

神经外科留置胃管患者的细节护理

郝爱华 孙永锋^{通讯作者}

武警北京市总队医院 北京 100027

【摘要】目的:从细节入手,保证留置胃管正常使用。**方法:**强调置管前准备、置管及鼻饲操作等细节护理。**结果:**保证患者营养供应,无不良现象发生。**结论:**患者在生理、心理、精神方面达到满足状态,为患者提供了更优质的服务。

【关键词】留置胃管;细节;护理

【中图分类号】R472.9

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)14-0101-01

神经外科患者大多病情危重、意识障碍、不能正常进食。为保证患者身体所需营养,维持机体内环境正常,为患者康复、痊愈创造条件,必须通过留置胃管解决饮食问题。若护理不当,患者容易产生恐惧、焦虑、烦躁等心理,出现误吸、腹泻、便秘及口腔炎等情况,严重影响患者生活质量。保证管道顺利插入胃内,减少相应并发症的同时提高留置安全性和患者舒适度,成为护理工作非常关心的问题^[1]。因此,留置胃管的细节护理至关重要。

1 资料

患者100例,其中男68例、女32例,年龄15~90岁,平均年龄67.4岁,胃管平均保留时间25d。

2 方法

2.1 置管前准备

2.1.1 加强健康教育工作 及时与患者及家属沟通,耐心细致讲解留置胃管的目的,如鼻饲可以补充营养,减少误吸,避免吸入性肺炎发生,同时也要讲清鼻饲的不利因素及需注意的问题,以便配合护士置管。对意识障碍者要加强看护,必要时需用约束带,适当约束患者,以免自行拔管。

2.1.2 心理护理 患者由于害怕置管会引起难以忍受的不适而经常出现恐惧、紧张、排斥的心理,护士要耐心解释、指导,使患者及家属全面理解。对留置胃管可能产生的焦虑、恐惧等心理反应,要给予同情、鼓励与安慰,同时指导家属协同做好思想工作,使患者消除负面情绪,以良好的心态面对留置胃管治疗,减少留置胃管期间的恶心、呕吐,防止胃食管反流。

2.1.3 置管的时机 脑血管病急性期昏迷患者,不能自行进食,容易导致营养缺乏,为满足患者需求,保障肠道正常功能,防止水电解质紊乱、消化道出血、肺部感染等加重病情,甚至导致死亡。急性脑血管病病人发病后24~72h内留置胃管进行鼻饲。

2.2 留置胃管操作

2.2.1 胃管的选择 选择管径适宜的胃管,否则可能因为胃管造成腐蚀而引起食管支气管瘘;通过贲门插入胃管可能会使贲门闭锁不全而引起反流,长时间的酸性反流还可导致食管狭窄;大管径胃管比较硬,不易弯曲,会引起鼻炎、咽炎、食管炎和胃炎,增加食道反流的发生率,因此选用小管径(Fr12~Fr14)胃管,以减少患者不适。

2.2.2 清理呼吸道 插入胃管前先吸净口腔、鼻腔分泌物,防止分泌物堵塞导致窒息,湿润鼻腔,置管过程中密切观察病情变化,防止误入气管。

2.2.3 增加胃管置入长度 传统的置管长度是从发际至剑突或鼻尖至耳垂再至剑突的距离,常规置管长度为45~55cm。临床具体实施中,认为此长度置管时,胃管前端仅达到胃贲门或胃体部,易引起食物反流。因此,建议增加置管长度8~10cm,改良胃管留置长度以病人眉心至脐的体表距离55~65cm^[2]为准,以使胃管最末侧孔进入胃内,即保证胃管侧孔全部进入胃部,胃管前端在胃体部或幽门处,预防或减少因注入某些药物刺激食管下段而引起的上腹部不适及有效减少鼻饲反流的发生。

2.2.4 卧位对胃管插入影响 通常患者取平卧或半卧位,

保持头颈、躯干在同一水平线上。昏迷患者进食少,胃内内容物较少,平卧时,胃底层面积大,胃液面浅,胃管口不易触及胃液,使胃液不易抽出;侧卧位时,胃底面积小,胃液面高于胃管口端,能很快抽出胃液,可避免重复插管和多次拔出。反复置管容易发生机械性损伤,引发咽喉食管瘢痕增生,导致食管狭窄。

2.3 鼻饲操作

2.3.1 鼻饲的速度和量 每次鼻饲时应确认胃管的位置,并回抽胃内残留液,如>100mL应暂停鼻饲。鼻饲速度一般为每分钟30mL,每次鼻饲量400mL,包括冲管的温开水。对于高危患者,每次300mL,若速度过快,会使患者产生胃食道反流。

老年患者泵入的速度不宜快,要遵循剂量由少到多、浓度由低到高、速度由慢到快的原则,以使胃肠道得到较好适应。一般初始速度30~50mL/h,若2~3h无不适,可加快至60~100mL/h,速度不超过150mL/h。营养泵持续泵入鼻饲营养液,对维持胃肠道的结构和功能,促进老年鼻饲患者营养和改善预后有重要意义,胃内容物反流发生率低,肠内营养泵体积小,安全性高,既经济实惠又操作简便,具有广泛的临床运用前景。

2.3.2 鼻饲后注意事项 30min内尽量减少刺激,尽量不要进行吸痰操作,避免吸痰刺激引起呕吐。吸痰时注意技巧,做到稳、准、快,保持气道湿润。对于咳嗽反射强烈的患者,吸痰应掌握深度,因过深引起剧烈呛咳时,极易使胃内容物反流,增加误吸危险。病情允许时,在鼻饲时及鼻饲后抬高床头30°,并少量多餐,尽量减少误吸的发生。

2.3.3 气管切开长期留置管处理 因患者咽部受到气管导管气囊和鼻饲管的压迫,加之反复吸痰刺激,环状括约肌会出现不同程度损伤及功能障碍,从而增加了反流、误吸的风险。一旦诊断误吸,应鼓励或诱发患者咳嗽,清除气道、口腔、鼻腔内的分泌物,胃管连接一次性胃肠负压引流器,嘱患者暂禁食。同时将气管套管气囊充气,以恰好封闭导管与气管壁间隙为度;将氧流量从2L/min调至4L/min;经上述处理后约10~15min,患者SpO₂可上升至95%~100%。必要时可用纤维支气管镜吸出分泌物,同时加强抗生素的使用,防止肺炎和肺脓肿的发生。

3 讨论

脑血管病是近年来发病率较高的疾病,具有致残率高、复发率高以及并发症多和治愈率低等特点,绝大多数脑血管病患者生活不能自理,并发症是造成患者死亡的主要因素。吞咽困难或昏迷的脑血管病患者,因其热量摄入不足,营养素摄入不均衡,常因普遍存在营养不良、低蛋白血症和水电解质紊乱等现象而加重脑水肿。对患者进行留置胃管、鼻饲,可以达到患者营养的需求。工作中,护理人员必须注重细节,以有效减少和降低脑血管病患者的并发症,降低致残率和病死率。留置胃管时注重细节护理,患者身心得到更快康复,满意度得到明显提高,为患者提供了优质的护理服务。

参考文献

- [1] 钱文嘉,沈盼,吴红霞.鼻饲法在老年卧床患者的护理研究进展[J].四川生理科学杂志,2020,42(3):380.
- [2] 左金梅,陈鸿梅,兰鸿,等.3种胃管留置长度在卒中病人应用中的效果比较[J].护理研究,2016,30(5):1755.