

食道吻合口瘘病人行空肠营养的护理体会

刘秋风 黄星星

(南京高淳人民医院 江苏 南京 211300)

摘要:目的:探讨食道吻合口瘘病人行空肠营养的护理。方法:对19例吻合口瘘病人给予空肠内营养支持治疗。结果:本组6例病人在肠内营养初期出现了不同程度的腹胀、腹痛、腹泻;5例病人肠内营养后出现了血糖波动。结论:肠内营养在食道吻合口瘘病人的治疗中至关重要,能直接影响疾病的预后,对病人实施正确的空肠内营养护理方法,能使病人顺利安全舒适的完成空肠内营养治疗。

关键词:食道吻合口瘘病人;空肠;营养;护理体会

前言

食道吻合口瘘是目前食道癌根治术后最严重又最常见的并发症。造成吻合口瘘的原因很复杂,缝合技术问题导致吻合口血运不良。吻合针距过大,容易渗漏,过紧过密,则影响血运。肠道准备欠佳,盆腔感染腐蚀吻合口,患有糖尿病,营养不良或者长期应用激素等也可造成愈合不良。肠系膜损伤吻合口张力过大,也可影响血液循环但最主要的还是与吻合技术和手术操作密切相关。

1、临床资料

1.1 一般资料

选取我院2018年1月~2019年9月行食道癌根治术后并发吻合口瘘病人19例,男14例,女5例,年龄43~78岁,平均60.4岁,其中颈部吻合口瘘7例;胸部吻合口瘘12例。颈部吻合口瘘7例患者全部愈合;12例胸部吻合口瘘的患者死亡2例,其余10例愈合,死亡率10.5%。出现吻合口瘘的19例患者均留置空肠营养管,行空肠内营养9~50d,平均15.7d。

1.2 营养支持途径

采用复尔凯鼻胃管,病人行X线透视证实鼻肠管头端到达屈氏韧带远端20cm处。

1.3 营养种类

根据病人的年龄、身高、体重、白蛋白水平、水电解质、酸碱状态、肠功能情况,确定营养液及用量。对胃肠道消化功能正常的病人,给予整蛋白配方制剂能全力,糖尿病病人使用瑞代。对胃肠道消化功能不全的病人,采用序贯肠内营养治疗,首先给予短肽型肠内营养制剂,如维沃、百普力等,逐步过渡到胃肠功能完整后,提供含有多种膳食纤维的整蛋白型肠内营养。

1.4 营养液的输入

经鼻空肠置管喂养优点在于因导管通过幽门进入十二指肠或空肠,使反流与误吸的发生率降低,病人对EN的耐受性增加。但要求在喂养的开始阶段,营养液的渗透压不宜过高。因此,我们遵循由慢到快、由少到多、由低到高,循序渐进的原则,第1天给予生理盐水或5%葡萄糖盐水250ml鼻饲,如无不良反应再给予肠内营养液。根据中国重症加强治疗病房危重病人营养支持指导意见(2006),重症病人急性应激期营养支持应掌握“允许性低热卡”原则83.6~104.5J/(kg·d);在应激与代谢状态稳定后,能量供给量需要适当的增加125.4~146.3J/(kg·d)(C级)。因此,初始使用以25~50ml/h输入,6~7d增至1500~2000ml。我们使用佰通公司生产的营养泵24h匀速泵入,温度设定38℃,有助于病人对EN的耐受。

1.5 结果

本组出现吻合口瘘的19例患者均留置空肠营养管,行空肠内营养9~50d,平均15.7d。颈部吻合口瘘7例全部愈合,12例胸部吻合口瘘患者,2例死于多脏器衰竭,其余10例愈合,死亡率10.5%。

2、护理

2.1 选择合适的体位

病人在接受肠内营养时最好采取半卧位,床头抬高30°~45°,一方面半卧位可以减少肠内营养造成的腹胀症状,另外,对吻合口瘘的病人,采取半卧位可以便于颈部渗液、胸液的引流,减少瘘口处的感染。在半卧位期间,应加强尾骶部皮肤的观察,适当变换卧位,

防止皮肤压疮的发生。

2.2 并发症的观察与护理

2.2.1 胃肠道反应

引起胃肠道反应与对营养液不适用、营养液被污染、输注速度过快、温度过低、营养液高渗等有关。我们采用pH试纸测试酸碱度来判断,胃液的pH值在0.9~1.5,肠液的pH值8.4。另外我们在每根营养管距离鼻尖10cm处都会粘贴管道标识,每班认真交接管道刻度,判断有无管道脱出。必要时行X线检查,发现位置改变及时调整。19例患者中6例在喂养初期出现不同程度的腹胀、腹痛、腹泻,按照2006版中国重症加强治疗病房危重病人营养支持指导意见,对EN耐受不良(腹胀、呕吐)的病人,我们给予鼻饲促胃肠动力药物后症状缓解,1例出现腹痛、腹泻的病人暂停EN,对症治疗,重新开始EN无明显不适。

2.2.2 堵管

与鼻肠管冲洗不充分或不及时、注入有渣溶液或药物、营养液溶解不充分或浓度过高有关。因此,每次输入营养液前后都应先输入20~30ml的温开水,持续滴注者间隔4~6h冲洗胃管一次,口服药物应该充分磨碎后再注入,使用前充分摇匀肠内营养液。本组患者未发生一例堵管。

2.2.3 高血糖

合并食道吻合口瘘的患者,每天常规监测血糖4次,分为清晨空腹、鼻饲2h后、鼻饲8h后及9pm,及时了解相关指标的检查结果是否正常,以便及时作出相应调整。本组19例患者,原有糖尿病病史3例,行肠内营养后出现血糖波动5例,该类患者选择低糖高脂配方的肠内营养液,同时结合鼻饲降糖药及使用胰岛素后,血糖均能控制在理想水平。

2.3 心理护理

由于吻合口瘘患者病情危重、病程长,往往产生恐惧悲观心理,患者在精神上承受很大压力,从而影响遵医行为。所以在实施肠内营养前应与患者进行良好地沟通,并根据具体情况进行心理疏导和健康指导,使患者树立战胜疾病的信心,积极配合治疗护理。

3、讨论

吻合口瘘是食管癌术后最严重的并发症,一旦出现吻合口瘘,立即确立有效地治疗和护理,能降低本并发症的死亡率。有研究表明,小肠蠕动、消化吸收功能在术后几小时即开始恢复。长时间静脉营养可导致肠黏膜萎缩,黏膜组织再生不良,肠道消化酶的活性下降。而早期肠内营养可增加消化道血流量,促进肠蠕动,改善肠黏膜的屏障功能。营养支持对治疗食管吻合口瘘十分重要。积极有效的营养支持可改善病人的营养状况,增强机体免疫力,为病人顺利渡过吻合口瘘早期中稳态失衡和严重感染阶段提供有力的物质基础,从而提高吻合口瘘的愈合率。因此,为病人实施正确的空肠内营养治疗,对食道吻合口瘘病人至关重要,做好全程持续动态监测,预防或减少并发症,能促进病人早日康复。

参考文献:

[1]毛辰蓉.食道吻合口瘘病人行空肠营养的护理体会[J].护士进修杂志, 2013, 28(7):657-658.

[2]贾余芳.食管癌术后吻合口瘘的预防及护理[J].护士进修杂志, 2010, 25(24):2300-2301.