

重度食道狭窄患者“三明治”式胃管置入的观察

蒙立艳 郑玉劲 吴庆德 何旭霞

(广州中医药大学附属顺德中医院,广东 顺德 528333)

摘要 目的:探讨“三明治”式胃管置入对重度食道狭窄患者的应用效果。**方法:**将2016年8月-2017年5月肿瘤科住院的重度食道狭窄患者35例为对照组,2017年6月-2018年5月肿瘤科住院的重度食道狭窄患者35例为观察组,对照组给予常规胃管置入;观察组在影像技术引导下给予“三明治”式胃管置入术。**结果:**观察组置管成功率、患者和家属满意率均高于对照组($P < 0.01$)。**结论:**“三明治”式胃管置入术可以提高重度食道狭窄患者置管的成功率,提高患者和家属满意率。

关键词 胃管置入; 重度食道狭窄; 护理

中图分类号 R571⁺.1 R473.5 文献标志码 A DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.04.033 文章编号 1006-9143(2019)04-0478-02

重度食道狭窄是食道肿瘤患者晚期常见的病变^[1,2],由于病变而出现吞咽困难,无法进食,导致严重营养不良^[3],形体消瘦,严重的会导致患者身体各器官衰竭,最终衰竭而亡^[4]。为了维持患者营养摄入,临床常采用留置胃管鼻饲法给予胃肠营养支持治疗,但对重度食道狭窄患者,胃管常无法通过狭窄部位而致置管失败。我院2017年6月-2018年5月,对35例重度食道狭窄患者采用影像技术引导下“三明治”式胃管置入,提高了置管的成功率,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择肿瘤科住院70例重度食道狭窄患者,2016年8月-2017年5月住院的35例重度食道狭窄患者为对照组,年龄61~79.8岁,病程0.8~1

年。T-管放置脱落后食道内密闭狭窄腔隙4例,食道支架术后再狭窄的密闭腔隙6例。2017年6月-2018年5月住院的35例重度食道狭窄患者为观察组,年龄61.5~80岁,病程0.8~1年。T-管放置脱落后食道内密闭狭窄腔隙4例,食道支架术后再狭窄的密闭腔隙5例。两组患者性别、年龄、病程、发生在食道不同狭窄部位情况比较差异无统计学意义,见表1。

表1 2组患者一般情况比较

组别	n	性别		年龄(岁)	病程(年)	发生在不同狭窄处(n)		
		男	女			第一	第二	第三
观察组	35	19	16	76.70±0.53	0.98±0.50	10	7	8
对照组	35	18	17	78.10±0.49	0.97±0.54	10	8	8
χ^2/t		0.067		1.223	0.481	0.069		
P		0.661		0.451	0.650	0.562		

作者简介:蒙立艳,女,主管护师,大专

退镜置入导丝时,边退镜边进导丝,观察显示屏导丝无移动,指导患者配合均匀呼吸,第二次置管成功。

2.3 术后指导 向患者及家属介绍术后尿液如呈蓝色,不必紧张,术中使用亚甲蓝主要从尿中排泄,3~4天后即会消失。保持口腔清洁,避免鼻腔黏膜干燥、出血,患者翻身、活动时注意营养管避免脱出。遵医嘱从空肠营养管输入肠内营养液,应遵循浓度由低到高,容量由少到多,速度由慢到快,温度保持37~40℃的原则。滴注时半卧位或抬高头部30~40°,观察患者有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛等情况,如有异常及时与医生联系。

3 体会

胃毕Ⅱ式术后胃瘫患者由于吻合口水肿、胃蠕动差、胃解剖结构改变,导致放射线下置入空肠营养管困难。经电子胃镜寻找吻合口输入、输出襻很难寻找到吻合腔,进入此襻肠腔后,再次进入不能确定是否

进过,造成反复检查,增加患者痛苦。采用从活检孔用内镜注射导管注入亚甲蓝2 mL于肠腔,亚甲蓝染色标记清晰,操作简便、减少反复进镜,减轻患者痛苦。操作者应具有熟练内镜操作经验,熟悉胃肠解剖知识,能够正确辨别毕Ⅱ式手术切口的输入、输出襻。护士需熟练掌握操作流程,正确使用检查设备及器械,与医生默契配合,术前做好患者心理护理,术中注意观察患者生命体征变化,指导患者如何配合呼吸进行置管,正确抽取亚甲蓝配合医生进行吻合腔标记,术后做好患者健康指导,是保证置管成功的关键所在。

参考文献

- [1] 李广华,叶锦宁,王昭,等.术后胃瘫的治疗进展[J].消化肿瘤杂志(电子版),2018,10(3):134-139.
- [2] 武蕊.胃癌术后早期两种营养支持方式的临床观察[J].天津护理,2014,22(6):527-528.
- [3] 张慧,沈翔,蔡世飞,等.改良内镜下胃空肠营养管放置的效果评价[J].中华全科医学,2013,11(7):1073-1074.

(2018-10-04 收稿,2019-01-23 修回)

1.2 方法

1.2.1 对照组 按传统置管方法:常规准备用物(一次性胃管、手套、棉签、纱布、治疗巾、20 mL注射器、液体石蜡、棉球、听诊器等);操作者携带用物,至患者床旁,核对、解释操作目的及配合方法等。鼻胃管通常选用的是勒文氏胃管(标准规格 14F),测量胃管插入长度,润滑胃管,按操作规定和流程置管。如置管不成功,再选择带导丝鼻胃管(导丝,外为普通胃管 14F),导丝经鼻缓慢送入,导丝进入约 15 cm 处抬举下颌将导丝慢慢送入食管约 45 cm,再套普通胃管缓慢沿着导丝将胃管送入胃中约 55 cm,检查、听诊确认后固定,并做好标识。

1.2.2 观察组 在影像技术引导下“三明治”式置管方法:普通胃管 14F+5F Cordis 导管+导丝即为导丝,中间为 5F Cordis 导管,外为普通胃管。常规准备用物手套、棉签、纱布、治疗巾、20 mL注射器、液体石蜡、棉球等,铺治疗巾。测量胃管插入长度。先将导丝送入食管约 45 cm,采用导丝导管交换技术将 5F Cordis 导管送入胃内,造影证实后,交换硬导丝,将 5F Cordis 导管套入胃管内,远端突出胃管口 1 cm,然后沿硬导丝同时缓慢推送 5F Cordis 导管及胃管通过食道重度狭窄进入胃内,拔出硬导丝及 5F Cordis 导管,造影确认胃管位置满意后做好标识并固定。

1.3 观察指标 置入胃管的成功率、患者满意率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件,组间差异比较计数资料应用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者置管成功率、患者和家属满意率均高于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者置管成功率与满意率

组别	n	置管成功率(%)	患者满意率(%)
对照组	35	33(94.29)	26(74.29)
观察组	35	12(34.26)	15(42.86)
χ^2		27.44	7.12
P		<0.001	<0.001

3 讨论

3.1 重度食道狭窄传统置管困难原因和置管的必要性 重度食道狭窄患者,常需要手术和支架治疗^[5]。但有些疾病因素如 T-管放置脱落后食道内密闭狭窄腔隙、食道支架术后再狭窄的密闭腔隙不能再手术、支架植入或经济原因不能手术治疗患者,往往出现

吞咽困难,无法进食,导致严重营养不良,形体消瘦,患者全身各器官衰竭。传统胃管置管法、快速置管法、吞服置管法、温水浸泡置管法、缓速置管法、咽部麻醉置管法^[6]等通过食道狭窄部分的成功率不理想。随着医学科学技术的发展,临床上有研究采用中心静脉套管引导下置管,结果由于导管腔隙太小,只能供应无渣流质,效果欠佳^[7];导丝配胃管,由于胃管较粗,导丝较难控制致操作困难;胃管套导管易致肿瘤出血,且不能通过完全梗阻的食管病变部位^[8]。

3.2 在影像技术引导下“三明治”置管法可以提高重度食道狭窄患者置管成功率 传统观念对重度食道狭窄拒绝手术和无经济条件进行支架置入患者,常因置管失败而保守治疗,任其衰竭死亡^[7]。“三明治”三管合一式胃管置入术,即普通胃管 14F+5F Cordis 导管+导丝(内为导丝,中间为 5F Cordis 导管,外为普通胃管),克服了传统空心压偏柔软而使胃管能顺利通过食道内密闭腔隙,避开狭窄部位顺利到达胃窦部。且在影像技术引导下可视性操作,使重度食道狭窄患者胃管置入成功率得到提高。进而使患者能通过胃管进行胃肠内营养供给及对所补充食物和药物有更大的选择,保证足够的营养来源,延长患者生命。提高了患者和家属的满意率。

参考文献

- [1] 李巧云.全程护理对晚期食管癌患者手术效果及并发症发生率的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(4):135,140.
- [2] 法天锴, 窦爱君.一例肺癌合并食道狭窄置入食道支架患者的护理[J].天津护理,2010,18(5):288-289.
- [3] Le Naoures P, Hamy A, Lerolle N, et al. Risk factors for symptomatic esophageal stricture after caustic ingestion—a retrospective cohort study[J]. Dis Esophagus, 2017,30(6):1-6.
- [4] Forti E, Bonato G, Dioscoridi L, et al. A smooth esophageal stricture causing dysphagia[J]. Dysphagia, 2018,33(3):399-402.
- [5] Romero Manteola EJ, Ravetta P, Patino Gonzalez CC, et al. Congenital esophageal stenosis: diagnosis and treatment. Cases review[J]. Arch Argent Pediatr, 2018,116(1): e110-e114.
- [6] Nakahara Y, Takachi K, Tsujimura N, et al. Eight Cases of Esophagus and Tracheobronchial Stenting for Advanced Esophageal Cancer[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2017,44(12):1161-1163.
- [7] Oki M, Saka H, Hori K. Airway stenting in patients requiring intubation due to malignant airway stenosis: a 10-year experience[J]. J Thorac Dis, 2017,9(9):3154-3160.
- [8] Shaprynskiy VO, Shaprynskiy YV, Karyi YV, et al. Histomorphologic changes of esophageal mucosa in experimental third degree stricture[J]. Wiad Lek, 2017,70(5):891-894.

(2018-01-09 收稿, 2018-12-21 修回)