

胆总管结石合并急性出血坏死性胰腺炎 放置小肠营养管护理体会

周永红, 庄永芳

张掖市人民医院东街门诊, 甘肃 张掖 734000

关键词: 急性胰腺炎, 出血坏死性; 小肠营养管; 肠内营养; 胆总管结石; 护理;

中图分类号: R 575.7 R 576 文献标识码: B 文章编号: 1674-8182(2015)01-0119-02

胆总管结石合并急性出血坏死性胰腺炎(ANP)是急性胰腺炎的一种常见类型,胰腺组织水肿,体积增大,胰腺腺泡、脂肪、血管大片坏死,腹膜后间隙大量血性渗出液,网膜、系膜组织被渗出的胰酶所消化。ANP病情笃重,发展急剧,并发症多,死亡率很高。ANP易致水电解质紊乱、低蛋白血症等^[1]。我院对2011年1月至2013年6月收治的21例ANP患者放置小肠营养管给予早期营养支持,本文总结ANP患者放置小肠营养管的护理体会。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组共21例,男12例,女9例;年龄35~65岁,平均53岁。21例血液淀粉酶均明显增高,均经腹部彩超、CT检查诊断胆总管结石、ANP;Ranson标准均 ≥ 3 项。入院时均有不同程度地休克体征。其中4例重度黄疸,8例中度黄疸,6例轻度黄疸,3例无黄疸。21例患者经抗休克治疗病情平稳后,全部择期行内镜逆行胰胆管造影(ERCP)胆道取石(根据情况部分放置胆管支架),并同时放置小肠营养管给予肠内营养。1例因胆道感染发热40 d。营养管放置最长达5个月,最短10 d(因取胆道支架被拔出)。

1.2 护理方法

1.2.1 心理护理 由于发病突然,病情危重,疼痛剧烈,变化迅速;手术后病人有多个置管,且小肠营养管置管后鼻咽部异物刺激感明显,因局部压迫出现水肿、疼痛;长期禁食水等,病人常表现为焦虑、恐惧、紧张。护士应理解病人的感受,加强护患沟通,耐心解答病人的各种疑虑;讲解本病的相关知识及配合治疗的重要性,宣教小肠营养管对疾病恢复及营养供给的

重要性,减少心理应激源,减轻心理压力^[2]。不断鼓励病人使其保持乐观向上的态度,积极配合治疗。

1.2.2 饮食护理 从营养管灌注时应遵循浓度从低到高、容量由小到多、速度由慢到快的原则。一般术后12 h即可先输注5%葡萄糖盐水500 ml作试验性灌注,并可刺激肠蠕动的恢复;缓慢滴注,20~40 ml/h。术后第2天通气后开始管饲温开水,首日总量控制在500 ml,以患者不感到不适为标准;水温37~40℃,速度平均100 ml/h^[3]。方法:用50 ml注射器缓慢推注,也可用专用管饲输注器缓慢输注;因为输注时间长最好用鼻饲管电加温器,夹在靠近鼻端加温,使输注液保持恒温。经过术后第2天管饲温开水患者如果无不适,术后第3天开始给予管饲稀饭清汤,清面汤,量控制在每天500~1000 ml,少量多次输注,每次输注50~100 ml,输注温度及管饲法同温开水法。如果患者管饲温开水后有不适,如腹胀、腹痛等,继续减量管饲温开水,并注意减慢输注速度,必要时暂停管饲,待患者肠道适应后再缓慢管饲全流饮食。随着肠内营养输注逐渐适应,胃肠外营养可不断减少,肠内营养种类及量开始逐步增加,如肠内营养液瑞素、稀米汤、面汤、鱼汤、鸡汤、牛羊肉汤、鲜榨果汁、酸奶、豆浆等24 h交替输注,保证营养全面。每日输注量可逐渐增加至2000 ml左右^[4]。在输注营养液时一定要保证营养液现配现用,配置后悬挂输注不得超过8 h,冷藏不超过24 h^[5]。随着疾病逐渐恢复,患者可经口进食后,管饲开始逐渐减少。但胰腺炎患者要长期给予限制饮食,含脂肪、胆固醇、优质蛋白的饮食仍需要管饲给予,如鱼汤、鸡汤、牛羊肉汤等,所以营养管要尽量保留。

1.2.3 小肠营养管管道护理 导管置入到位后,要妥善固定,防止导管脱出,可用自粘式鼻贴固定,每日更换。如果是24 h持续输注每日更换输注管道,非连续性输注时每次更换。输注用的配液瓶随用随清

洗,并煮沸消毒。每次滴注前后及两种营养液之间,必须用温开水 30 ~ 50 ml 冲洗导管,然后将管口封好。蛋白质类物质应与果汁类隔开输注或中间输注温开水,因为蛋白质易与果汁里的酸性物质结合成不易吸收的大分子物质,且在小肠营养管内凝结成块易堵管;另外,两者混合输注后患者有饱胀不适感。

1.2.4 并发症的预防及护理 小肠营养管并发症包括胃肠道、代谢、黏膜损伤、机械损伤等几个方面。胃肠道最常见的有恶心、呕吐、腹泻、腹胀、便秘。恶心、呕吐,与患者病情、营养液的配方、输注速度有关,配方合适、减慢滴速可有效预防;腹泻是最常见的并发症,高达 62%;通常发生在肠内营养开始使用高渗性饮食时,当高渗性饮食进入肠道时,肠道分泌大量的水以稀释溶液的浓度,大量水进入肠道后,刺激肠蠕动引起腹泻;也与营养液新鲜度、滴速、温度、量有关。注意营养液新鲜度、浓度、滴速、温度、量及合理使用抗生素,可有效控制腹泻^[6]。腹胀、便秘系由于长期卧床、肠蠕动减少,床上排便习惯改变,无力排便;肠内营养中膳食纤维减少、低钾导致肠麻痹有关;调节速度避免过量,合理补液,尽量早期下床活动,不能下床者应教会患者及家属腹部按摩(每日 2 次)可预防。代谢最常见的是水电解质紊乱、低蛋白血症,根据病情和化验指标合理的安排输注的营养液,电解质、蛋白质均衡给予可防止代谢性疾病的发生。黏膜损伤主要是营养管压迫局部引起鼻腔黏膜、咽部黏膜、小肠黏膜的损伤,患者自感咽部,腹部疼痛,每日给予生理盐水或碘伏涂擦置管鼻腔 2 ~ 4 次,并在鼻前庭沿喂养管向鼻孔内滴注少量液体石蜡油^[3],石蜡油或碘甘油涂擦咽部 2 ~ 4 次;经常更换体位可有效预防。机械损伤主要是堵管,与输注液体的浓度及输注后不及时冲管有关。浓度不可过稠,每次输注后及两种输注液间应及时冲管。给药时必须充分碾碎溶解,有些药物有特定的稀释要求,否则会结块凝固堵管^[7]。堵管后可用温开水推注冲管,不可用力推注以免损伤黏膜,必要时用导引钢丝疏通^[8]。

2 结果

21 例 ANP 患者经积极的综合治疗,均痊愈。经给予肠内营养后,未发生严重水电解质紊乱、低蛋白血症等。与肠内营养相关的并发症包括:6 例腹泻,4 例腹胀,4 例咽部疼痛较剧烈。经对症护理后腹泻腹胀全部缓解,咽喉疼痛 1 例较重者 1 月后不能耐受拔

管。未发生堵管情况。未见严重营养管移位或脱出。

3 讨论

胆总管结石性 ANP 经 ERCP 取石术后,应早期放置小肠营养管给予营养输注。由于小肠营养管前端位于小肠,输注的营养液可以直接在小肠吸收,最大限度避免营养液刺激胰腺的外分泌。营养液的直接吸收有效控制本病禁食水期间及后期限制饮食期间引起的水电解质紊乱、低蛋白血症^[9]。在实施肠内营养的 21 例患者中均未发生严重水电解质紊乱、低蛋白血症。

通过小肠营养管进行肠内营养能促进肠蠕动恢复,保护肠黏膜屏障,促进疾病早期恢复,且大部分营养液在后期恢复中患者家属都可以在家烹制,具有经济、安全、方便、实用等特点。输液泵、增温器、热水袋的使用,可有效控制输入的速度和温度,也减轻了护士的劳动,有效降低了胃肠道并发症的发生率。

通过 21 例 ANP 患者的观察,作者体会在置管期间最重要的是做好患者的心理护理,使其了解小肠营养管对其疾病恢复的重要性,防止患者自行拔管。小肠营养管管道护理、输注管及配液瓶的清洁消毒、饮食的合理搭配,对通过小肠营养管实施肠内营养支持至关重要。

参考文献

- [1] 李维勤,李宁,黎介寿.重症急性胰腺炎病人的营养支持[J].肝胆外科杂志,2003,11(1):8-9.
- [2] 叶向红,王新颖,倪元红,等.重症急性胰腺炎早期肠内营养的实施与护理[J].肠外与肠内营养,2006,13(4):227-230.
- [3] 顾沛,徐建鸣,高颖,等.外科护理学(二)[M].上海:上海科学技术出版社,2002:78.
- [4] 徐志林.临床胰腺病学[M].郑州:河南医科大学出版社,1996:96.
- [5] 张圣道.重症急性胰腺炎临床新技术[M].北京:人民军医出版社,2002:138.
- [6] 召维智.经肠营养[M].北京:军事医学科学出版社,1999:333-334.
- [7] 张娜,赵丽,贺春娜.肠内营养患者胃肠道并发症的护理[J].中国保健营养(中旬刊),2013,10(10):400-401.
- [8] 胡智明,施教,赵大建,等.鼻肠管肠内营养治疗重症胰腺炎的作用[J].胰腺病学,2002,2(1):55-56.
- [9] 刘博.肠内外营养支持联合微生态制剂治疗对重症急性胰腺炎患者临床预后的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2014,17(3):364-365.

收稿日期:2014-09-16 修回日期:2014-10-20 编辑:王国品