

导丝改良胃管在不配合插管急诊病人中的应用

钱红芹 陶斯斌 叶和军
(武警浙江省总队医院 嘉兴 314000)

关键词: 胃管插管; 导丝改良胃管; 急诊; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.033

洗胃术是抢救服毒患者最有效的首选的救护措施,多数主动服毒以及昏迷、喉部痉挛、颈部强直的患者,直接用常规的洗胃管往往操作失败或时间过长,影响急救。2001 年 7 月~2009 年 7 月,我院急诊科共插胃管洗胃 158 例,其中 132 例不配合或不完全配合,经采用导丝改良胃管喉镜辅助或不辅助下插管,全部获得成功。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 132 例病人均为急诊自服或误服药物或不明化学制剂。年龄 17~62 岁,女性 97 例,实验组胃管平均留置时间 9.5d,实验组明显优于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组喂养不耐受情况比较 例			
组别	n	不耐受例数	不耐受发生率(%)
对照组	50	38	76
实验组	50	22	44

注:与对照组比较,* $P<0.01$ 。

3 讨论

早产儿易发生胃潴留、胃食管反流等喂养不耐受现象,与早产儿胃肠道功能发育不成熟、胃肠激素水平显著低于正常足月儿有关,但通过胃肠喂养直接的营养作用或胃肠激素的间接作用,可维持早产儿胃肠正常结构和功能的完整^[2,3]。而应用全静脉营养,长期禁食可引起胃肠黏膜萎缩,吸收面积减少,故目前提倡对早产儿进行静脉营养同时加用胃肠营养。传统的胃管注奶方法注入奶量过快,易加重胃肠负担,而应用微量泵泵奶,可使奶液均匀注入胃内,可减少胃潴留、胃食管反流、呕吐等喂养不耐受现象,效果优于常规胃管喂养。临床经验证明,早产儿住院时间的长短很大程度上取决于达到完全经口喂养的时间。有研究发现,非营养性吸吮不仅可加速早产儿吸吮反射发育的成熟,而且可通过迷走神经使肝、胆、胰腺等活动,调节胃肠肽的水平,刺激胃肠道生长发育的成熟,提高喂养的耐受性,减少呕吐的次数,有利于尽早建立经口喂养^[4]。本文结果表明,经鼻胃管泵奶的早产儿同时给予非营养性吸吮,其住院时间、胃管留置时间较对照组明显缩短,两组比较,差异有显著性意义 ($P<0.05$)。提示早产儿在鼻胃管泵奶期间辅以非营养性吸吮,可提高其吸吮能力,尽早过渡到自行吸奶,有助于

男性 35 例,其中 32 例为咽喉部水肿、明显食管痉挛病人,2 例因服用不明显有机溶剂造成食管严重糜烂。

1.2 物品准备 喉镜一套,纱布一块,手套一副,牙垫一个,胃管一包(胃管长 90cm,外径 1.0cm,内径 0.6cm),导丝(长度 85cm,直径 0.3cm),石蜡油一瓶。

1.3 操作 病人取仰卧位,头偏向一侧。将导丝插入涂有石蜡油的胃管,胃管近胃端保留 4~5cm,无导丝进入,导丝柄固定在胃管外。左手持喉镜打开缩短其住院时间。输液泵有定时、定量、恒速、报警等优点,泵奶可以控制速度,较安全、节省人力,间歇泵奶较持续泵奶相比,时间更短,奶液更新鲜,不易污染,脂类丢失更少(时间越长脂类丢失越多),可促进胃肠道激素的分泌而且更有利于观察胃排空情况。

根据笔者的经验,在微量泵泵奶过程中应注意:(1)严格无菌操作。(2)胃管应注明插管日期,保证每 72 小时更换 1 次,注射器每次更换,安慰奶嘴一用一换一消毒。(3)检查胃潴留情况,每次泵奶前先抽残奶量,重新注入胃内,避免胃液丢失,并记录奶量。(4)奶液应现用现配,保证配方奶温度适宜、奶汁新鲜,避免奶汁污染。(5)每班做好口腔护理。(6)注意观察胃管是否通畅,有无脱出、移位、受压、扭曲、打折,胃管与注射器之间是否衔接好;泵奶完毕用温开水 1~2mL 冲洗胃管,以免堵塞。(7)泵奶过程中要加强巡视,观察有无溢奶、呕吐、腹胀、呼吸暂停等情况。(8)如患儿泵奶同时在输注脂肪乳剂,应在管道上做好标记,以防混淆。(9)泵奶时微量泵末端抬高 45 度,以减少脂类物质丢失。

参考文献

[1]汤小园,王有成,黄艾美.小剂量红霉素治疗极低体重儿喂养不耐受疗效观察[J].临床儿科杂志,2005,23(7):494
[2]黄东明,杨华姿.早产儿血中胃泌素水平与胎龄和出生体重的关系[J].临床儿科杂志,2002,20(6):338-339
[3]邵肖梅.早产儿消化系统特点及喂养[J].中国实用儿科杂志,2000,15(12):116-118
[4]黄东明,杨华姿,高建慧,等.非营养性吸吮对早产儿血胃泌素、胃动素水平的影响[J].实用儿科临床杂志,2002,17(4):307

(收稿日期:2010-04-22)

恙虫病并脑炎9 例临床及治疗分析

杜曾庆 李凌媛 王艳春
(云南省昆明市儿童医院 昆明 650021)

关键词:恙虫病;脑炎;诊断;治疗

中图分类号:R 513.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.034

恙虫病又称丛林斑疹伤寒,是由恙虫病东方体所致的急性自然疫源性传染病。恙虫病是人畜共患病,本病国内疫区在不断扩大,波及范围较广,发病率呈上升趋势。我科 2006 年 1 月~2009 年 12 月收治住院的 71 例恙虫病,其中并发脑炎 9 例(12.7%)。现将恙虫病并发脑炎的 9 例报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 发病年龄 2~13 岁,其中 2 岁 1 例,3~6 岁 6 例,12 岁、13 岁各 1 例。病人来自昆明市农村 5 例,专县农村 4 例。发病月份 6~11 月,其中 6、10、11 月各 1 例,8 月 3 例,9 月 3 例。9 例均到过田间草地,有被叮咬病史。9 例均有发热,体温 39.5℃~41.2℃,其中 39.5℃~40℃ 7 例,>40.0℃ 2 例。入院时发热时间 5~10d,其中 1 例 5d,8 例 7~10d,平均发热时间 7.4d。全部病例均有叮咬部位焦痂,焦痂部位分别在颈部、腋窝、阴囊、大腿内侧、腹部、耳后等。眼睑浮肿 2 例,肝脏肿大 9 例,脾脏肿大 8 例。全部病例均有精神差、饮食差,精神萎靡、烦躁 3 例,头痛 7 例,呕吐 6 例,嗜睡 6 例,咳嗽 2 例,便秘 2 例。9 例均有颈部抵抗。

1.4 结果 本组 132 例病人全部插管成功,无 1 例误入气管及食道穿孔。

2 讨论

吞咽困难患者,直视下食管入口呈关闭状态,仅为凸面向背侧的新月型裂隙,此部为食管最狭窄处,如没有吞咽动作,向食管内插胃管会遇到抵抗力。常规方法放置胃管是借助病人的吞咽动作送管,插管时间长,容易引起恶心、呕吐、呛咳,配合不好或方法不当易误入气管或因呕吐导致误吸,对昏迷病人、不主动配合的病人、恶心反射过于敏感的病人,插管难以成功^[1,2]。

普通胃管质地柔软,操作时易在口腔中盘曲,可控制性差。应用导丝可增强胃管的硬度,避免胃管盘曲在口腔内,使胃管顺利插入^[3]。胃管近胃端必须留有一定无导丝距离,且插管动作轻柔,避免野

1.2 实验室检查 5 例血白细胞总数升高,>10.0×10⁹/L(最高 26.4×10⁹/L),其中中性升高 4 例,治疗后复查均正常;白细胞总数正常 4 例,其中分类增高 2 例。血小板正常 1 例;8 例减少,22.4~93.0×10⁹/L,平均 59.9×10⁹/L,治疗后复查正常。CRP 检查:均升高,42~200mg/L,平均 113.3mg/L,治疗后复查均正常。6 例作了血培养,培养结果均无细菌生长。心电图检查 8 例:正常 2 例,窦性心动过速 6 例,其中 1 例有部分 T 波改变。9 例做了肝、肾功能心肌酶检查:除丙氨酸转氨酶(ALT)及心肌酶异常外其余均正常。异常检查结果:8 例 ALT 升高,66.3~134.2U/L,平均 105.2U/L;9 例天冬氨酸转氨酶(AST)升高,45.7~348.1U/L,平均 146.5U/L;9 例乳酸脱氢酶(LDH)均升高,425.4~2 476.0U/L,平均 1 064.8U/L;7 例乳酸脱氢酶同工酶 1(LDH1)升高,145.0~355.0U/L,平均 213.9 U/L;3 例肌酸激酶(CK)升高,225.0~387.0 U/L,平均 213.9U/L;6 例羟丁酸脱氢酶(HBDH)升高,484.0~2 214.0U/L,平均 1 064.8U/L。7 例均有颈部抵抗。

胃管的置入过程对鼻咽、食管、胃是一个很强的刺激过程,对患者的心理、生理会造成许多不良影响,如恶心呕吐、心跳加快、血压升高、肌群紧张,如多次插入失败,更加重以上症状,致使患者恐惧,不能很好配合,严重时可引起喉部痉挛胃管难以插入。对喉反射明显的病人可使用表面麻醉剂,但由于表麻作用缓慢,很少应用。切勿对昏迷病人进行野蛮的盲插,必须看到食道开口方能操作。

参考文献

[1]张会娟,支文艳,刘瑛.喉镜、导丝引导置入胃管行电动洗胃术的护理 5 例[J].中国实用护理杂志,2006,22(2): 18
[2]聂林华,彭贵祖.导丝辅助与常规方法放置鼻胃管对比观察[J].实用护理杂志,1999,15(12): 37
[3]辛维凤.超滑支撑导丝在吞咽功能障碍患者经鼻胃管插入中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2008,24(1): 43
[4]王红艳,彭贺新.呼吸机支持患者两种胃管插入方法的比较[J].中国危重病急救医学,2004,16(6): 370

(收稿日期: 2009-12-31)