

联合经鼻-经肛肠梗阻导管治疗胃肠癌术后麻痹性肠梗阻的护理体会

周李娜, 潘欣欣, 王艳梅, 朱莉娟, 张悦敏, 蔡晓燕

【摘要】目的 探讨联合应用经鼻及经肛肠梗阻导管在胃肠癌术后麻痹性肠梗阻治疗中的护理体会。**方法** 收集上海浦东新区公利医院胃肠癌术后麻痹性肠梗阻患者 10 例, 回顾性分析总结其联合应用经鼻及经肛肠梗阻导管治疗的护理经验和体会。**结果** 10 例患者均通过联合经鼻经肛肠梗阻导管治疗, 效果良好。护理过程中, 送管顺利, 导管引流通畅, 无肠穿孔、出血等并发症发生。**结论** 对麻痹性肠梗阻的患者, 可以联合采用经鼻及经肛肠梗阻导管治疗, 治疗过程中实施细微的导管动态跟踪护理及通畅的引流护理极为重要。

【关键词】 麻痹性肠梗阻; 经鼻—经肛肠梗阻导管; 胃肠癌; 护理体会

中图分类号: R735.5 文献标志码: A 文章编号: 1008-794X(2018)-08-0789-04

Nursing care for patients with paralytic ileus receiving transnasal and transanal ileus-tube treatment after gastrointestinal surgery for cancer ZHOU Lina, PAN Xinxin, WANG Yanmei, ZHU Lijuan, ZHANG Yuemin, CAI Xiaoyan. Department of Nursing, Gongli Hospital of Pudong New District, Shanghai 200135, China

Corresponding author: CAI Xiaoyan, E-mail: cxy6429@163.com

【Abstract】 Objective To discuss the nursing experience in combination use of transnasal and transanal ileus-tubes in treating paralytic ileus after gastrointestinal surgery for cancer. **Methods** A total of 10 patients with paralytic ileus after gastrointestinal surgery for cancer were collected. The nursing experience in combination use of transnasal and transanal ileus-tubes in these patients was retrospectively analyzed and summarized. **Results** Treatment with combination use of transnasal and transanal ileus-tubes was successfully carried out in all the 10 patients, the clinical effect was satisfactory. During nursing process, the implantation of ileus-tube was smoothly accomplished, and the tube drainage was unobstructed. No complications occurred. **Conclusion** For the treatment of paralytic ileus, combination use of transnasal and transanal ileus-tube drainage is clinically feasible and effective. During the therapeutic process, the careful dynamic tracking nursing for the ileus-tubes and the ensuring of an unobstructed drainage are extremely important. (J Intervent Radiol, 2018, 27: 789-792)

【Key words】 paralytic ileus; transnasal ileus-tube and transanal ileus-tube; gastrointestinal cancer; nursing experience

麻痹性肠梗阻是由于肠动力障碍, 内容物无法排出的一种肠梗阻^[1]。多继发于腹腔严重感染, 大手术后, 尤其是年老体弱人群, 极易出现水电解质、酸碱平衡紊乱, 腹部手术切口哆开等严重并发症^[2]。麻

痹性肠梗阻病情复杂多变, 严重者可导致死亡。目前治疗一般采用综合性非手术措施, 治疗原则以改善和恢复肠道动力、缓解临床症状、减少并发症, 并纠正营养不良及水电解质失衡等为主^[3]。目前临床应用的经鼻插入型肠梗阻导管, 可以有效吸引患者梗阻近端的梗阻物^[4], 但其应用范围有限, 仅对梗阻近端的减压效果较好^[5], 对小肠深部的减压引流效果有限, 而经肛型肠梗导管可以有效弥补该缺陷^[6]。本研究采用两种导管联合应用验证其解除梗阻效果, 观察患者转归及预后情况。我院对 10 例术后麻

DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2018.08.019

基金项目: 上海市浦东新区卫生系统优秀青年医学人才培养 (PWRq2014-12)

作者单位: 2000135 上海市浦东新区公利医院护理部(周李娜、潘欣欣、王艳梅、张悦敏), 普外科(朱莉娟、蔡晓燕)

通信作者: 蔡晓燕 E-mail: cxy6429@163.com

痹性肠梗阻患者行联合经鼻-经肛肠梗阻导管治疗,治疗过程中置管良好,送管顺利,导管引流通畅,无并发症发生。现将护理体会报道如下。

1 材料与方 法

1.1 临床资料

纳入 2012 年 5 月—2016 年 5 月在我院收治术后麻痹性肠梗阻患者 10 例。均是明确诊断,排除绞窄性肠梗阻及有内镜检查禁忌证者。其中男 6 例,女 4 例,年龄 55~88 岁,平均 71.5 岁;大肠癌术后麻痹性肠梗阻 7 例,胃癌切除术后 3 例。临床表现:所有患者均有不同程度的腹痛、腹胀、停止排气排便。腹部检查有不同程度腹壁肠型和腹部压痛、肠鸣音减弱或消失,X 线检查有大小不等的液气平面。

1.2 置管方法

采用大连库利公司生产的 CLINY 经鼻肠梗阻导管和经肛肠梗阻导管置管,所有患者均由医师在 X 线或内镜下边确认边进行。

1.3 结果

本组 10 例患者应用联合经鼻-经肛肠梗阻导管治疗并经过细心专业护理,所有患者麻痹性肠梗阻症状均有不同程度缓解,梗阻解除时间为 5~12 d,无并发症发生。其中 8 例症状完全消失,1 周左右拔除导管;2 例症状改善转保守治疗。对所有患者进行电话随访,出院 1 年内每 3 个月随访 1 次,其中半年后复发 1 例,再次进行肠梗阻导管置入治疗后缓解。

2 护 理

2.1 心理护理

两种导管同时置入后对所有患者都有不同程度的不适和疼痛感,给患者生理、心理造成双重影响,本研究中 10 例患者均感觉明显不适,其中咽喉肿痛 6 例,肛门处异物感 8 例。护士要及时关注患者的心理变化,热情、诚恳地给予解释和相关知识的宣传教育,让患者充分了解联合经鼻-经肛肠梗阻导管治疗减压的操作流程及导管维护知识重要性,告知患者留置导管的时间,以减少患者因对疾病的严重程度和治疗意义不了解而产生恐惧、抑郁等不良情绪。

2.2 一般护理

本次研究设有肠梗阻专科护士,置管后 3 d 内每小时对患者巡视,进行常规的生命体征监测。使用复方醋酸氯己定漱口液漱口及擦拭口唇,有效减

少了口腔异味和肺部感染发生。针对因置管而导致咽喉不适者,轻者给予 0.9%NaCl 溶液 5 mL+吸入用乙酰半胱氨酸溶液 0.3 g+布地奈德混悬液 1 mg 进行雾化吸入,严重者立即通知医师调整导管固定方向。

2.3 体位护理

肠梗阻导管置入期间不直接取坐卧位,而应采用半坐侧卧位,可以有效避免气囊压迫、导管扭曲,有利于保持引流通畅。每 2 小时协助患者翻身,健康状况良好的患者鼓励其在床上进行轻微抬臀活动,每日 4~6 次,每次 5~10 min,活动期间注意保护导管。应用压疮危险因素评估表进行全面评估,本研究发 现经肛肠梗阻导管固定导致肛周皮肤破损有 1 例,采用金霉素眼膏涂敷破损处,7 d 后愈合。

2.4 导管护理

2.4.1 经鼻肠梗阻导管 使用 3 cm×4 cm 的胶布将导管固定于耳廓,鼻孔与耳廓间要留有足够长度(10~20 cm)^[7],肠梗阻导管鼻翼处不予固定,以利于肠梗阻导管借助前端的重力随肠蠕动向下滑动。第 1 次置管后用笔在导管上做标记,以便及时观察导管鼻腔外的长度和了解导管是否深入或脱出。及时倾倒引流液并记录,防止引流液过多、过重引起导管脱出。专科护士每 2 小时将导管插入 10 cm,以利于肠梗阻导管更快更有效到达梗阻部位起到减压效果。尽量使用导管本身附带的塞子夹闭管道或开放导管,禁忌用止血钳等锐器夹闭管道,以防止管壁断裂,本研究中发生过 1 例因使用止血钳导致导管断裂。

2.4.2 经肛肠梗阻导管 ①导管固定:对于经肛肠梗阻导管固定少有文献报道,我科采用纱布绷带固定法,使用 2 条长度适合的纱布绷带,在导管近肛门 3 cm 处打结,然后分别固定于患者的两侧大腿根部,松紧以深入 1 指为宜。这样不仅保证了导管在体内有一定的游离度,并且牢固、舒适。绷带一旦遇粪便污染或松脱时应及时更换,重新固定。护士仔细观察导管外露肛门处,做好标记,防止导管脱出或深入,指导患者及家属如何保护导管,防止导管在翻身、床上活动时牵拉和移位,尽量采用右侧卧位或斜坡卧位,以减少对气囊的压迫,避免导管扭曲或折叠^[8]。②冲洗护理:患者采用 0.9%NaCl 溶液间歇冲洗和低负压吸引。考虑患者术后疼痛,故冲洗液选取 37~40℃ 0.9%NaCl 溶液,同时在冲洗过程中注意观察引流液的颜色、量和性状,特别要详细记录冲洗液的注入量和引流液的引出量,以患者

耐受量及速度为宜。冲洗时要动作轻柔,转动肠梗阻导管,留有一定的间隔,让冲洗液在肠道内分布均匀,以保证治疗更有效。

2.5 并发症预防护理

2.5.1 腹部并发症护理 置管过程中的操作不当、经导管注入药物过量、肠道疾病发生变化,都可导致肠穿孔、出血、坏死,应密切观察腹部体征^[9]。尤其两种导管联合置入时护理人员要加强对患者的巡视和询问,密切观察患者的病情变化。每小时观察记录患者腹部症状、体征,询问患者的自我感觉,有无腹痛及进行性腹胀,每天测量腹围并记录,听诊肠鸣音,配合做好 X 线等检查。

2.5.2 代谢性并发症护理 麻痹性肠梗阻患者存在着水、电解质、微量元素的异常,酸碱平衡紊乱。护理上要注意观察患者尿量、粪便颜色及形状,测体重、血浆白蛋白、生化、电解质等,及时观察营养支持效果,放置营养不足或营养过剩及代谢并发症的发生,所有患者在治疗周期内均未出现代谢性并发症。

3 讨论

术后麻痹性肠梗阻是多种影响因素导致肠道蠕动功能减退或消失,不能推动肠内容物通过,从而导致胃肠动力紊乱,伴有肠道梗阻的症状及体征,但不存在机械性阻塞^[10]。但由于肠道积气、积液可引起肠管膨胀、压力升高,导致肠壁缺血,可能引起腹腔间室综合征,甚至引起全身多脏器功能衰竭^[2]。因此,及时有效的胃肠减压尤为重要,不仅可以减少并发症的发生,还有利于纠正术后患者的营养不良和水电平衡^[11]。但其前提是必须具备充足的置管深度,对肠内梗阻物有效吸引并清除,才能有效解除梗阻状况^[12]。

减轻患者心理不良反应,增强患者治愈信心,对于提高患者的配合,提高治疗效果十分重要^[13]。本次研究中针对患者的不良情绪给予心理护理,尤其让患者充分了解联合经鼻-经肛肠梗阻导管治疗的意义和留置导管的时间,有效地增强患者的治疗信心,效果良好。其次,术后体位正确摆放对于患者病情恢复,保持导管引流的有效性,预防并发症具有重要意义,本次研究所有患者均采用半坐侧卧位,不仅有利于活动,有效促进胃肠蠕动,更有利于保护导管引流通畅有效。同时,导管护理的舒适性和有效性是保证治疗成功的关键,对经鼻肠梗阻导管均采用耳垂导管固定方法,并与鼻孔之间留取足

够长度,有利于借助重力作用到达梗阻部位。对经肛肠梗阻导管,我科创新性采用纱布绷带固定法,得到了医患的一致满意,不仅保证了导管在体内有一定的游离度,并且牢固、舒适。在本研究中出现 1 例使用止血钳夹断导管的状况,因此在导管固定中避免采用锐器夹闭。在导管置入期间,专科护士要密切观察病情,预防相关并发症的发生,有效避免患者病情的加重。

近年来,经鼻肠梗阻导管在解除肠梗阻中的应用越来越广泛,已经成为一种主要的非手术的治疗方法,它利用重力作用接近或者达到肠梗阻的近端,通过不断吸出梗阻物,从而达到接触梗阻的效果。不仅对高位的肠梗阻具有良好的解压效果,对于部分低位或结肠梗阻也有一定解压效果^[12],同时可以有效避免术后肠道粘连,预防效果较为突出,避免了再次手术的风险,有效减轻患者痛苦。康春博等^[14]采用日本引进的 DNT 在解除急性麻痹性肠梗阻,效果良好,DNT 置管长度可以有效满足对解除低位梗阻的需求,同时具备更高的引流效率,是一种较为安全的引流方式,并且能够加快肠道功能恢复,但其费用昂贵,临床应用受限,并且仅适用于短期胃肠功能能够恢复的患者,长期应用则会带来再次手术风险^[15]。本研究充分考虑经鼻肠梗阻导管对解除较低位置肠梗阻的不足,联合应用经肛肠梗阻导管,其对于解除低位梗阻效果良好,操作较为简便,安全可靠,对于肠道压迫性较小,利于引流,对于降低术后腹部感染和伤口吻合口瘘,可以快速清除消化道内的细胞与毒素,减轻其对肠道的麻痹作用。同时还能加快解除肠梗阻造成的肠内压增高,两者形成优势互补^[16],值得在临床中推广应用。

联合经鼻-经肛肠梗阻导管治疗麻痹性肠梗阻作用显著。两种导管同时置入对护理也提出了更高的要求,而一系列的基础护理、导管护理、安全护理、并发症观察以及健康宣教等综合护理措施是保证治疗成功的关键。肠梗阻导管的联合治疗和护理显著改善了患者的生活质量,甚至挽救了患者的生命,值得在临床工作中进一步推广和应用。

[参考文献]

- [1] Ramirez JA, McIntosh AG, Strlow R, et al. Definition, incidence, risk factors, and prevention of paralytic ileus following radical cystectomy: a systematic review[J]. Eur Urol, 2013, 64: 588-597.

[2] Daniels AH, Ritterman SA, Rubin LE. Paralytic ileus in the orthopaedic patients[J]. Am Acad Orthop Surg, 2015, 23: 365-372.

[2] 袁晨曦, 孙 备, 姜洪池, 等. 以麻痹性肠梗阻为主要临床表现的急腹症 29 例诊治分析[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29: 250-252.

[3] Mak G, Ward R, Shehabi Y, et al. Use of neostigmine in capecitabine-induced paralytic ileus[J]. Tumori, 2013, 99: e225-e228.

[4] 董江楠, 蔡晓燕, 乔德林, 等. 经鼻插入型肠梗阻导管治疗粘连性小肠梗阻的临床应用[J]. 介入放射学杂志, 2015, 24: 430-433.

[5] 吴 颖, 裴丹英, 杨淑娟. 经鼻肠梗阻导管治疗老年黏连性肠梗阻的护理[J]. 护理与康复, 2012, 11: 153-154.

[6] 矫秀妍. 经肛型肠梗阻减压导管在急性左半结肠恶性肠梗阻中应用的术后护理体会[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32: 912-914.

[7] 邓 柳, 叶 弘, 汪普丹. 3 例导管置入术治疗结肠癌性梗阻的护理[J]. 现代护理, 2008, 14: 820-821.

[8] 王培芹, 胡海燕, 肖 波. 26 例经鼻置入肠梗阻导管患者的观察与护理[J]. 吉林医学, 2010, 31: 2098-2099.

[9] Malbrain ML, Cheatham ML, Kirkpatrick A, et al. Results from the International conference of experts on intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. I. Definitions [J]. Intensive Care Med, 2006, 32: 1722-1732.

[10] Boone B, Zureikat A, Hughes SJ, et al. Abdominal compartment syndrome is an early, lethal complication of acute pancreatitis[J]. Am Surg, 2013, 79: 601-607.

[11] Gowen GF. Rapid resolution of small-bowel obstruction with the long tube, endoscopically advanced into the jejunum[J]. Am J Surg, 2007, 193: 184-189.

[12] 颜綦先, 樊丽琳, 沈小春. 经鼻型肠梗阻导管在肠梗阻治疗中的临床价值[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2014, 23: 1430-1432.

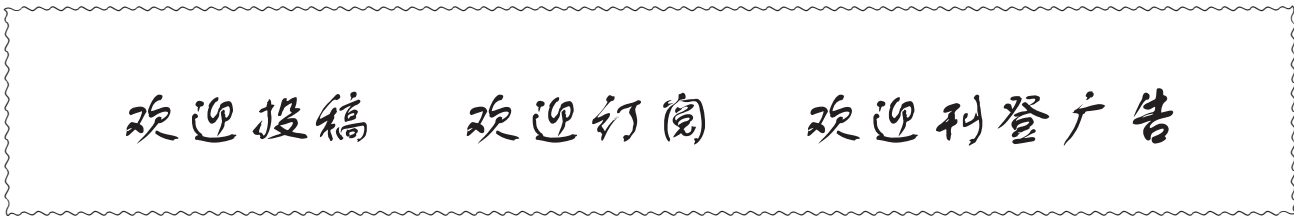
[13] 马 波, 徐 巍, 梁艳秋. 经鼻型肠梗阻导管治疗 60 例梗阻护理体会[J]. 辽宁医学杂志, 2010, 24: 263-265.

[14] 康春博, 刘金洪, 李旭斌, 等. 经鼻肠梗阻导管在急性麻痹性肠梗阻治疗中的应用价值[J]. 世界华人消化杂志, 2013, 21: 2470-2474.

[15] Fischer A, Schrag HJ, Goos M, et al. Transanal endoscopic tube decompression of acute colonic obstruction: experience with 51 cases[J]. Surg Endosc, 2008, 22: 683-688

[16] 王 忠, 李 彬, 韩廷超, 等. 经鼻肠梗阻导管治疗粘连性小肠梗阻的临床观察[J]. 临床误诊误治, 2011, 24: 54-55.

(收稿日期:2017-01-07)
 (本文编辑:俞瑞纲)


 欢迎投稿 欢迎订阅 欢迎刊登广告