

DOI: 10. 12209/CAIM202310140046

· 中西医结合临床案例 ·

1 例经胃镜引导置入空肠管患者的护理体会

赵琴森, 栗 娇, 孙 蕊

(北京中医药大学房山医院 重症医学科, 北京, 102400)

摘要: 本文总结 1 例经胃镜引导置入空肠管患者的护理体会。置管前对患者进行病情监测, 加强生活基础护理。置管后完善患者生命体征监测, 加强管路护理, 积极预防并发症发生并对患者及家属实施健康宣教。患者未发生管道脱出、堵塞、误吸、反流; 患者住院期间没有并发症发生。

关键词: 胃镜引导; 空肠管; 管道护理

Nursing experience of a patient with jejunal tube placement guided by gastroscopy

ZHAO Qinsen, LI Jiao, SUN Rui

(Intensive Care Medicine Department, Fangshan Hospital of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing, 102400)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with jejunal tube placement guided by gastroscopy. The patient's condition was monitored and his basic living care was strengthened before catheterization. After catheterization, the patient's vital sign monitoring and canal nursing was strengthened, complications were prevented, and health education was implemented. The patient did not experience canal detachment, blockage, aspiration, or reflux. No complications occurred during hospitalization.

KEY WORDS: Gastroscopy guided; jejunum tube; canal nursing

空肠营养作为经鼻空肠内营养的一种, 为不能经口喂养和存在胃肠功能障碍的患者提供了新的选择, 与肠外营养相比, 在获得相似的营养支持效果的同时, 肠内营养具有经济便捷、安全有效、符合生理需要、减少并发症等方面优势^[1]。此外, 空肠营养还有利于维护肠道黏膜屏障和免疫功能, 取代深静脉营养或空肠造瘘术的优势^[2]。但是, 在实施空肠管插管时和插管后会给患者带来一定的不适, 因此有针对性的护理显得尤为重要^[3]。随着内镜技术的发展, ICU 患者胃镜引导置入空肠管及时又准确, 由于病人的良好体验得到广泛应用。我科室于 2022 年 11 月收治 1 例经胃镜引导置入空肠管的患者, 现就操作流程及术后护理、护理效果报告如下。

1 临床资料

患者男, 86 岁, 大专文化, 于 2022 年 11 月 21 日入院。家属诉 1 月前患者受凉后出现咳嗽、咳

痰症状, 为黄白色粘痰, 并有发热, 体温叙述不清, 在我院住院治疗, 诊断为“双侧肺炎 I 型呼吸衰竭”。患者咳嗽咳痰, 为黄白色粘痰, 不易咳出, 胸憋气短, 无发热, 无抽搐, 无咯血。门诊查胸 CT 示右上肺肿物, 考虑肺癌, 双侧肺炎, 左下肺不张, 双侧胸腔积液, 左侧较前增多, 右侧裂间积液, 主动脉瘤, 冠脉钙化灶, 血常规示白细胞 $9.1 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 74.9%, 血红蛋白 85 g/L、红细胞 $2.88 \times 10^{12}/L$, 电解质 1 示钾 3.83 mmol/L, 余均正常, 于 2022 年 11 月 21 日由门诊收入重症医学科。2022 年 12 月 20 日在胃镜引导下置入空肠管。经治疗干预, 患者症状好转, 于 2022 年 12 月 28 日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 管路滑脱风险评估

采用管路滑脱风险评估表, 包括患者意识、活

收稿日期: 2023-10-14

OPEN ACCESS

www. case. jcme. net. cn

动能力、精神状态、沟通能力、舒适度等,各条目得分进行相加,再根据管路分类,各条目分数的和及管路类别越高,管路滑脱风险越强。该病例患者的管路滑脱风险是12分。

2.1.2 日常生活能力评定

采用自理指数量表评估,包括进食、修饰、洗澡、穿衣、大小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯等,各条目得分相加,分数越高,自理能力越强。该病例患者的生活能力评定得分是5分。

2.1.3 跌倒坠床风险评估

采用Morse跌倒危险因素评估量表,包括近3个月跌倒史、医生诊断、是否使用辅助用具、是否接受药物治疗、步态/移动、认知状态,各项得分相加,总分>45分为跌倒高风险患者。该患者评估结果为50分。

2.1.4 压力性损伤风险评估

采用Braden压力性损伤表,包括感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养获取能力、摩擦力和剪切力,各项得分相加。无风险:19~23分;轻度风险:15~18分;中度风险:13~14分;高度风险:≤12分;极度风险:≤9分。该患者评估得分12分,高度风险。

2.2 护理诊断

护理诊断结果如下:①管道脱出:与固定不善,牵拉有关;②管道堵塞:与喂养管导管内径细或匀浆未完全打碎有关;③误吸、反流:鼻饲期间移动或姿势不当所致。

2.3 护理计划

根据患者存在的护理问题,明确护理目标,制定个体化的护理计划:①给予常规护理,包括病情观察、生活起居、情志调理等方面,提高患者置入空肠管疾病相关知识,增强患者战胜疾病的信心。②加强管路护理,避免管道脱出、堵塞;避免误吸、反流。

2.4 护理措施

2.4.1 置管前护理

术前请医生仔细评估患者病情是否适宜前往胃镜室行胃镜操作。并向患者及家属详细介绍治疗的目的、方法,告知置管可能存在的风险与并发症,得到理解,并签订知情同意书。结合已成功病例,向患者及家属讲解胃镜置管的安全性、舒适性,以缓解患者及家属紧张、焦虑情绪,并签署操作同意书。

2.4.1.1 术前准备:术前行心电图、胸片、血气分

析等检查,与胃镜室取得联系,除了准备操作中必需的仪器与设备外,还需备负压吸引装置、吸氧装置、急救药品等。ICU准备外携式心电监护、超滑导丝复尔凯空肠管、生理盐水或灭菌注射用水、利多卡因胶浆、抢救箱、氧气瓶、无菌纱布、50 ml注射器、转运平车等。保证无障碍路线。

2.4.1.2 患者准备:本项操作前患者应术前常规禁食6 h,禁饮4 h,有义齿取下。术前遵医嘱给予胃肠减压,必要时经胃管给予生理盐水洗胃,确保胃腔内无食物残渣潴留。患者既往无出血史、无凝血功能障碍,排除既往有鼻中隔弯曲或鼻腔手术史;持续低流量吸氧,有效提高其血氧饱和度,减少心肺意外的发生。平车安置好患者,做到气道及各管路通畅,由医护及家属陪同前往胃镜室。运送患者过程中平稳、迅速,时刻关注生命体征变化。

2.4.2 置管

空肠管生理盐水浸泡,护士站在患者右侧置牙垫于患者口中并做好固定。患者保持平卧位,吸净口鼻腔分泌物,动作轻柔,避免暴力,以预防出血,利于胃镜和空肠管顺利通过。给予胃镜前端涂抹利多卡因胶浆,将胃镜钳住空肠管经口缓慢置入胃腔,并同导管一同穿过幽门,调整空肠管尖端方向并送入空肠或进入十二指肠降段,固定位置,松开异物钳,导管前端的线圈脱离,钳子合拢,并将胃镜缓慢退出至胃腔;使空肠插至近端空肠,110 cm左右的置入深度,确定导管胃内无盘曲,可退出;冲洗管腔,测试通畅后,用3M胶贴固定鼻空肠管,向空肠管注水后缓慢拔出导丝。置管过程中加强患者生命体征监测;减轻胃镜室仪器操作及人员交流的声音,以免增加患者紧张。观察患者有无恶心呕吐,必要时给予吸痰,清除口鼻腔分泌物。操作中安抚患者情绪。

2.4.3 置管后护理

2.4.3.1 妥善固定:注意观察空肠管刻度。注食前后要对导管进行妥善的固定,注意空肠管的刻度是否一致,若由初始的120 cm变为80 cm或进入更多,说明空肠管在上消化道有盘曲或已经移位,需要联系医生重新调整位置。在进行各项护理操作时避免牵拉、防止管路的脱出,每班交接班及鼻饲前要检查导管置入深度及通畅情况、有效期;定期更换固定贴;对于清醒的病人,还要做好宣教和解释工作。

2.4.3.2 保持管路通畅,避免堵管,营养液选择无

渣、浓度从低到高,喂养的速度从小剂量开始,耐受后逐步增加;鼻饲药物时应充分研碎,必要时无菌纱布过滤;每2~4小时30 ml温开水脉冲式冲管。营养液的温度保持37~40℃为宜,可使用加热棒。输注过程中床头抬高30°~45°,鼻饲结束后保持半卧位30~60 min。如冲洗不畅,缩短冲管间隔时间,可1~2小时冲管一次,可大大降低堵管率。

2.4.4 预防感染

考虑到患者年纪较大和复杂的病史,应特别注意预防感染。在处理管路时,护士应进行严格的洗手,并使用无菌技术。同时,定期更换管路和灌注用具。

2.4.5 健康教育

通过有针对性的健康教育,可以提高患者的医疗依从性、心理状态和生活质量,同时也可以增强医患之间的沟通和理解,降低医疗成本,具有重要的现实意义和社会价值。其重要性具体体现在如下五个方面:①通过健康教育,患者可以更好地理解疾病和治疗方案,从而更好地配合治疗,提高医疗依从性。②心理干预:健康教育可以帮助患者和家属消除对疾病的恐惧和紧张情绪,增强他们与疾病作斗争的信心。③改变不良行为和生活方式。通过健康教育,患者可以了解自己的生活习惯对健康的影响,并改变与疾病有关的不良行为和生活方式,从而真正消除致病的根本因素。④密切医患关系。健康教育不仅可以使患者自愿接受治疗,还可以使其了解治疗的过程及危险性,从而增强患者的理解,缓解医疗纠纷。⑤降低医疗成本。通过健康教育,患者可以掌握疾病防治的基本知识,从而减少住院天数,降低医疗成本,提高医疗设施的利用率。

结合实际,针对本次病例,我们主要在健康教育上提供营养支持和心理支持。营养支持可以维持患者的身体机能和免疫状态,辅助疾病的治疗,同时缓解各种症状带来的身体不适。而心理支持对患者来说更是至关重要,它可以帮助患者更好地应对疾病、缓解疼痛和不适,增强自信心和适应能力,促进社会适应,以及改善生理状况。

2.4.6 营养支持

营养支持是临床医疗中不可或缺的一部分,对于维护患者的身体健康、促进康复和提高生活质量具有重要意义,具体如下。①维持基本生命活动:营养支持是维持人体基本生命活动所必需

的。空肠管肠内营养直接通过管道将营养液输注到肠道中,不仅促进了肠道的运动,更使肠道处于完整的状态,还减少了细菌的移位,同时也降低了能量的消耗及高代谢水平^[4]。②促进康复。营养支持对于促进患者的康复具有重要作用。在疾病恢复过程中,营养支持可以提供能量和营养素,帮助患者恢复体力,增强免疫力,提高抵抗力,预防并发症的发生。③改善生活质量,降低医疗费用。恰当的营养支持可以改善患者的生活质量。对于该病例患者,良好的营养支持可以提高其生活质量,减少并发症的发生,降低医疗费用。

2.4.7 心理护理

心理护理是整体护理工作的重要组成部分,是提高护理质量的重要环节。因此,护士需要重视对病人心理的研究,做好心理护理,以满足患者的安全需要和爱与归属需要。适当的心理护理可以帮助患者增强心理韧性,通过向患者提供信息、给予鼓励和支持,帮助他们更好地理解自己的状况,减少焦虑和抑郁等负面情绪,增强自信心和适应能力。

2.5 护理评价

经过治疗与护理,患者管路滑脱风险评分6分,日常生活能力评定在5分,压力性损伤风险评分上升为11分,跌倒坠床风险评分为50分。在胃镜引导下置管更安全、更高效、更迅速、可视性、定位准、患者痛苦小;操作过程中,患者几乎没有恶心、呕吐、呻吟、拔管等情况发生,操作时间短,患者更易于接受。置管后未发生管道脱出、堵塞;患者未发生误吸、反流;患者住院期间没有并发症发生。

3 讨论

ICU重症患者往往存在胃轻瘫,使胃内残存大量胃液及食物残渣,普通鼻胃管进行鼻饲容易出现食物反流,甚至进入呼吸道造成窒息或吸入性肺炎,而放置空肠管可避免此类问题发生,并且在改善患者营养状况方面比普通鼻胃管更具优势^[5]。本病例患者选择经胃镜引导置入空肠管的原因主要是:患者有肺炎和呼吸衰竭的症状,伴随咳嗽、咳痰、黄白色粘痰以及发热。这些症状可能导致食物摄入受限,从而引发营养不良。因此,为了确保患者获得充足的营养支持,选择通过胃镜引导,以便于快速的将营养物质引导到空肠,从而满足患者的营养需求。在放置空肠管的方法中,

盲插法可出现医源性损伤导致出血、穿孔及插管不到位等并发症,且成功率低;ICU重症患者(特别是机械通气者)无法长时间等待盲插成功,且此法技术要求高^[6,7]。本病例在胃镜下置入空肠管,置管成功率高,与全胃肠外营养比较显著降低了感染率、住院时间及住院费用,减轻患者的疼痛。此外,在本例患者的护理过程中,我们注意做好健康宣教及心理支持,增强了患者及家属信心,有利于缓解紧张、焦虑的心理状态,使患者和家属积极配合治疗,促进了患者的早日康复。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 王俊彦. 胃镜辅助下鼻空肠管置入及空肠营养在重症医学科中的应用及临床价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(43): 65, 68.
WANG J Y. Application and clinical value analysis of nasojejunal tube placement and jejunal nutrition assisted by gastroscopy in critical care medicine department[J]. J Clin Med Lit, 2018, 5(43): 65, 68. (in Chinese)
- [2] 马灵, 吴莺, 陈萍. 经鼻胃镜联合超滑导丝引导下放置鼻肠管的应用效果[J]. 循证护理, 2022, 8(13): 1840-1842.
MA L, WU Y, CHEN P. Application effect of nasoenteric tube placement under the guidance of nasogastric endoscope combined with ultra-smooth guide wire[J]. Chin Evid Based Nurs, 2022, 8(13): 1840-1842. (in Chinese)
- [3] 赵春生, 李云峰, 张莹, 等. 胃镜引导下置入鼻—空肠营养管的临床应用[J]. 云南医药, 2007, 28(1): 53-55.
ZHAO C S, LI Y F, ZHANG Y, et al. Clinical application of nasojejunal feeding tube under the guidance of gastroscopy[J]. Med Pharm Yunnan, 2007, 28(1): 53-55. (in Chinese)
- [4] 李群香, 郑秀先, 张秋霞. 鼻空肠置管与鼻胃置管在重型颅脑损伤患者早期肠内营养支持中的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2009, 4(18): 148-149.
LI Q X, ZHENG X X, ZHANG Q X. Observation on the therapeutic effect of nasogastric tube placement and nasogastric tube placement in early enteral nutrition support for patients with severe traumatic brain injury[J]. China Pract Med, 2009, 4(18): 148-149. (in Chinese)
- [5] 宋剑, 赵逵, 史济经, 等. 连续低流量吸氧对胃镜受检者血氧饱和度的影响[J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(1): 57-58.
SONG J, ZHAO K, SHI J J, et al. Effect of continuous low-flow oxygen inhalation on blood oxygen saturation of gastroscopy patients[J]. Chin J Dig Endosc, 2000, 17(1): 57-58. Chinese in [6] 罗亮, 屠苏, 张振伟, 等. 超声引导下床旁鼻空肠管置入术在危重患者肠内营养中的应用[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(11): 1845-1846.
LUO L, TU S, ZHANG Z W, et al. Application of ultrasound-guided bedside nasojejunal tube placement in enteral nutrition for critically ill patients[J]. J Pract Med, 2009, 25(11): 1845-1846. (in Chinese)
- [7] 李敏, 周玉佶, 杨春迎, 等. 危重病人鼻空肠管手法盲插体会[J]. 肠外与肠内营养, 2005, 12(6): 382.
LI M, ZHOU Y J, YANG C Y, et al. Experience of manual blind insertion of nasojejunal tube in critically ill patients[J]. Parenter Enter Nutr, 2005, 12(6): 382. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。