

亚甲蓝在胃毕Ⅱ式术后胃瘫患者空肠营养管置入中的应用

刘丽红 李德春

(徐州市中心医院,江苏 徐州 221009)

摘要 总结 18 例胃毕Ⅱ式术后胃瘫患者在内镜下使用亚甲蓝标记寻找吻合口肠腔,置入空肠营养管的护理,术前做好心理护理、准备器械及用物,术中正确抽取使用亚甲蓝配合医生进行吻合腔标记,观察患者病情变化,术后做好健康指导,保证置管成功。

关键词 胃瘫综合征;亚甲蓝;空肠营养管

中图分类号 R573 R473.5 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.04.032 文章编号 1006-9143(2019)04-0477-02

术后胃瘫综合征是一种手术后的非机械性梗阻,是以胃排空延迟为主要临床表现的功能性胃排空障碍。可能与精神因素、胃迷走神经损伤、胃解剖结构、胃内环境的改变、吻合口水肿、胃肠肽类激素分泌功能改变有关^[1]。患者术后拔除胃肠减压管进食后,出现腹胀、恶心、呕吐、无法进食等症状,需置入空肠营养管进行肠内营养支持^[2]。以减轻食物对术后早期吻合口黏膜的刺激,促进胃肠道功能与生理功能的恢复。对于胃毕Ⅱ式术后的患者,由于吻合口黏膜水肿、胃解剖结构形态改变,很难寻找输入、输出襻肠腔,置管困难。我院内镜中心联合放射科对胃毕Ⅱ式术后的患者采用亚甲蓝染色标记法寻找输出襻,在胃镜导丝引导下置入空肠营养管,效果良好,现介绍如下。

1 临床资料

本组患者 18 例,女 10 例,男 8 例,年龄 44~72 岁。其中胃癌术后 15 例,胰头癌 3 例。所有患者均行胃窦部切除,毕Ⅱ式胃空肠吻合方法,进食后上腹部饱胀,呕吐后缓解。碘海醇对比剂造影检查显示:胃蠕动差或不蠕动,吻合口输出端梗阻,空肠未见造影剂显影。通过内镜喷洒亚甲蓝进行吻合腔标记置入空肠营养管,16 例患者一次置管成功,2 例患者第 2 次置管成功,平均置管时间 10~20 min,所有患者未发生胃肠道出血、穿孔、窒息等并发症。

2 亚甲蓝在置管中的应用与护理配合

2.1 术前准备

2.1.1 设备与材料 电子胃镜,空肠营养管,斑马导丝,内镜注射导管、碘海醇对比剂,石蜡油,亚甲蓝,注射器,氧气、心电监护仪,放射设备等。

2.1.2 患者准备 患者术后腹胀、呕吐,易出现恐惧、焦虑等心理,害怕再一次手术。医护人员要热情对待

患者,有针对性地进行心理疏导和心理支持,向患者介绍成功的案例,讲解置入空肠营养管的优点、操作过程,指导患者在置管过程中如何配合深呼吸、做吞咽动作。术前含服利多卡因凝胶充分麻醉咽喉部。

2.2 术中配合 患者取左侧屈膝卧位,头部抬高,心电监护,吸氧 3~5 mL/min。嘱患者均匀深呼吸,协助医生循腔进镜,先清除口腔、咽部、食管、胃内液体及分泌物,观察胃毕Ⅱ式术后吻合口形态。由于吻合口肿胀,胃肠吻合口不易找到,在内镜寻找到第一吻合腔时,仔细辨别此腔是输入襻还是输出襻。输入襻进镜易受阻,有食物残渣、气泡,或有胆汁。而输出襻则较易进镜,且肠腔干净,无食物残渣、胆汁。先用亚甲蓝进行肠腔标记,护士用 10 mL 注射器先抽取 3.5 mL 空气再抽取亚甲蓝 2 mL,注射器垂直接入内镜注射导管,医生将内镜注射导管从活检孔进入内镜,当显示屏看到注射导管先端露出 3~4 cm,再进行推注喷洒,均匀推注 2 mL 亚甲蓝后再推 3.5 mL 空气,注射导管内亚甲蓝无残留。然后寻找另一吻合腔,术中及时吸气,减少向胃腔注气,避免患者腹胀、呕吐。确定输出襻肠腔,拉直内镜镜身,镜身应尽可能的深插入吻合口下的输出襻,置入斑马导丝,将导丝置入吻合口下 20~30 cm,退出内镜留置导丝,导丝由导引管从口腔转经鼻腔引出,通过导丝引导置入空肠营养管,缓慢退出导丝保留空肠营养管,营养管长度置入 90~100 cm。通过 X 线碘海醇造影确定营养管位于吻合口下 20 cm 的空肠内,向营养管内注入 50 mL 生理盐水,防止前端粘液堵塞,确认营养管通畅^[3],即置管成功。妥善外固定营养管,注明置管名称、时间及测量外漏部分的长度,做好记录及交接班。本组 2 例患者第一次置入空肠营养管失败,导丝弹出空肠在胃内,寻找原因,可能与胃镜进入吻合口长度过短、退镜时速度过快、导丝在胃内盘曲有关。第二次置入营养管时,尽可能深插入吻合口下空肠段,并拉直镜身,在

重度食道狭窄患者“三明治”式胃管置入的观察

蒙立艳 郑玉劲 吴庆德 何旭霞

(广州中医药大学附属顺德中医院,广东 顺德 528333)

摘要 目的:探讨“三明治”式胃管置入对重度食道狭窄患者的应用效果。**方法:**将2016年8月-2017年5月肿瘤科住院的重度食道狭窄患者35例为对照组,2017年6月-2018年5月肿瘤科住院的重度食道狭窄患者35例为观察组,对照组给予常规胃管置入;观察组在影像技术引导下给予“三明治”式胃管置入术。**结果:**观察组置管成功率、患者和家属满意率均高于对照组($P<0.01$)。**结论:**“三明治”式胃管置入术可以提高重度食道狭窄患者置管的成功率,提高患者和家属满意率。

关键词 胃管置入; 重度食道狭窄; 护理

中图分类号 R571⁺.1 R473.5 文献标志码 A DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.04.033 文章编号 1006-9143(2019)04-0478-02

重度食道狭窄是食道肿瘤患者晚期常见的病变^[1,2],由于病变而出现吞咽困难,无法进食,导致严重营养不良^[3],形体消瘦,严重的会导致患者身体各器官衰竭,最终衰竭而亡^[4]。为了维持患者营养摄入,临床常采用留置胃管鼻饲法给予胃肠营养支持治疗,但对重度食道狭窄患者,胃管常无法通过狭窄部位而致置管失败。我院2017年6月-2018年5月,对35例重度食道狭窄患者采用影像技术引导下“三明治”式胃管置入,提高了置管的成功率,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择肿瘤科住院70例重度食道狭窄患者,2016年8月-2017年5月住院的35例重度食道狭窄患者为对照组,年龄61~79.8岁,病程0.8~1

年。T-管放置脱落后食道内密闭狭窄腔隙4例,食道支架术后再狭窄的密闭腔隙6例。2017年6月-2018年5月住院的35例重度食道狭窄患者为观察组,年龄61.5~80岁,病程0.8~1年。T-管放置脱落后食道内密闭狭窄腔隙4例,食道支架术后再狭窄的密闭腔隙5例。两组患者性别、年龄、病程、发生在食道不同狭窄部位情况比较差异无统计学意义,见表1。

表1 2组患者一般情况比较

组别	n	性别		年龄(岁)	病程(年)	发生在不同狭窄处(n)		
		男	女			第一	第二	第三
观察组	35	19	16	76.70±0.53	0.98±0.50	10	7	8
对照组	35	18	17	78.10±0.49	0.97±0.54	10	8	8
χ^2/t		0.067		1.223	0.481	0.069		
P		0.661		0.451	0.650	0.562		

作者简介:蒙立艳,女,主管护师,大专

退镜置入导丝时,边退镜边进导丝,观察显示屏导丝无移动,指导患者配合均匀呼吸,第二次置管成功。

2.3 术后指导 向患者及家属介绍术后尿液如呈蓝色,不必紧张,术中使用亚甲蓝主要从尿中排泄,3~4天后即会消失。保持口腔清洁,避免鼻腔黏膜干燥、出血,患者翻身、活动时注意营养管避免脱出。遵医嘱从空肠营养管输入肠内营养液,应遵循浓度由低到高,容量由少到多,速度由慢到快,温度保持37~40℃的原则。滴注时半卧位或抬高头部30~40°,观察患者有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛等情况,如有异常及时与医生联系。

3 体会

胃毕Ⅱ式术后胃瘫患者由于吻合口水肿、胃蠕动差、胃解剖结构改变,导致放射线下置入空肠营养管困难。经电子胃镜寻找吻合口输入、输出襻很难寻找到吻合腔,进入此襻肠腔后,再次进入不能确定是否

进过,造成反复检查,增加患者痛苦。采用从活检孔用内镜注射导管注入亚甲蓝2 mL于肠腔,亚甲蓝染色标记清晰,操作简便、减少反复进镜,减轻患者痛苦。操作者应具有熟练内镜操作经验,熟悉胃肠解剖知识,能够正确辨别毕Ⅱ式手术切口的输入、输出襻。护士需熟练掌握操作流程,正确使用检查设备及器械,与医生默契配合,术前做好患者心理护理,术中注意观察患者生命体征变化,指导患者如何配合呼吸进行置管,正确抽取亚甲蓝配合医生进行吻合腔标记,术后做好患者健康指导,是保证置管成功的关键所在。

参考文献

- [1] 李广华,叶锦宁,王昭,等.术后胃瘫的治疗进展[J].消化肿瘤杂志(电子版),2018,10(3):134-139.
- [2] 武蕊.胃癌术后早期两种营养支持方式的临床观察[J].天津护理,2014,22(6):527-528.
- [3] 张慧,沈翔,蔡世飞,等.改良内镜下胃空肠营养管放置的效果评价[J].中华全科医学,2013,11(7):1073-1074.

(2018-10-04 收稿,2019-01-23 修回)