

## 头颈部恶性肿瘤致吞咽困难患者行透视下经皮胃造瘘术的护理

林枚光, 韦福连, 易小宇, 余雷

**【摘要】** 目的 探讨头颈部恶性肿瘤致吞咽困难患者行透视下经皮胃造瘘术(PFG)的护理方法。方法 选择 15 例因头颈部恶性肿瘤导致无法进食、胃肠功能仍存在、需依赖静脉营养、行 PFG 手术患者,术前给予充分准备和心理护理,术后给予全面周到的护理,严密观察病情变化,预防各种并发症。结果 15 例患者均造口成功,术后 1 例发生胃出血,1 例发生造瘘口周围感染,2 例发生脱管,经处理后恢复正常。其余患者未发生并发症。15 例患者术后均摆脱静脉内营养,行肠内营养支持治疗,明显提高生活质量。结论 PFG 具有操作简单、创伤小、并发症少等优点,为头颈部恶性肿瘤致吞咽困难患者提供了一个肠内营养支持治疗的新途径,良好的心理护理、术前充分准备、术后全面周到的护理和出院指导是保证 PFG 成功的重要条件。

**【关键词】** 头颈部恶性肿瘤;胃造瘘;护理

中图分类号:R735 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2014)-07-0637-03

**The nursing care for patients receiving percutaneous fluoroscopy-guided gastrostomy for treatment of dysphagia caused by head and neck cancer** LIN Mei-guang, WEI Fu-lian, YI Xiao-yu, YU Lei. Department of Interventional Radiology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning, Guangxi Province 530021, China

Corresponding author: YU Lei

**【Abstract】 Objective** To discuss the nursing management for patients receiving percutaneous fluoroscopy-guided gastrostomy (PFG) for the treatment of dysphagia caused by head and neck cancer. **Methods** A total of 15 patients with dysphagia caused by head and neck cancer received PFG. Before PFG sufficient preparation and psychological nursing care were carried out for all the 15 patients. After the operation the patients were kept under close observation for any changes in his or her clinical conditions. Proper prevention measures against complications were adopted. **Results** PFG procedure was successfully accomplished in all 15 patients. Postoperative complications included gastric bleeding ( $n = 1$ ), stoma infection ( $n = 1$ ) and proctoptosis ( $n = 2$ ), and the disorders were recovered after clinical management. After PFG intravenous nutrition was no longer employed in all patients, and enteral nutrition was conducted. The quality of life was significantly improved in all patients. **Conclusion** PFG is technically-simple and minimally-invasive with fewer complications. This technique provides a new way to give enteral nutrition for patients with dysphagia caused by head and neck cancer. Excellent psychological nursing, sufficient preoperative preparation, comprehensive postoperative nursing care and medical advices at the time of discharge are the key points to ensure a successful PFG. (J Intervent Radiol, 2014, 23: 637-639)

**【Key words】** head and neck cancer; gastrostomy; nursing

头颈部恶性肿瘤患者常采用外科手术治疗和

放射治疗,但手术及放疗后造成局部损伤容易引起上消化道狭窄甚至梗阻,导致患者吞咽困难或无法进食而造成营养不良<sup>[1]</sup>。为保证营养摄入,传统方法是通过鼻胃管、外科手术胃造瘘给予肠内营养,但长期留置鼻胃管会导致鼻腔、咽部、食管黏膜糜烂、出血及吸入性肺炎等并发症,外科手术造瘘创伤

DOI:10.3969/j.issn.1008-794X.2014.07.021

作者单位:530021 南宁 广西壮族自治区人民医院临床肿瘤中心普通介入诊疗病区

通信作者:余雷 E-mail:yl95417@163.com

大,对于长期营养不良、体质虚弱的肿瘤患者难以耐受,且有 1/3 患者出现并发症。透视下经皮胃造瘘术 (percutaneous fluoroscopic gastrostomy, PFG),以其操作简单、安全快捷、并发症少等优点,已逐渐成为建立肠内营养通道的首选治疗手段<sup>[2]</sup>。我院 2011 年 1 月—2012 年 12 月,对 15 例头颈部恶性肿瘤致吞咽困难患者行 PFG,在术前和术后实施整体护理,收到了满意效果。现报道如下。

## 1 材料与方法

### 1.1 材料

1.1.1 临床资料 本组头颈部恶性肿瘤患者 15 例,男 12 例,女 3 例,年龄 48 ~ 76 岁,平均年龄 54 岁;其中鼻咽癌 1 例,下咽鳞癌 3 例,喉癌 2 例,牙龈癌 2 例,舌根癌 5 例,甲状腺癌 2 例。15 例患者术前因肿瘤局部侵犯或放疗后肿胀导致吞咽困难,采用静脉营养维持生命,全部患者有肠内营养适应证。

1.1.2 器材、设备及药品 日本产鲋田式胃壁固定器及胃造瘘穿刺套件、2%利多卡因 10 ml、76%泛影葡胺 60 ml、5 F-单弯导管、0.035 英寸超滑导丝、GE 公司 DSA 设备。

### 1.2 方法和结果

1.2.1 手术方法 经鼻腔通过超滑导丝将 5 F 单弯导管引入患者胃腔,透视下经导管外接三通接头,经导管注入气体 800 ~ 1 000 ml,透视下观察扩张胃泡位置,选择左肋弓下缘为穿刺点,正侧位透视证实该穿刺部位的胃前壁紧贴腹壁(有时为避开肝脏或横结肠可借助超声进一步明确)。局麻下,选择穿刺点上下或左右各 2 cm 处为固定点,使用鲋田式胃壁固定器于该两点穿刺腹壁进入胃腔,正侧位透视证实进入胃腔后引入滑线,滑线随之通过固定器装置进入胃腔,推入套索使滑线头端套牢后一并退出穿刺套件,将滑线引出,行外科打结将腹壁和胃壁相贴固定后保留于体表。在 2 个固定点的中间使用带剥脱式外鞘的穿刺针穿刺,正侧位透视确定该穿刺针进入胃腔后,拔出针芯,可见胃腔内气体逸出后迅速将造瘘管引入,同时将可剥脱式外鞘剥脱、去除并将造瘘管随之引入胃腔。经造瘘管注入对比剂,证实造瘘管在胃腔内后由球囊注水口注入 3 ml 灭菌蒸馏水使球囊充盈,通过留置的固定滑线将造瘘管底盘进行结扎固定于腹壁表面。轻拉造瘘管,使球囊紧贴胃前壁起固定作用,局部包扎。

1.2.2 手术结果 15 例患者均一次性完成 PFG 手术,操作时间 15 ~ 30 min。术后均停止静脉营养,改

为肠内营养,患者营养状况明显改善。1 例术后出现胃出血,及时通过腹腔干及肠系膜上动脉造影发现出血血管并给予栓塞治疗后出血停止,1 例术后发生造瘘口周围感染,给予换管及局部定期消毒换药后好转;2 例发生脱管,予更换导管后保留至今。本组 PFG 置管时间最短 90 d,最长 1 年。术后随访 1 年,9 例仍保持造瘘管继续肠内营养,2 例置管后 3 个月恢复正常饮食拔除造瘘管,4 例因肿瘤进展死亡。本组患者均未发生吸入性肺炎、腹膜炎、胃穿孔、败血症、堵管、造瘘管移位。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 头颈部恶性肿瘤患者放疗后损伤出现食管狭窄或张口困难、放射性皮炎影响美观、发声困难导致语言障碍,导致其焦虑、自卑,现在又面临放置胃造瘘管,由于对 PFG 相关知识缺乏了解,术后伤口的存在和进食通道的改变,担心会永久性依靠造瘘管注食,使患者及其家属产生紧张和恐惧心理。因此护士应向他们介绍 PFG 的方法、优点及术中配合的注意事项,说明 PFG 是一项手术时间短、易操作、创伤小的治疗技术,置管成功后可在家庭自行注食,利于提高生活质量和保持患者外表尊严,并介绍成功的病例,缓解其心理压力,使其更好地配合治疗。

2.1.2 患者准备 术前进行腹部皮肤备皮,保持腹部皮肤清洁。术前 1 d 进流质饮食,术前禁食 8 ~ 12 h,或留置胃肠减压管。

### 2.2 术后护理

2.2.1 一般护理 术后绝对卧床休息 24 h,给予心电监护 6 h,密切观察患者生命体征、消化道症状等,并给予适当的安慰及鼓励。

2.2.2 造瘘管及固定盘周围皮肤护理 术后检查并记录造瘘管的置管长度,保持造瘘管的清洁、通畅、固定牢靠。逐日清洁并用茂康碘消毒固定盘周围皮肤,并更换敷料,1 周后改为每周换药 2 次,直至造瘘口形成,如局部有渗出液要及时更换敷料,防止感染。

2.2.3 饮食护理 术后禁食禁饮 24 h,如无异常,给予生理盐水或葡萄糖液(糖尿病患者除外)经造瘘管内注入,2 d 后逐渐过渡到医院营养科配置好的肠内营养液或其他流质。注食量应根据患者的消化功能情况而定,全量 1 500 ~ 2 000 ml/d,每次从 50 ml、100 ml、200 ml 逐渐增加,每天 5 ~ 6 次,如

患者耐受,可增加至每次不超过 300 ml。当胃内残留量 > 100 ml 时,应减慢或停止输注<sup>[2]</sup>。注入食物前后均给予温开水 30 ml 冲管,防止造瘘管堵塞。注入食物速度不可过快,应缓慢注入,并取半卧位或坐位防止出现胃食管返流误吸。

#### 2.2.4 并发症的观察与护理

2.2.4.1 胃出血:术后应密切监测生命体征、腹部体征。本组 1 例患者术后 2 h 出现血压进行性下降,立即报告医师。术后进行穿刺处护理、密切病情观察,如生命体征和穿刺侧下肢皮温、颜色、足背动脉搏动情况等。

2.2.4.2 造瘘口周围皮肤感染:造瘘口皮肤感染多是营养液外渗残留在造瘘口周围,细菌繁殖引起,与造瘘管底盘缝合固定过紧、反复摩擦、造瘘后形成的通道过大导致营养液及胃液外漏等有关。表现为局部伤口红肿、分泌物增多、局部压痛,可伴有发热、外周血白细胞升高。因此,造瘘管固定要松紧适宜,以不松动刚好能转动为佳。术后 1 周应每天检查造瘘口周围皮肤,注意有无红、肿、热、痛及胃内容物渗漏,每天用茂康碘消毒液消毒固定盘周围皮肤,更换敷料每日 1 次,保持固定盘周围皮肤干燥、清洁,防止感染。

2.2.4.3 腹泻:发生率为 2.3% ~ 30.6%<sup>[3]</sup>,其原因与营养液的配方组成及灌注方法不当、肠道菌群失调有关。因此,要严格配制营养液,避免油腻、过冷、过热的食物。本组患者未出现腹泻。

2.2.4.4 造瘘管堵塞、脱落:指导患者及其家属将所有食物搅碎调匀;药片充分研碎、溶解后注入,避免食物与药物混合注入;注入前后给予温开水 30 ml 冲管,防止造瘘管堵塞。妥善固定好造瘘管,每天检查并记录造瘘管体外管道的长度。住院期间每周 1 次经球囊注水口回抽、补注,保证球囊内 3 ml 液体的充盈,防止球囊空瘪造成造瘘管脱落。本组发生 2 例造瘘管脱落,其中 1 例是因为患者出院后未定期对球囊进行充盈,固定球囊空瘪导致造瘘管脱落;另外 1 例由于造瘘管长期留置,患者无意识拔管,经重新置管后保留至今。

2.2.4.5 吸入性肺炎:吸入性肺炎与 PFG 术后的食物反流误吸有关<sup>[4]</sup>。为防止返流误吸,每次注入食物时,患者取坐位或半卧位(床头抬高 30° ~ 45°),进食后保持该体位 1 h。每次喂饲量适当,不可太多。合理安排吸痰时间,管饲前彻底吸痰,管饲后 1 h 尽量不吸痰。本组患者未发生吸入性肺炎。

#### 2.3 出院指导和健康教育

出院前指导患者及其家属掌握 PFG 造瘘管的使用和护理方法,掌握适当的喂饲量、正确的喂养方式、营养液的配制,要定时定量喂饲,保持管腔通畅及造瘘管周围皮肤清洁卫生,预防感染,要按时回院检查维护。

### 3 讨论

头颈部恶性肿瘤由于其病变部位隶属或临近上消化道,肿瘤的局部侵犯、放疗后损伤出现咽、喉部、食管狭窄或张口困难、预计放疗后局部肿胀等,导致患者吞咽困难或无法进食出现营养不良<sup>[5]</sup>,严重影响患者的生活质量。为建立长期胃肠内营养途径多采用 PFG。PFG 术为头颈部恶性肿瘤致吞咽困难无法经口摄食患者的营养支持提供了理想的摄食通道,PFG 具有以下优点:①置管简便,手术时间短,费用低廉;②创伤小、并发症少;③恢复肠内营养快,造瘘管留置时间长。

在护理本组患者时,我们以患者为核心实施整体护理,从生物-心理-社会各个维度全面认识和解决患者的健康问题。在做好疾病常规护理的同时,给患者心理疏导和安慰,以良好的心态接受手术治疗,并指导家属参与护理,以满足患者爱与归属的需求。

#### [参 考 文 献]

- [1] 沈洁云,王忠敏,陈克敏,等.经皮内镜引导下、经皮影像学引导下施行胃造瘘术的比较研究[J].介入放射学杂志,2010,19:669-672.
- [2] 周建平,王忠敏,刘涛,等.经皮透视引导下胃造瘘和胃空肠造瘘术的临床应用[J].介入放射学杂志,2011,20:279-282.
- [3] 徐天乐.现代胸外科学[M].北京:北京科学技术出版社,2004:685-685.
- [4] 张凤丽,王岚.经皮内镜下胃造瘘术的临床观察及护理[J].临床合理用药杂志,2012,05:128-129.
- [5] 孔宪和,陈丽恒.经皮内镜下胃造瘘术在鼻咽癌病人中的临床应用[J].现代消化及介入诊疗,2010,15:29-30.
- [6] 陈勇,李彦豪,曾庆乐,等.经皮穿刺胃造瘘和胃空肠造瘘术[J].介入放射学杂志,2005,14:394-397.
- [7] 刘婉薇,廖山婴.经皮穿刺内镜下胃造瘘术的临床应用[J].中国消化内镜,2008,2:25-29.

(收稿日期:2013-08-24)

(本文编辑:俞瑞纲)