

神经外科气管切开病人食道返流的观察与护理

赵海洋 常健 程格庆 韩艳

(西安交通大学第二附属医院 陕西西安)

摘要:目的 分析神经外科气管切开患者食道反流针对性护理干预方案,旨在为后期临床护理工作有所借鉴与指导。方法 从我院神经外科自2019年10月至2021年9月2年期间收治的气管切开行鼻饲患者168例为研究对象,对其治疗期间护理干预方案进行回顾性分析。结果 12例患者因鼻饲返流出现了明显的肺部感染问题,其中1例因颅脑创伤病情过重最终抢救无效死亡。结论 科学有效的护理干预方案,可有效的降低神经外科气管切开鼻饲患者食道反流问题的发生,其中影响较为明显的就是具体的鼻饲体位、鼻饲方法以及切开位置、吸痰方法、气囊管理等。

关键词:气管切开;神经外科;食道反流;护理方案

在当代临床疾病治疗过程中,气管切开属于一类针对危重患者十分重要的抢救措施。对于病情较为重的患者进行气管切开的主要手术指征为患者存在严重的上呼吸道梗阻、长时间的机械同期治疗等。虽然气管切开效果较为显著,但同时会诱发出现诸多的术后并发症,如食道反流。对于这一并发症,通过会在术后的72h左右发生,如果干预不及时,将很有可能诱发更为严重的肺部感染,进而导致患者生活质量显著降低,甚至造成患者死亡。因此,加强对气管切开患者食管反流的预防护理从而更好的规避肺部感染问题的发生也就显得尤为重要。为掌握一套科学的针对性护理干预方案,本文特结合本院近2年收治的气管切开患者168例进行了回顾性分析,总结护理经验,旨在为后期临床有所指导,先将此次研究内容做如下详细报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院从2019年10月至2020年9月期间收治的神经外科气管切开患者168例,其中男性119例,女性49例,年龄处于7~82周岁,平均年龄 45.23 ± 3.27 岁。疾病类型主要有脑外伤102例,脑出血38例,脑肿瘤28例。118例患者GCS评分处于3~5分,50例患者GCS评分处于6~8分。

食管反流判定方法:在对患者进行吸痰护理时要严密观察患者的痰液性质、颜色,同时在对患者鼻饲1~2h后要对其口咽及分泌物胃蛋白酶含量进行测定,并使用血糖监测仪和葡萄糖氧化酶试纸测定其中是否含有糖分。

1.2 护理方法

1.2.1 做好呼吸道护理,保持患者呼吸道通畅

在进行鼻饲操作前,要先将残存于机体气管内的痰液以及口鼻分泌物清除干净,同时在鼻饲结束后半小时切勿进行吸痰操作,以避免刺激性操作而诱发患者呕吐,进而防范胃内容物反流问题的发生。

1.2.2 胃管的妥善固定及深度的严密监测

在对患者进行插胃管时要防范误插呼吸道,一般插管深度控制到45~55mm,目前临床上比较常用的硅胶胃管要保持其最末端侧孔距顶端距离为8cm左右。如果按照常规方法进行插入的话,该孔位是处于机体的食管内部的,因此也很容易发生食管反流,对此,为有效规避反流问题发生,故将插入深度适当延长8~10cm。待插入5cm~65cm处后,胃管的前端可抵达空肠位置,由此也有效的降低了食管反流的发生风险。如果对于胃管具体位置,采用常规方法无法准确鉴别时,需及时报告主治医师通过X-线检查来辅助确定。待胃管成功插入并确保达到所需深度后,使用胶布进行“工”形固定,并将置管时间、置管深度进行清晰标识,防止胃管的脱出。如患者存在躁动情绪的需给予约束带,防范非计划性拔管。另外,在每次对患者进行喂食之前都要对胃管的位置及深度进行检查。

1.2.3 做好体位护理,保持患者正确体位

将病床床头适当抬高,保持患者的半卧位,实践证明该体位也是预防和降低食道反流的最佳体位。对于,存在意识障碍的患者,床头抬高30~40°,以减少机体的痰液蓄积;同时对患者进行鼻饲后同样需将床头抬高,抬高时间控制在30~60min,以促进摄入食物的充分消化,避免因机体体位过低而诱发食管反流;对重症患者,

在进行鼻饲前半小时内进行必要的扣背和翻身,规避反流性误吸风险。

1.2.4 严密监测胃容量,做好鼻饲饮食控制

在对患者进行鼻饲操作前要先进行胃容量抽取,以此判断为残留量;对于持续鼻饲的患者要保证每间隔4h进行1次测量,对于间歇性鼻饲的患者,做到在每次鼻饲操作前进行测量。通过监测如果患者胃内容物残留量高于50ml的,则需适当延缓鼻饲时间,如果残留量超过150ml的,此时说明患者的胃动力较差,如果强行鼻饲会引起患者出现恶心、呕吐等不良反应,故需及时的停止鼻饲并报告主治医师,遵照医嘱给予患者食量的促进胃动力药物,促进患者的胃肠排空,最大化的防范食道反流问题。

此外,在对患者进行鼻饲操作前几天,采取分多次少量注入的方式进行鼻饲。鼻饲液禁止油腻,在鼻饲前要充分摇匀,同时严格执行无菌化操作要求,坚持由慢到快和由少到多的基本原则。鼻饲液提前加热至35℃左右,以确保机体肠胃能够更快更好的适应,避免诱发严重的腹泻、腹胀以及呕吐等问题。

1.2.5 其他护理

在做好上述护理干预外,还要结合患者心理状态给予患者针对性心理干预,排解患者负性情绪,提升其治疗依从性及配合度;另,做好必要的抗感染护理,规范护理操作,预防肺部感染问题的发生。

2. 结果

12例患者因鼻饲返流出现了明显的肺部感染问题,其中1例因颅脑创伤病情过重最终抢救无效死亡,GCS评分3~5分的8例,6~8分的4例;未发生食道反流患者156例。

3. 讨论

3.1 神经外科气管切开患者食道反流问题发生的原因分析

对于神经外科气管切开患者,在患者不能进食的情况下,为能够保证机体正常代谢需要以及机体肠道黏膜细胞结构与功能的完整性,除个别患有留置管禁忌症的患者,其余均要给予胃管留置。此外,气管切开会直接损害机体下呼吸道与咽部的屏障,导致胃反射抑制和排空延迟,而且在气管切开后吸痰操作时又会导致患者的负压升高,再加之患者颅内压升高因素的影响,都会直接加大鼻饲后食道反流的发生风险。

3.2 神经外科气管切开患者食道反流护理策略

大量临床实践表明,神经外科气管切开患者发生食道反流同胃管插入长度、患者的体位、胃容量残留、吸痰时间等多项护理要素紧密相关。因此在护理过程中通过采取以上科学的有效的护理干预手段,也得到了积极的临床应用效果,同前人报道相比,患者的反流发生率明显降低。此外,需要重点强调的是,当患者反流后继发误吸的,成功救治是问题的关键,而要做到这一点关键就需要护理人员具备主动的发现问题能力和超前的风险护理意识。

总而言之,对神经外科气管切开患者而言,要更好的方法食道反流问题的发生,就必须提前对患者进行全方位的风险评估,严密病情监测,并能够及时发现患者潜在风险,给予针对性护理干预,强化风险管理,做到事前预防,从而更好的降低反流问题的发生,呵护患者生命健康,促进患者早日康复。

参考文献

[1]胥晶,赵伟.循证护理在重症颅脑外伤气管切开后呼吸道护理探究[J].中国社区医师,2021,37(29):141-142.