喉部喷射2%地卡因麻醉剂后嘱病人左侧卧位，同时取出单颗假牙予家属保管，并放松裤带。

2. 术中配合：术中医护患配合是治疗成功的基本因素之一，随时观察病人生命体征，注意牙垫以防脱出，随时吸取口腔内分泌物，保持呼吸道通畅。医生插镜后在胃镜直视下见食管狭窄口，先自活检孔道注入5~10 ml石蜡油，再插水囊扩张导管，当水囊段插入狭窄口5~6 mm处，配合医生用压力泵注入造影剂或无菌生理盐水，根据病情需要使压力保持在3~8个大气压，水囊扩张直径分别在12~18 mm保持2 min，放水囊导管退回胃镜活检孔内，沿食管腔再插镜，见狭窄口用上述方法进行扩张治疗，一般全食管狭窄需扩张4段后方能顺利插入胃镜，晚期食管癌患者经水囊扩张后立即放置食管支架。

3. 术后护理：术后观察病人的生命体征包括血压、心率等，嘱病人卧床休息，2 h后可饮冷开水，逐渐进半流质饮食，口服庆大霉素8万U，每日3次，共3~4 d，若病人有腹痛、发热等嘱其

立即来我院急诊随访。 饮食指导：各种原因引起食管狭窄的病人，术前因吞咽困难而较少进食，一旦经水囊扩张后狭窄有所好转或解除，常常进食心切，应指导病人循序进食，先试探性少量流质，若不适则可按流质、半流质向软食过度，避免坚硬饮食摄入，如花生、蚕豆、竹笋等。当然适当的粗纤维食物可帮助狭窄的食管有轻度的扩张治疗作用，对于食管癌气囊扩张后放置内支架者，应指导病人减少粗纤维饮食，防止食物留在支架网内引起继发阻塞。

4.预防并发症的护理：多数扩张后口腔内呕出少许粘液血，但无需特殊处理，部分患者在扩张治疗后有颈部、胸部皮下气肿，经3~5 d保守治疗后逐渐消退好转，估计采用的球囊直径过大，食管有轻度裂伤，停止扩张后立即闭合。如扩张后有皮下气肿时应推迟给病人进食2~3 d.

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com