

Perioperative Nursing Care of a Patient with Middle Thoracic Esophageal Carcinoma

Yuan Gao, Hong Shi

Thoracic Surgical Ward I, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui
Email: 402259460@qq.com

Received: Apr. 6th, 2018; accepted: Apr. 20th, 2018; published: Apr. 28th, 2018

Abstract

Objective: To explore the clinical nursing of esophageal carcinoma in perioperative period. **Method:** Giving targeted nursing treatment to the patient in mental, diet nursing, oral cavity, air tube and digestive tract before surgery; after the operation, strengthening the management of air tube, drainage tube, pain nursing and complication after the operation. **Result:** By the targeted nursing intervention in perioperative period, the patient was operated successfully; his condition was stable during recovery time and had no postoperative complication. He completed clinical treatment plan and left hospital on time. **Conclusion:** Taking comprehensive nursing intervention in perioperative period of esophageal carcinoma is conducive to reduce postoperative complications, accelerate recovery and increase nursing satisfaction.

Keywords

Esophageal Cancer, Nursing Interventions

一例胸中段食管癌患者的围手术期护理

高原, 施虹

蚌埠医学院第一附属医院, 胸外科一病区, 安徽 蚌埠
Email: 402259460@qq.com

收稿日期: 2018年4月6日; 录用日期: 2018年4月20日; 发布日期: 2018年4月28日

摘要

目的: 探讨食管癌围手术期治疗的临床护理。 **方法:** 对患者进行针对性的术前心理护理、饮食护理、口腔护理、呼吸道护理、消化道护理, 术后加强呼吸道管理、引流管的护理、疼痛护理、并发症的预防护

理等。结果：通过围手术期内针对性护理干预，患者手术顺利完成，在恢复期病情平稳，没有出现并发症及不良反应。在预计期内完成临床治疗方案康复出院。结论：食管癌围手术期内的临床护理采用全面护理干预有助于减少术后并发症发生，促进患者康复，提高护理满意度。

关键词

食管癌, 护理干预

Copyright © 2018 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

食管癌是世界范围内消化道常见恶性肿瘤，约占食管肿瘤的90%以上[1]。据统计，我国是食管癌高发区，其发病率和死亡率都居世界之首[2]。临床上以进行性吞咽困难为其最典型的症状，继而食欲降低，消瘦，通过胃镜检查常可以确诊，手术治疗是其重要的治疗手段[3]。但是手术会对患者造成一定的刺激性，使其产生一定的应激性，从而阻碍疾病的治疗效果以及预后。为了减少这种应激性的发生，在围手术期对患者采取一定的护理措施，使患者心理情绪得到缓解，并且提高治疗依从性。

2. 病例介绍

患者，男，69岁，因“突发呕血一次，伴胸闷一周余”于2016年10月17日收入安徽省蚌埠市蚌埠医学院第一附属医院胸外一病区。患者于2016年10月11日突发呕血一次，鲜红色，伴胸闷，休息后可缓解，无头晕头痛，无进食哽噎，于当地太和县人民医院就诊，查胸部CT提示：食管中段粘膜增厚，右上肺叶后段结节灶，不排除转移可能，双下肺炎，慢性支气管炎，肺气肿。胃镜提示：食管距门齿30~37cm，食管中下段左、右侧管壁见不规则隆起型病灶，高低不平，质地脆，易出血，局部管腔狭窄，镜身尚能通过。取病理提示为：食管鳞癌。对症予以止血、补液等支持治疗，近一周患者主诉略有胸闷不适，无再次呕血，为求进一步治疗来我院就诊。病程中，患者无声音嘶哑，无全身骨关节疼痛，进食软食，睡眠尚可，大小便正常，体重无明显变化。患者既往有乙肝小三阳病史，否认“肝炎、结核”等传染病史，否认“糖尿病、心脏病”等病史，否认“食物、药物”过敏史，否认其他“手术、外伤”史，否认输血史。患者入院后查体神志清楚，精神可，发育正常，营养中等，表情自如，步入病房，查体合作，对答切题。全身皮肤黏膜无黄染，色泽正常，未见皮疹及瘀点瘀斑，弹性尚可，全身浅表淋巴结未及肿大。双侧瞳孔等大等圆，直径为3毫米，直接及间接对光反射灵敏。口唇无发绀，伸舌居中，齿龈正常，扁桃体无肿大，咽无充血。颈软，颈静脉无充盈，气管居中。胸廓无畸形，两侧肺动度及语颤相似，右肺呼吸音弱，左肺呼吸音清，两肺未闻及明显干湿啰音，无胸膜摩擦音。心前区无异常隆起，心尖搏动位置正常，心前区无异常搏动，心相对浊音界正常，心率70次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，无心包摩擦音。腹部外形正常，腹壁静脉无曲张，腹壁柔软，左下腹轻压痛，无反跳痛，无液波震颤及振水声，肝脾肋下未及，肠鸣音正常。脊柱四肢无畸形，双下肢无浮肿，膝反射(++), 腹壁反射(++), 跟腱反射(++), Hoffmann(-), Babinski(-), Kernig(-), Brudzinski(-)。入院给予常规术前检查示：PT:12.3S; 免疫过筛：乙型肝炎表面抗原47.42 ng/ml, 乙型肝炎e抗体：261.07 NCU/ml, 乙型肝炎核心抗体91.17 NCU/ml; 血常规示：红细胞计数 $4.09 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白127 g/L, 红细胞压积0.392 L/L, 其他无明显阳

性结果。遵医嘱给予消肿合剂、甲硝唑等应用, 并指导家属适当给予增加营养, 锻炼肺功能, 保持口腔清洁, 及个人卫生, 注意防止交叉感染。术前准备完善, 于 2016 年 10 月 24 日下午全麻左进胸行“胸中段食管癌根治性切除 + 弓上胃食管端侧器械吻合消化道重建术”, 术毕安返监护室, 带回胸引管, 纵膈引流管各一根, 胃管及十二指肠营养管由寸带妥善固定, 尿管引流出正常尿液。遵医嘱予以吸氧及心电监护, 气垫床应用中, 静脉给予蛋白, 卡文等营养, 消炎, 化痰, 平喘对症支持治疗, 并于术后第一天行床边胸片检查。术后第 2 天, 病情平稳, 遵医嘱回原床位, 并给予温盐水 250 ml 由十二指肠营养管内滴注, 患者诉伤口疼痛较前明显, 给予地佐辛止疼药物应用。术后第 4 天医嘱予以停用卡文及人血白蛋白, 并拔出导尿管, 小便可自解。术后第 7 天, 胸部伤口敷料干燥, 胃管引流出 150 ml 墨绿色液体, 胸引管无明显液体引流出, 纵膈引流管引流出 150 ml 淡黄色液体。肠内营养应用中, 体温不高, 医嘱停用抗生素。术后病理示: 食管基底细胞样鳞状细胞癌, 髓质型, 4 cm × 2.5 cm × 1.5 cm, 侵及外膜层, 两端切缘(-), “食管旁”淋巴结(-)0/7, “肺门”淋巴结(-)0/3, “贲门”周围淋巴结(-)0/5。术后第 8 天, 医生陪同于门诊行 GI 检查。术后第 9 天遵医嘱停长期补液, 指导患者试饮水, 给予饮食指导: 流质饮食, 细嚼慢咽, 少量多餐, 饭后避免平卧等。术后第 10 天, 医生给予拔出胃管, 胸引管及纵膈引流管, 无菌纱布加压覆盖, 无外渗。于 11.08 拔出十二指肠营养管, 病情稳定, 生命体征平稳, 恢复良好于次日出院。

3. 护理

3.1. 术前护理

3.1.1. 心理护理

患者 69 岁, 由于缺乏相应的疾病知识, 加之有呕血、胸闷等不适表现, 患者存在一定的恐惧心理, 护理人员应该积极加强患者的心理干预, 多与患者和家属沟通, 建立良好的护患关系。鼓励家属应积极协助患者配合各种治疗护理, 对术后的配合和康复有着重要的作用。医生详细介绍手术过程及手术安全性, 责任护士可将病房内相同的成功病例介绍给患者, 患者间的沟通可增加其面对疾病及手术的信心, 以此解除患者紧张焦虑的情绪。帮助患者争取社会支持, 教导家属不要在患者面前表现不良的悲观情绪, 减少周围的不良暗示, 争取患者及家属最大程度的理解和配合[4]。

3.1.2. 饮食护理

患者入院后进行全面的营养评估, 了解患者进食情况及营养状况。对于进食困难的患者, 要合理的进行营养支持治疗, 注意有无电解质紊乱、低蛋白血症等现象发生, 给予相应的对症治疗。

3.1.3. 口腔护理

因术后长时间禁食水, 术前的口腔卫生尤其重要。保证口腔清洁, 消除口腔异味, 增加食欲, 注意有无牙周病等口腔问题。指导患者进食后漱口, 早晚刷牙, 遵医嘱使用消肿合剂, 饭前 30 min, 一次 30 ml 口服应用。早, 晚餐后口服甲硝唑及左氧氟沙星片各 2 片, 注意有无胃肠道反应。

3.1.4. 呼吸道护理

告知肺功能锻炼的必要性, 监督患者练习咳嗽, 咳痰, 指导患者正确有效的咳痰方法: 在咳痰前可先轻轻咳几下, 使痰松动, 再深呼吸一口气, 用力咳嗽; 行呼吸功能锻炼, 练习腹式呼吸, 15~30 min/次, 4~6 次/d, 尽可能的增加潮气量, 促进远端肺泡内气体的排出[5]; 指导患者取舒适卧位, 放松肌肉, 快速呼气数次, 然后鼻深吸气, 吸到不能呼吸时, 屏气 3~5 秒, 然后以口腔缩唇的方式呼气, 呼气时双手按压腹部, 收缩腹肌, 尽可能保持频率为 10~14 次/min, 持续 5~8 min, 8~10 次/d; 身体允许的患者可以进行爬楼梯的锻炼, 3~6 层/次, 4~6 次/d, 以自己不感觉累为准; 指导患者练习吹气球, 15~30 下/次,

4~6 次/d。肺功能差, 年纪较大, 腿脚不方便的患者, 可指导其使用呼吸功能锻炼仪(由西班牙雷文顿公司生产的三球仪), 帮助患者改善呼吸深度和坚持时间, 患者可以看到自己肺活量的改变, 保持潮气量为 1500~2000 ml, 从而改善患者焦虑的心理。

3.1.5. 消化道护理

术前 2~3 d 行消化道的准备, 保持消化道清洁, 降低术中污染并减少术后腹胀, 指导患者进食易消化、高营养流质食物, 饭后可多饮温水以冲洗食道的作用。必要时遵医嘱予以恒康正清/番泻叶稀释后分次口服应用, 观察大便排泄情况, 防止排便次数多引起的电解质紊乱。术前一日, 告知患者 20:00 后禁食水。

3.1.6. 术前准备

遵医嘱执行常规的术前各项检查备血, 备皮, 做皮试, 禁食水, 备好术中用药等。术前一日淋浴, 更换衣裤, 剃净胡须, 剪短指甲。术晨日, 正常洗漱, 脱去内衣, 贴身穿手术衣, 有假牙者取下, 浸泡于冷开水中备用。医生给予手术部位做好标记, 携胸带, 影像片, 术中用药带入手术室。

3.2. 术后护理

3.2.1. 生命体征的监测

患者术后由手术室护士送回病房监护室, 麻醉未清醒前给予去枕平卧位, 头偏向一侧, 避免因呕吐引起的呛咳或窒息。遵医嘱予以心电监护, 气垫床应用。氧气以面罩 6 L/min 持续吸入中, 监测心率, 呼吸, 血压, 氧饱和度的变化。遵医嘱急查血常规, 电解质, 动脉血气, 及时发现和处理低氧血症, 电解质紊乱等症状, 准确记录生命体征。全麻清醒后, 抬高床头, 垫软枕, 半卧位, 鼓励患者进行咳嗽咳痰和深呼吸训练。

3.2.2. 呼吸道护理

术后第一日起常规取半卧位, 抬高床头 30°~45°, 遵医嘱给予雾化吸入, 布地奈德, 特布他林, 氨溴索粉针各一支加灭菌注射用水 1 ml, 0.9% NS 1 ml 配制, Bid 应用, 以稀释痰液, 排除肺部的分泌物。雾化吸入后扶病人床上坐起, 协助患者咳嗽咳痰, 手掌呈弓状, 由下自上, 由外向内有规律叩击患者背部, 嘱患者深呼吸, 在吸气末端屏气 3~5 秒, 爆发性的咳嗽, 形成的冲击力, 使粘附在呼吸道的分泌物松动脱落, 使得痰液顺利排出。尽快解除支气管阻塞, 使肺泡重新复张。患者身体较弱, 不能有效咳嗽时, 护士在患者吸气末用手指使劲按压患者的胸骨和环状软骨下缘的交汇处, 通过按压刺激, 促进患者有效咳嗽。也可用双手压迫患者的下胸部或上腹部, 嘱其用力咳嗽, 加强膈肌反弹的力量, 促使痰液排出[6]。患者因伤口疼痛不愿意咳嗽咳痰时, 护士应耐心告知患者及家属有效咳嗽咳痰的重要性, 以取得理解和配合。指导家属在患者咳嗽时, 双手稍用力按压伤口两侧的胸壁, 减轻胸壁振荡引起的伤口疼痛。如患者多种措施均不能有效咳嗽时, 及时通知医生, 协助医生做好吸痰准备, 给予经口, 鼻刺激咽部, 刺激咳嗽反射, 吸出大气道内的痰液, 避免肺不张的发生。

3.2.3. 引流管的护理

妥善固定胃管、十二指肠营养管、胸腔引流管、纵隔引流管和尿管, 防止管道扭曲, 打折, 牵拉, 受压等引起的引流不畅。观察各管道引流液的性状: 颜色, 量, 气味等。定时挤压引流管, 防止血凝块堵塞。若引流量持续 3 h > 200 ml/h, 色鲜红, 温度热, 则有胸腔内出血的可能, 需立即通知医生。告知患者及家属引流管的注意事项及防止管路滑脱的要点。若引流管不慎脱落, 则需立即将伤口皮肤用手捏闭, 及时协助医生进一步处理。注意观察有无胸腔活动性出血、吻合口瘘、乳糜胸、脓胸等, 有异常及

时通知医生给予处理。医生根据患者引流液的多少, 性状, 结合胸片, 管路夹闭后有无不适等情况发生, 无特殊恢复良好, 视情况拔管。

1) 胃管护理

用鼻贴及寸带妥善固定胃管于鼻翼侧面颊部, 每天检查固定状况及时清除面部分泌物, 以防止滑脱, 对烦躁不安的患者适当约束。术后需常规禁食水约 5~7 天, 若过早进食易引起吻合口瘘。术后第一日, 医生根据情况给予胃管冲洗, 观察管路引流液的性状。待胃肠蠕动正常, 正常排气, 胃肠减压管内引流流量减少, 试夹管数天, 无不适主诉后, 医生给予拔出胃管。

2) 十二指肠营养管鼻饲及饮食护理

同胃管常规护理一致, 妥善固定。保持营养管通畅, 清洁, 严格执行无菌操作技术, 预防营养液的污染。应用肠内营养前后, 用温开水 40 ml 左右冲管, 防止营养液堵塞管路。应用肠内营养时, 需抬高床头 30°~40°或半卧位, 以免呛咳, 呕吐, 注完后嘱患者维持该体位, 防止因体位过低, 食物逆流发生误吸。早期肠内营养符合正常生理需求, 减少患者术后输液量, 能促进胃肠功能早期恢复, 改善患者术后的营养状况, 纠正负氮平衡, 有利于吻合口愈合, 减少术后并发症, 提高治愈率。静脉营养补充的同时, 术后第二天, 遵医嘱给予 0.9% NS 250 ml 由十二指肠营养管内应用, 以 80 ml/h 匀速泵入中。若无腹胀、腹泻、腹痛等不适症状, 次日起, 遵医嘱使用能全力 8 勺溶解于 500 ml 温开水中, 以 80~100 ml/h 的速度用营养泵, 加热器匀速泵入。根据患者自身情况增加剂量, 泵入的速度由慢到快, 浓度由小到大。根据患者胃肠功能恢复的程度, 逐渐增加肠内营养液量和次数, 使每天总量增加 2000~3000 ml 左右, 同时减少静脉输液量。后期可指导家属用食物加工的米汤, 肉汤, 鱼汤等营养汤泵入, 注意忌油大刺激性流质, 适当增加盐的摄入, 防止电解质丢失。应用肠内营养液时, 记录 24 h 出入量, 严密观察腹部有无腹痛, 腹胀, 腹泻等症状及病人的耐受性。腹胀者应准确记录腹胀程度、持续时间以及肛门排气、排便情况。指导鼓励病人早期床上或下床活动, 预防或减轻腹胀, 保持肠内营养液的顺利应用, 必要时遵医嘱使用肠动力药物或开塞露纳肛。腹泻者与营养液灌注量和速度关系密切, 因大量营养液进入肠腔未加热, 肠管被低温刺激亦可引起腹泻。将泵入速度控制在 120 ml/h 内, 使用营养泵恒速泵入, 使用加热器保持泵入温度在 38°~41°间, 同时加强无菌观念, 营养泵紫色管每日更换, 营养液不被污染可避免或减少腹泻的发生。使用肠内营养的患者如有心肺功能异常、高热、肺部感染、腹泻等其他并发症的出现易发生水电解质紊乱。在配方上加以考究, 同时综合静脉补液, 如在营养液中加入 10% KCL 或 10% NaCl 等。严格执行医嘱, 合理安排补液顺序, 确保营养液应用量, 严密观察呕吐物及腹泻量, 严格记录出入量, 保证水份出入的平衡[7]。正确采集血标本, 根据化验结果, 纠正电解质紊乱。在医生陪同下行 GI 检查, 无吻合口瘘, 遵医嘱指导患者经口进食水, 先少量饮水至半量饮水, 如无反应可给低脂肪, 高蛋白, 高维生素易消化的流质, 如蛋汤、牛奶、鱼汤等, 逐渐过渡到半流质, 如炖鸡蛋、米粥、烂面皮等, 逐步恢复正常饮食。待正常饮食完全能满足患者机体需要量时, 医生给予拔出十二指肠营养管。

3.2.4. 疼痛的护理

术后静脉持续使用 PVC 自控镇痛泵止痛[8], 责任护士做好宣教, 教会患者使用 PVC 的注意事项。疼痛明显的患者, 遵医嘱可给予地佐辛、氯诺昔康等止痛药物。护士协助患者调节舒适的体位, 以降低患者的疼痛反应。也可采取听音乐, 交谈等转移法和心理咨询老师指导的松弛训练等方法提高患者的痛阈值, 以此缓解疼痛。对于患者的疼痛及时做出反应, 要鼓励患者坚强, 一种类似吗啡样的物质—内啡肽[9], 会在当人们具备了坚强的信念和乐观的情绪时自动产生, 这种物质对镇痛具有明显的作用。

3.2.5. 预后护理

术后初期指导家属协助患者床上进行踝泵运动, 促进下肢的血液循环和淋巴回流。包含了踝关节的

屈伸和环绕运动, 对于卧床及手术之后患者的功能恢复有着重要的作用, 能防止形成下肢静脉血栓, 以及因血栓脱落造成的肺梗死于脑梗塞[10]。患者因疼痛卧床不愿主动活动时, 指导家属间隔 2 小时对患者受压的部位进行按摩, 并辅助患者翻身, 防止压疮的发生。由于手术需切断胸壁肌肉, 术后需要防止肌肉粘连, 预防术侧肩关节强直, 可协助患者上肢抬高、扩胸运动等。有意识的用患侧上肢梳头, 可先摸患侧耳朵, 次日练习摸头, 接着练习越过头顶摸对侧耳朵等运动。身体允许的情况下, 协助尽早下床活动, 可预防下肢静脉血栓, 有利于心肺胃肠功能的恢复。

3.2.6. 并发症的护理

术后应积极预防出血、肺不张、肺部感染、吻合口瘘、切口感染、下肢静脉血栓等并发症的发生。术后注意观察引流管内引流液的性状, 若引流量多、颜色为鲜红色或暗红色, 性质较黏稠、易凝血则疑为胸腔内活动性出血。若出现有呼吸循环障碍, 脉搏 > 120 次/min, 呼吸 > 30 次/min, 及时通知医生, 协助做好相应处理; 由于胸廓的完整性被开胸手术破坏了, 术后的切口疼痛、虚弱、咳嗽无力等极易发生呼吸道及肺部感染, 除了遵医嘱合理应用抗生素还应加强基础护理; 监测体温变化, 观察患者有无高热、脉搏快、呼吸困难、胸痛等表现, 及时听诊患侧呼吸音, 是否出现音低, 叩诊浊音, 有无白细胞升高甚至发生休克等表现。及时协助医生对症处理, 遵医嘱立即禁食水, 选择有效的抗生素抗感染, 补充足够的营养和热量。必要时给予支撑管植入或手术治疗; 由于手术时间及术后卧床时间较长, 血液动力学改变, 下肢血液滞留, 易引起血栓的形成, 以下肢疼痛、肿胀为主要表现。术后卧床期间, 每日定期给予双下肢按摩, DVT 评分 > 18 分, 高危值时, 指导患者下肢抬高, 保持大便通畅, 避免蹲便及用力大便。指导患者深呼吸有效咳嗽等, 协助患者每 2 小时翻身, 踝关节活动, 股四头肌收缩运动。在无活动性出血的情况下, 视情况遵医嘱应用低分子肝素钠等抗凝药物。

3.2.7. 心理护理

患者对手术引起的疼痛和对术后恢复情况的担心, 患者孤独及焦虑的情绪在术后更明显。护士尽力去营造一个祥和安静的氛围, 对于患者的任何治疗要耐心的进行解释, 最大程度的取得患者的信任和配合, 要尽量避免和消除患者恐惧和紧张的心理状态, 使患者顺利的渡过手术的危险期。告知患者术后疼痛是正常现象, 必要时遵医嘱用止疼药物[11], 增加患者舒适感。通过护理干预提高患者心理舒适度, 促进患者改变不利于康复的行为, 以提高患者康复的速度。若患者下肢有静脉曲张时, 可给予弹力袜固定下肢, 降低下肢静脉血栓的发生率。

4. 讨论

中国是食管癌的发病大国, 它不仅让患者进食困难, 也严重影响着患者的身心健康。食管癌属于消耗性疾病, 手术是治疗食管癌的首选手段, 包括淋巴清扫、手术切除、食管重建等, 但患者多因担心手术效果, 存在焦虑等负性情绪, 影响其治疗配合度致治疗进程受阻, 加之手术创伤大, 并发症多, 多种因素综合作用对患者术后恢复具有较大的影响。

食管癌手术治疗较为复杂, 术后一般入住 ICU 予以监护, 对患者的生理、心理均会造成严重的影响。食管癌手术是切除一段患者的食管, 使得食管变短, 手术相连的地方会有不同程度的狭窄, 术后容易发生吻合口瘘并发症, 导致患者在进食时食物不会很快进入胃中, 而是容易在患者进食食管腔内滞留, 或者反流到气管腔内、咽喉部, 引起进食困难、甚至呼吸困难、咳嗽。监测生命体征变化, 避免因突发异常情况抢救不及时造成不可逆伤害, 减少并发症情况的发生。

因此, 加强围手术期护理干预可以从生理、生活方面养成良好的生活习惯, 术前做好心理护理, 配合治疗是手术成功的关键。术后损伤大, 要加强呼吸道护理, 鼓励和指导患者深呼吸和有效的咳嗽咳痰,

有计划的饮食指导, 严密观察病情, 积极采取有效措施, 有效减少并发症的发生, 确保患者的早日康复。食管癌围手术期护理是一种整体、有效、全方位的护理, 降低患者的痛苦程度, 改善术后生活质量, 拉近了医患, 护患之间的距离, 增加了患者对护士的信任感, 减少了纠纷; 不仅使患者在围手术期过程中的生理和心理感受得到极大改善, 更提高了治愈率和满意度。

参考文献

- [1] 莫汉珍, 谭晓彬. 舒适护理在老年食管癌患者围手术期护理中的应用研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 3(24): 3732-3733.
- [2] Hong, L., Li, S., Han, Y., *et al.* (2011) Angiogenesis-Related Molecular Targets in Esophageal Cancer. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 20, 637-644. <https://doi.org/10.1517/13543784.2011.571203>
- [3] 高华, 刘畅, 高辉, 王凤玲, 梁闯. 食管癌患者围手术期的护理体会[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(6): 208-209.
- [4] 邓莹, 孙红林. 食管癌患者围手术期的护理体会[J]. 中国实用医药, 2015, 10(36): 208-209.
- [5] 张缜, 穆东慧, 封立梅, 焦俊琴, 田子强, 温士旺. 全腔镜下食管癌切除术的围手术期护理[J]. 河北医科大学学报, 2016, 4(37): 474-477.
- [6] 殷晓瑛, 陆红艳. 舒适护理在老年食管癌患者围手术期护理中的应用[J]. 中国医药科学, 2014, 4(20): 86-88.
- [7] 李艳青. 食管癌围手术期护理体会[J]. 河南外科学杂志, 2013, 19(5): 131-133.
- [8] 杨秀梅, 梁东云, 普春梅. 快速康复外科理念在食管癌围手术期护理中的应用[J]. 当代护士, 2015(6): 56-57.
- [9] 于星艳. 食管癌患者围手术期患者的护理体会[J]. 中国实用医药, 2012, 7(15): 193-194.
- [10] 吴喜红. 食管癌围手术期患者应用临床护理路径的价值分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(1): 160-162.
- [11] 张丽. 舒适护理干预在食管癌围手术期患者中的应用分析[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(20): 222-223.

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2168-5657, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: ns@hanspub.org