

经鼻肠管对重症胰腺炎肠内营养支持的护理

廖桂芳 胡星兰 黄晓虹 唐海英
(江西省九江市第一医院 九江 332000)

关键词:重症胰腺炎;鼻肠管;肠内营养支持;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05-0067-02

我科对重症胰腺炎早期开展肠外营养,同时实施肠内营养支持治疗,患者的营养状态得到较好改善,避免了肠外营养深静脉穿刺不当造成损伤及感染等并发症。本文将对经鼻肠管重症胰腺炎的肠内营养支持护理介绍如下:

1 临床资料

本科自 2002 年 10 月~2003 年 10 月收治重症胰腺炎患者 62 例,男性 26 例,女性 36 例,男:女约为 1:1.4;年龄最大 73 岁,最小 26 岁;入院给予肠外营养 62 例,同时开展经鼻肠管行肠内营养 24 例;病愈 60 例,死亡 2 例(死于多脏器功能衰竭),治愈率 97%。

2 鼻肠管放置适宜时机

经鼻肠管行肠内营养时间通常在胰腺炎病情得到控制,胃肠功能恢复后即可使用,肠外营养易造成感染及代谢性并

发症等因素,护理难度大,尽量早拔管,行肠外营养或同时合并使用肠内营养,纠正负氮平衡,改善患者机体营养状态。有报道言:将导管放入空肠内,即使在急性重症胰腺炎发病后 48h 内,经鼻肠管输入肠内营养,患者也能很好地耐受。但不适当的肠内营养,如鼻肠管位于胃内或十二指肠内,胃肠功能未恢复或伴有肠梗阻,却可导致病情反复或加重。

3 鼻肠管的特点及优点

即螺旋型鼻肠管,为白色不透放射线的聚氨酯管道材料,管道长度 145cm,头部圆形,带有 4 个侧孔,管道前端的 23cm 段形成直径大约是 3cm 的圆环,环绕 2.5 圈。在插管过程中,螺旋型的前端被引导钢丝拉直,便于进入。而当引导钢丝撤除后,由于材料的记忆性能,管道远端呈螺旋状,有利于通过幽门,并能以理想的状态停留在空肠上段肠腔内。刺激

进行诊断性腹腔穿刺,如抽吸出不凝血性液体,则提示肝脾破裂可能;如抽出混浊的液体,则提示胃肠道损伤;如抽出尿液则提示膀胱损伤。阴性结果不能否定有腹腔内脏损伤可能,应严密观察病情变化,必要时可重复进行。

2.6 急诊手术的术前准备 按医嘱禁食,禁饮,皮肤清洁,备血,做普鲁卡因皮试以及其他术前或术中应用的抗生素皮试。可临时用腹带固定骨盆,减轻搬动时骨盆骨折的移位和继发出血。

3 骨盆骨折护理

骨盆骨折使骨盆环失去正常的连续性,导致骨盆的旋转不稳定或垂直不稳定。早期稳定骨折、避免骨折再移位是治疗的关键,不仅可以减轻疼痛、减少再出血,有利于纠正休克,同时为骨折周围软组织的修复创造条件。根据病情于术前或术后,协助医生给予骨盆固定带外固定,骨盆悬吊牵引,或下肢骨牵引。移动病人时嘱病人与操作者密切配合,保持相互动作一致。不可随意搬动或更改病人的体位,以免加重骨折端组织的损伤和出血。

4 心理护理

骨盆骨折为意外伤,发生突然且严重,立刻使人失去行动能力,患者毫无心理准备,情绪反应特别强烈。抢救中要注意操作迅速准确,态度热情诚恳,给予心理安抚,尽量稳定患者的情绪,使其建立治疗信心,并取得治疗上的配合。

5 并发症的预防

5.1 预防褥疮 骨盆骨折尤其是合并腹部手术后患者,卧床时间长,且体位改变困难,要保持床单清洁、干燥,及时更换。按时做皮肤护理。对半侧骨盆骨折患者,要鼓励做健侧下肢屈髋活动,无痛下可将臀部抬离床面,并适当给予皮肤按摩。

同时加强营养支持,防止褥疮发生。

5.2 预防肺部感染 长期卧床患者,要鼓励咳嗽、咳痰及深呼吸,病情允许的条件下可抬高上身体位或侧卧位,并予以叩背,协助排痰。如咳嗽时疼痛较剧,护士两手放在患者腹部两侧压住腹部,可减轻疼痛。需要时可给予雾化吸入,以稀释痰液,有利于咳出,防止感染。

5.3 预防泌尿系感染 由于留置导尿时间较长,极易发生尿路感染。须每天更换引流袋,每日 3 次消毒尿道口和会阴部,避免尿液倒流。留置导尿 1 周以上者,每天用呋喃西林冲洗膀胱 2 次。注意观察引流尿液的性状,如出现混浊,及时做尿常规和尿培养检查,并报告医生。

5.4 其他 由于术后长时间的卧床,易发生关节僵硬或下肢深静脉栓塞,应鼓励凡可活动的关节坚持功能锻炼。对老年人更应加强活动,以避免发生或加重骨质疏松。对行骨牵引的下肢,要注意踝关节的背伸活动,以免足下垂。关节功能锻炼应以主动运动为主,辅助被动活动,有助于患者建立治疗信心。

总之,骨盆骨折除了骨折本身可造成出血性休克及实质脏器破裂外,常合并全身其他系统的危急生命的损伤,如脑外伤,胸外伤及腹部外伤等,因此骨盆骨折的护理非常复杂且极具挑战性。

参考文献

- [1]王大平,肖建清,熊建义.严重骨盆骨折的救治及手术治疗[J].中华创伤骨科杂志,2002(2):100
- [2]徐晓燕,占淑琴.骨盆骨折早期并发症的观察与护理[J].中国骨伤,2001,14(3):187

(收稿日期: 2004 -05-09)

胰腺分泌有头相、胃相及十二指肠相,其中酸性食物刺激十二指肠粘膜,使之分泌胰酶素,是导致胰酶分泌的重要环节,这种刺激距离幽门越远越小。因此,上段空肠喂养是符合胰腺炎治疗生理要求的,减少胰酶分泌,减轻胰腺负担,使胰腺处于“静息”状态。

4 鼻肠管的放置

4.1 患者胃肠功能恢复后,可在病房内置管,置管 8~12h 后造影透视,以证实鼻肠管是否到达空肠上段。患者取坐位或半坐位,仰卧时头部抬高 30°,颈部前屈 30°,常规操作者站在患者右侧。将引导钢丝完全插入管道,使钢丝末端连接柄与鼻肠管接头处固定,测量插管长度,鼻尖至耳垂至胸骨剑突距离,做一标记。另外,在该测量外 25cm 处各做一记号,管道头部用无菌生理盐水湿润,以利于插管。将管道沿鼻腔壁慢慢插入,方法同胃管放置法,插至第一个记号处,可采用抽收胃液法验证是否在胃内。管道位置确定后,向管道内注入 NS 20mL,将引导钢丝撤出管道约 25cm,距鼻孔约 8~10cm 处握住鼻肠管并保持轻柔推动力,以不至于使着力点至鼻孔一般管体明显弯曲为度。随着患者的呼吸运动,鼻肠管将克服摩擦力而前进数毫米,感觉轻度摩擦阻力,如阻力明显增加,不应盲目用力进管,如果阻力突然消失,提示管端折返胃腔,就退管至 50cm,重新置管,如确插管至第二记号处,将引导钢丝完全取出,管道经过 8~10h 内通过幽门,当管道的第二个标记到达病人的鼻部后固定管道,同时通过 X 线确认其已通过空肠上段后,方可输注营养液。

4.2 如果病人没有胃动力,鼻肠管(不撤出钢丝)在 X 线透视下操作,经鼻插至胃内,检查头部的位置,并调整管道,头部朝幽门方向,将引导钢丝向外退出 2~3cm,使其归于原位,进一步插入,直至越过屈氏韧带,到达空肠上段后,经引导钢丝末端向管道内注入少量 NS,小心撤出钢丝,插管成功。

5 肠内营养液的供给与配制

肠内营养液的供给有渗透压不太高,低粘度的多种要素营养商品供应,基本上分为以氨基酸为氮源及以水解蛋白为氮源的两大类产品,我科选用以短肽蛋白为氮源的肠内营养混悬液,临床常用百普力肠内营养混悬液,其成份主要有麦糊精、乳清蛋白水解物、植物油、维生素、矿物质和微量元素等人体必需的营养要素,能量密度为 1kcal/mL,其渗透压 400mosml/L。每天能量需求由医师处方而定,对重症胰腺炎的高分解代谢一般能量供给 2 000~3 000kcal。对经济状况差的患者,可由营养师开出营养处方,由营养室科学配制或

1kcal/mL 的低粘度的要素饮食使用,注意无菌操作要求,防止营养液的污染,营养液浓度由低至高,量由少至多,间隔时间由长至短,循序渐进,使病人感到舒适和不引起腹泻为度。同时可减少经济负担。

6 护理要点

(1)机械性损伤与鼻肠管质硬,管径粗,置管时用力不当或放置时间过长,压迫损伤鼻咽部粘膜有关。(2)鼻肠管必须通过 X 线确认管道的位置正确,即已越过屈氏韧带到达空肠上段,方可输入营养液。(3)第一次使用时,NS 500mL 缓慢滴注,滴速可控制约 10 滴/min,观察患者输注后有无不良反应。对初次胃肠道喂养的病人,初始剂量从 1 000kcal/d 开始,在 2~3d 逐渐增加到需要量,正常滴速是 100~125mL/h,即 15~20 滴/min,适宜温度 38~40°C,使用前摇匀,使用前后 NS 冲洗管道,连续输注者,可用恒温输液泵控制速度。防止温度过高烫伤肠粘膜、温度过低引起肠痉挛造成腹泻。(4)严格执行无菌操作,室温下保存,人工配制者,预调营养液新鲜配制,或在冰箱内保存,4°C 条件下存放不超过 24h。(5)胃肠并发症,常见腹痛、腹泻,其主要原因与营养液污染、输注速度过快、温度过低、营养液的高渗透压等因素有关。低蛋白血症,因血浆胶体渗透压降低,组织粘膜水肿,影响营养底物经过肠粘膜上皮细胞;同时大量液体因渗透压差进入肠腔而引起腹泻,肠道菌群失调或肠内营养支持某些药物未经完全稀释喂养造成肠痉挛和渗透性腹泻。(6)代谢性并发症,由于胃肠本身的吸收和调节作用,代谢性并发症很少看到。

7 讨论

在对重症胰腺炎的营养支持治疗与护理中,经鼻肠管行肠内营养支持,显示出较好的优势,其营养供给达到与肠外营养同样的作用,其操作简单,并发症少,风险小,护理难度低,避免肠外营养经深静脉营养难度大、感染风险大、代谢性并发症多、护理要求高等问题。肠内营养代谢性并发症很少发生,感染性并发症少,早期肠内营养减少了重症胰腺炎的炎症反应,也避免了长期肠外营养导致肠粘萎缩、肠粘膜屏障受损、引起细菌移位等并发症。并由于膳食的机械刺激与刺激消化道激素的分泌而加速胃肠道功能与形态的恢复。同时经鼻肠管鼻饲营养价格低廉,经济适用,取材方便,而受到患者的欢迎。

(收稿日期:2004-02-19)

(上接第 58 页),患者置仰卧位,将药敷在百会穴上,保留 4~6h/d,一般敷 3 个疗程,每疗程 20d,每疗程间停药 5d。

8 讨论

由于现代科研人员不断对蓖麻油作药理研究^[1],已对蓖麻油的部分药理作用作了探讨,蓖麻油中主要成分为蓖麻油酸、亚麻仁油酸、硬脂酸等成分,其导泻作用部分是通过刺激肠粘膜前列腺素(PG)的合成。据孔庆伟^[2]等实验研究,证明蓖麻油可明显减轻应激、消炎痛和幽门结扎引起的大鼠胃粘膜溃疡,抑制胃酸和胃蛋白酶分泌,阻止大剂量消炎痛对胃

粘膜的损伤,所以对胃粘膜及外伤性皮肤伤口均有保护的作用。因此,蓖麻油及子在临床上做主药及辅助用药的用途较广,且药效可靠、简便、价廉。

参考资料

[1]中国医学科学院药物研究所.中草药有效成分的研究[M].(第 1 分册).北京:人民卫生出版社,1972. 380
[2]孔庆伟,李汉汀.蓖麻油对三种大鼠溃疡模型的影响[J].中国应用生理学杂志,1990,6(3):287~288

(收稿日期:2004-06-09)