

十二指肠营养管在食管癌手术后的早期应用及护理

祝 倩 高业霞

[摘要]目的:探讨十二指肠营养管在食管癌术后早期肠内营养(EN)中应用的效果及其护理要点。方法:对54例食管癌术后早期经十二指肠营养管行EN支持治疗,并进行健康教育等综合护理。结果:54例均能顺利置入十二指肠营养管行早期EN支持。患者大多能耐受,8例诉咽喉部疼痛不适,1例管腔堵塞,4例术后早期出现腹胀,1例腹泻,无其他严重并发症,营养不良得到改善。结论:食管癌术后早期经十二指肠营养管行EN操作简便,安全可靠,易于实施。加强护理,可减少术后并发症,提高患者的生活质量。

[关键词] 食管肿瘤;十二指肠营养管;肠道营养;应用;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 735 **[文献标识码]** A

Experience of nursing care for postoperative patients with esophageal cancer for duodenal nutrition tube

ZHU Qian ,GAO Ye-xia

(Department of Surgery Hefei Third People's Hospital Hefei Anhui 230022 ,China)

[Abstract] Objective: To summary the clinical experience of nursing care for duodenal nutrition tube application after the radical resection for esophageal cancer. **Methods:** Fifty-four esophageal cancer patients were observed which were early given intestines nutrition support therapeutical by duodenum nutrition tube after operation. **Results:** Among the 54 esophageal cancer patients with duodenum nutrition tube ,eight patients felt throat pain and discomfort ,duodenum nutrition tube was jammed in one case ,abdomen expansion was occurred in four cases ,diarrhea was occurred in one case ,no other significant complications were occurred; malnutrition had been improved. **Conclusions:** Application of duodenal nutrition tube is safe and reliable ,easy to implement ,it will decrease the postoperative complication and the quality of life can be improved dramatically.

[Key words] esophageal neoplasms; duodenal nutrition tube; enteral nutrition; application; nursing care

食管癌术后营养支持是重要的治疗措施,但由于吻合口的存在,临床上常予以长时间的全胃肠外营养,待患者肛门排气后才给予肠内营养(EN)。长时间禁食易致肠黏膜萎缩,肠道菌群异位,导管感染并发症等。术后进行早期EN支持能促进肠功能恢复,降低感染发生率,增强机体免疫功能,加速机体的康复及切口愈合,已为广大医生所接受^[1-2]。2007年6月至2009年12月,我们对54例食管癌采用术前放置十二指肠营养管(简称营养管),术后早期通过营养管进行营养供给,并进行精心的护理,获得良好效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男50例,女4例;年龄41~76岁。术前均明确诊断,其中食管上段癌9例,食管中段癌30例,食管下段癌15例。手术皆经左胸后外侧切口行食管癌及贲门癌根治、胃代食管、胸内(颈

部)胃食管吻合。

1.2 方法 术日晨将营养管(复尔凯CH10螺旋型)插入胃管前端侧孔并捆绑在一起,经鼻腔插入胃腔。消化道重建后由术者在术中直接将营养管置于曲氏韧带以下15~20cm或远端吻合口以远30cm,尾端妥善固定在鼻孔外,以防脱落。术后24h自营养管滴注温盐水250~500ml;术后第2天开始滴注营养液(EN乳剂、EN多聚合剂等)500ml,第3天增至1000ml;第4天开始增加米汤、肉汤、鱼汤及果汁、牛奶等500~1000ml;术后第7天开始经口进流质,逐渐减少营养液量直至拔除营养管。

1.3 护理

1.3.1 健康教育 在行EN前,做好患者的心理护理和健康指导。向患者介绍EN的意义、实施方法、医患配合的重要性,以及在输注过程中可能发生的并发症,如恶心、呕吐、腹泻、腹胀、咽喉疼痛等,让患者有一定的心理准备,并教会家属一定的护理操作技术,使其共同参与实施,保证EN的正常进行。

1.3.2 妥善固定营养管 营养管固定要牢靠,避免牵拉、折叠、滑脱^[3]。可选用细棉绳经枕后、耳上、

[收稿日期] 2010-11-28

[作者单位] 安徽省合肥市第三人民医院 普外科 230022

[作者简介] 祝倩(1978-),女,主管护师。

鼻唇沟固定 1 圈,再固定胃管,还要定时测量体外营养管长度,尤其在患者活动及咳嗽后。每天晨间护理完毕,更换固定导管的胶布 1 次,以免胶布变性脱管。

1.3.3 防止管道阻塞 (1) 术前要检查营养管的质量,确认管道通畅。(2) 术中置管后要及时冲管,以免血块堵塞,返回病房后再次冲管。(3) 调整膳食的黏稠度,充分搅拌均匀后再注入。碾碎的药物应采用推注,不可直接滴入,否则易发生堵管。输注含膳食纤维类较黏稠的食物时,每 4 h 以温开水 20~30 ml 或生理盐水冲洗管道,每次注入前和注入后用温开水冲洗营养管,以保持营养管通畅。

1.3.4 注意营养液温度和滴入速度 营养液一般术后 24 h 开始滴入,可持续滴入也可间断滴入,先 1~2 ml/min,无不适可增加至 40~50 ml。使用自动恒温增温仪保持营养液温度在 38~42℃。如果滴入速度过快或温度过高及过低均可引起患者恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻等不适。若出现上述症状应减慢速度或暂停滴入,并予相应处理。

1.3.5 预防感染 营养液应遵循无菌原则配置,采用无菌容器和管道,每天更换,配好的制剂室温下保存不超过 8 h,4℃ 冰箱保存不超过 24 h。

1.3.6 口腔护理 每天口腔护理 2 次,应用漱口水 4 次以上。保持口腔清洁,增加舒适感,避免口腔异味、溃疡感染等并发症。为防止嘴唇干裂,可用石蜡油滋润。

1.3.7 雾化吸入 由于胃肠减压管及营养管对咽喉部的刺激,易引起咽喉干燥及咽喉痛。故应用生理盐水、庆大霉素及 α -糜蛋白酶雾化吸入,每天 2 次。

1.3.8 间隔时间 连续滴注 EN 液者每次间隔 4 h,间断滴注者应在每次滴注前抽吸并计算胃内残留量,若连续 2 次(其间间隔 1 h)所抽吸胃内残留量 > 100~150 ml 应暂停滴注,必要时用胃动力药^[4]。

1.3.9 采取正确体位 滴入营养液时患者采取半卧位,床头角度 $\geq 30^\circ$ ^[5],并维持体位到滴注完毕后 0.5 h。利用重力的作用,减少食物的反流,避免呛咳、呕吐等情况,减少和预防吸入性肺炎发生。

2 结果

54 例均能顺利置入营养管行早期 EN 支持。使用时间 7~15 天,置管耗时 4~8 min。其中 8 例诉咽喉部疼痛不适,1 例管腔堵塞,4 例术后早期出现腹胀,1 例腹泻,经过对症处理后均能耐受缓解。无

切口感染、腹腔感染及肺部感染发生,营养不良得到改善。

3 讨论

食管癌患者由于吞咽困难,术前常有程度不等的营养不良。术后为避免吻合口瘘发生,必须禁食 6~8 d,又会加重营养不良,以往通常靠静脉及空肠造瘘途径进行营养供给,患者经济负担很重,且并发症多^[6]。采用术中放置营养管后,则可早期开始 EN 支持,使患者营养得到及时补充,机体恢复快,能缩短住院时间,节省医疗费用。本组 54 例均能顺利置入营养管,并能耐受早期 EN,完成营养计划,无切口感染、腹腔感染、肺部感染及吻合口瘘发生。

食管癌患者术后 24 h 内,只要采用有效的胃肠减压并在循环及生命体征基本稳定的情况下,就可实施 EN。本组 54 例均从术后 24 h 开始 EN,从实施情况看,患者排便时间早,肠功能恢复快,仅出现轻度、短暂的胃肠道反应。其中 4 例腹胀,1 例腹泻,这与营养液的滴速、用量、浓度和温度以及患者胃动力差有关,经及时减慢滴速或采用间断滴入,调整营养液的用量、温度、浓度,鼻饲胃肠动力药,应用止泻剂等对症处理后缓解消失。8 例诉咽喉部疼痛不适,主要是因为胃肠管和营养管对咽部的长时间刺激所造成,给予少量石蜡油经营养管管壁滴入,并雾化吸入减轻局部黏膜的充血,最终患者的症状得以明显改善。由于护理不当造成 1 例营养管堵塞,发现后立即给予温开水加压反复冲洗,并挤捏、轻轻旋转营养管,将果汁、肉汤等营养液用纱布过滤后再滴注,结果未导致拔除营养管。

食管癌术后早期经营养管行 EN 其操作简便、安全可靠,能满足机体代谢的需要,保证术后成功率;留置营养管作为一项新技术,其护理尤为重要,可减少术后并发症,明显提高患者的生活质量,值得推广使用。

[参 考 文 献]

- [1] 周立生,刘俊,江拔.胃癌术后早期肠内营养的意义[J].上海医学,2006,29(8):544-546.
- [2] 龚航军,韩刚,王以东,等.胃癌病人术后早期营养支持对营养等状况恢复的比较[J].肠外与肠内营养,2007,14(1):28-31.
- [3] 范纪云,杨福娟,吕素云,等.导丝置鼻胃管法在食管狭窄及食管穿孔中的应用[J].中国现代医生,2007,45(9):65-87.
- [4] 曹伟新.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2002:101.
- [5] 董春辉,马兰军,张建华,等.卧床高龄鼻饲患者进餐体位与吸入性肺炎关系的探讨[J].中华护理杂志,2001,36(1):21-22.
- [6] 付松林.十二指肠营养管在上消化道重建术中的应用[J].临床军医杂志,2000,30(4):21-22.

(本文编辑 章新生)