

胃癌术后肠内营养管堵管原因及护理措施的研究现状

王婷 李文娟

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200030

【摘要】 胃癌是起源于胃黏膜上皮的恶性肿瘤,在我国各种恶性肿瘤中发病率居第二位,死亡率居第三位。手术治疗是唯一的根治手段。胃癌术后由于手术创伤、禁食,加之肿瘤长期消耗,机体处于高分解代谢状态,所以营养支持尤为重要。只要病人胃肠道功能完整或具有部分胃肠道功能,首选肠内营养。肠内营养并发症多,其中保持营养管通畅尤为重要,现将胃癌患者肠内营养管护理的研究现状综述如下。

【关键词】 胃癌,快速康复,肠内营养,营养管堵塞护理

1 胃癌术后的快速康复

随着人们生活方式及生活结构不断改变,胃癌发生率及死亡率不断提高。丹麦外科医生 Kehlet 在 2001 年率先提出快速康复的概念。快速康复外科是指在术前、术中、术后采取的一系列已经证实有效的方法,旨在减少术后各种应激反应及并发症^[1]加速患者的术后康复。快速康复需要医生、麻醉师、护士共同合作才能有望达到预期效果。措施包括如围手术期营养支持、短期禁食、加强供氧、早期下床活动。

1.1 短期禁食

术前禁食目的是充分排空胃,避免麻醉期间反流误吸所致急性呼吸道梗阻、吸入性肺炎、Mendelson 综合症的发生。然而长时间进食存在诸多弊端,目前临床规定术前晚 10 点后禁食禁饮。美国麻醉师协会推荐短期禁食:术前 2h 可饮无渣液体,术前 6h 可摄入清淡饮食,进食肉类、煎炸、高脂食物与手术相隔至少 8h。综合考虑,临床科室可根据具体情况按需缩短禁食时间。

1.2 营养支持途径

胃癌术后患者机体处于高分解代谢状态,致使胃肠功能恢复延迟,营养状况下降,机体处于负氮平衡,所以营养支持尤为重要。伴随着营养支持的发展趋势,营养途径的“金标准”经历了肠外营养阶段、肠内营养阶段,至联合营养阶段。20 世纪七八十年代,营养支持首选肠外营养。指南^[2]推荐:只要病人胃肠道功能完整或具有部分胃肠道功能,首选肠内营养。然而肠内营养很难在 1 周内快速地达到营养需要量,会导致热量补充的缺乏^[3],因此提出了双模式营养支持即联合营养的概念,即早期实施肠内营养,肠内营养不足部分由肠外营养补充,直到肠内营养达到目标量。成年男性每日需要热量:9250-10090 千焦耳,成年女性每日需要热量:7980-8820 千焦耳^[4]。

1.3 肠内营养的应用

肠内营养是经胃肠道提供代谢需要的营养物质及其他各种营养素的营养支持方式,其决定于时间长短、精神状态与胃肠道功能。大量研究证明,早期应用肠内营养更利于恢复,即在术后 24h 内开始,国内在术后 48h 开始也被列为早期只列。术后早期的肠内营养支持治疗能促进胃肠道功能恢复,改善营养代谢,减少并发症的发生。肠内营养管是进行肠内营养的唯一途径。

2 肠内营养管堵塞原因及护理

肠内营养并发症多,其中肠内营养管堵塞国内发生率高,实验得出 8.41%^[5],影响肠内营养目标的实现。对此,需做好堵管原因分析工作,并采取有效的护理方法。

2.1 肠内营养管堵塞的原因

2.1.1 材料特殊

鼻肠管管径细,管道长,从进入鼻腔至最终到达预定位置经历的弯曲多,导管堵塞是常见现象。^[6]

2.1.2 位置改变

胃癌手术后由于胃肠道重建,胃肠运动和构造发生了改变,术中鼻肠管的位置未在术后及时行 X 线或者造影检查来确认位置,可能会忽视营养管末端在肠道内扭曲反折甚至打结等情况。

2.1.3 置管时间长

留置天数越长,肠内营养管堵塞的机率就越高,一般肠内营养管留置时间为 7-10 天,12 天以后,肠内营养管堵塞明显增高。^[7]

2.1.4 营养液选择

胃癌术后病人通常选用的营养液为能全力,此制剂颗粒大,

易增加黏稠度,堵管风险高。配好的营养液在容器中悬挂的时间不应超过8h,配制时间过久食物可能变质凝固,易导致堵管^[8]。

2.1.5 输注物不当

胃癌术后病人无法经口进食,药物需经管注入,未完全碾碎的药丸及胶囊外衣易增加堵管风险。

2.1.6 输注方式与速度不当

胃癌术后持续泵入营养液方法的病人营养管堵管的发生率要低于重力滴入法。早期输注速度较慢,易引起管路堵塞。

2.1.7 操作不到位

临床护理工作繁忙,护士缺少相关经验,风险意识淡薄,在注入药物和食物后未按要求严格执行护理规范,都会导致营养管堵塞。

2.2 肠内营养管堵塞的预防和护理

2.2.1 肠内营养管的选择

据手术情况,选择适合病人的鼻肠管,术后行肠内营养时加强管道的护理,保证通畅,定时观察营养管情况,如有异常及时处理。

2.2.2 肠内营养管位置的判定

利用 pH 试纸测量 pH 值作为判断标准:pH 值大于 6-7 说明管路在位, pH 值范围在 1-4 说明管路在胃内。对于可疑肠内段反折的病人,可以通过 X 线下透视观察,有研究表明鼻肠管为聚氨酯材料,不透 X 线,导管的影像学特点非常清晰^[9]。

2.2.3 正确选择及配制营养液制剂

根据患者病情需求选择合适的营养液,尽量选择不易造成堵管的物质。

2.2.4 准确输注药物

将输注的药物完全碾碎,完整去除外壳再进行输注。

2.2.5 合理规范输注肠内营养液

①输注方式:应用营养泵、加温器持续恒温的输注营养液的方式较重力滴入肠内营养液的方式明显降低了各种并发症发生率。

②输注时间和速度:营养泵 24h 均匀持续滴注不易发生堵管。输注速度应遵循先慢后适度加快并控制在 60ml/h-120ml/h 的原则。

③ 输注浓度和量:遵循“浓度由低到高、容量由少到多”的原则。先增加量,后增加浓度,两者不可同时增加。量从 500ml 过渡至 1500ml,从盐水、糖水过渡至能全力等,营养液输注的温度一般以 35℃~37℃ 为宜,寒冷季节输注时应先加温。④冲洗方式:2009 年美国肠外肠内营养学会指南推荐:每 4h 用 30mL 水冲洗管道,每次中断喂养前后用 30mL 水冲洗管道,能避免管道堵塞。⑤封管方式:每次营养液输注完毕后先以脉冲方式冲管再正压封管,可以减少营养液在导管末端凝结堵塞导管的机会。5%碳酸氢钠 10ml+多酶片 2 片冲管 30 分钟后生理盐水 20ml 封管效果显著^[10],且早期使用多酶片,能有效降低腹胀、腹泻的发生率^[11]。^[9]

2.2.6 提高护士相关知识

制订肠内营养流程图,开展理论知识及技能竞赛,可以有效提高护理人员的相关知识掌握度及责任意识。

2.2.7 鼻肠管堵塞后的处理

出现导管阻塞时,首先尝试用温开水行“压力冲洗”和“负压抽吸”交替进行的方法,同时用手反复捏挤体外部分管道,并调整病人体位,不可骤加压力以免管道破裂。仍不成功,可用碳酸氢钠加胰酶进行冲管,最后尝试用导丝、内镜导管或内镜细胞刷进行疏通。

2.2.8 加强心理护理

胃癌患者在心理上有明显的焦虑、抑郁现象,影响胃癌患者的治疗效果和病情的控制^[12]。实验表明,建立临床护理路径对于胃癌患者生活质量和肢体功能恢复的效果明显^[13]。^[9]

3 小结

胃癌术后患者营养不良是不可避免的并发症之一,营养支持是患者生命保障,肠内营养管是进行肠内营养的唯一途径,其中保持营养管通畅,是保证肠内营养得以有效应用的关键因素。我们要做好营养管的固定,严格控制营养液的输注速度、温度和输注量,及时处理不良反应以及重视心理护理。

参考文献:

[1] 江志伟,李宁,黎介寿.快速康复外科的概念及临床意义[J].中国实用外科杂志,2007,27(2):131-133

[2] 中华医学会.临床诊疗指南肠外肠内营养学分册[M].北京:人民卫生出版社,2008:28

[3] 江志伟,黎介寿.危重症病人适度营养支持的概念——越简单越好[J].肠外与肠内营养,2014,21(5):257-259

- [4] 陈东桂.胃癌术后肠内营养的护理[J].现代中西医结合杂志.2009,18(2),1425-1426
- [5] 梁芳, 康海芬.品管圈在降低肠内营养管堵管率中的应用[J].中华护理教育, 2015,12 (9): 701-703
- [6] 项飞, 吴碎秋, 谢施.小容量注射器脉冲式冲管在 ICU 患 者鼻肠管堵管中的运用[J].中国乡村医药, 2015, 17:82
- [7] 刘素娥, 李梅, 程梅容.食管癌术后患者十二指肠营养管堵管原因 分析及护理 [J]. 护理学报, 2010, 17(6):6667
- [8] 王丽.空肠营养管堵管、脱管原因分析及护理对策[J].全科护理,2010,8(6):500-501
- [9]顾晓英,李培.胃癌术后鼻肠管堵塞的原因及护理研究进展[J].护理研究, 2016.30 (28) :3463-3466
- [10]赵辉,王晓坤,田惠.胃癌术后肠内营养持续泵入与重力滴入两种方法并发症的观察[J].吉林医学,2014(28):6359-6360
- [11]杨璐, 钟萍, 张静梅.多酶片在食管癌术后早期肠内营养中的护理应用[J].西南国防医药,2012,22 (9):1017-1018
- [12]朱桂玲, 孙丽波, 王江滨, 等. 快速康复外科与围手术期护理. 中华护理杂志, 2008, 43(3): 264-265
- [13]杨慧英,臧莉. 临床护理路径对改善胃癌患者生活质量的效果.中华现代护理杂志.2013,19(6):648-650