



· 论 著 ·

体位变换结合有效吞咽动作在急性胰腺炎患者三腔喂养管置入中的探讨

白小芳 (中铁十七局集团有限公司中心医院重症医学科 030032)

摘要: **目的** 探讨体位变换结合有效吞咽动作在急性胰腺炎患者三腔喂养管置入中的应用。**方法** 选择 2017 年 4 月至 2018 年 3 月需放置三腔喂养管的 31 例患者,采用胃腔注气联合体位变换法置管作为对照组,选择 2018 年 4 月至 2019 年 3 月 33 例需放置三腔喂养管的患者,利用体位变换结合患者的有效吞咽动作置入三腔喂养管作为实验组,比较两种方法置管的成功率。**结果** 应用体位变换结合有效吞咽动作置管成功率为 93.93%,较前一种方法置管成功率 74.19% 有显著的提高。两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 患者有效吞咽动作结合体位变换法置入三腔喂养管,可提高急性胰腺炎病人三腔喂养管的置入成功率,可为急性胰腺炎病人早期开展肠内营养提供先机。

关键词: 有效吞咽动作; 体位变换; 急性胰腺炎; 三腔管置入

中图分类号: R576 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 11-014-02

急性胰腺炎是一种常见的急腹症,该病起病迅速,且病情变化较快,重症急性胰腺炎患者病情更加严重^[1]。2013 年的《急性胰腺炎治疗的循证性指南》指出,重症急性胰腺炎急性期已不是肠内营养的禁忌证^[2]。我们选择三腔喂养管专门用于需要减压与营养同时进行的胰腺炎病人。传统观点认为,肠内营养管应超过屈氏韧带,以减少对胰腺的刺激。可将三腔喂养管置入 Treitz 韧带以下,目前采用胃内注气法置管,必要时在内镜帮助下置入。无论是治疗时间上、病人痛苦上,还是花费金额上都成为了早期顺利开展肠内营养的障碍。三腔喂养管准确、快速置入肠腔成为新的关注重点^[3]。应用病人有效吞咽动作结合体位变换进行三腔喂养管的盲插技术,在我院已趋于成熟,并逐渐应用到胃排空障碍、老年患者治疗中。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2017 年 4 月~2018 年 3 月需放置三腔喂养管的病人 31 例作为对照组,年龄 32~68 岁,其中男 18 例,女 13 例;2018 年 4 月~2019 年 3 月需放置三腔喂养管的病人 33 例作为实验组,年龄 19~84 岁,其中男 20 例,女 13 例,两组病人一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。纳入标准:(1)依据《2016 年急性胰腺炎管理临床实践指南》确诊为急性胰腺炎病人;(2)急性胰腺炎病人需要胃肠减压的同时进行肠内营养,需避免经口进食刺激胰腺分泌,并能自行完成吞咽动作。排除标准:有双侧鼻腔疾患或鼻腔口径小于胃管与肠管交接部外径导致无法置管。

1.2 方法

1) 选材:选择三腔喂养管,材料为医用聚氨酯。

2) 置入方法:对照组,先将管路置入到胃内,让患者采取右侧卧位,在胃腔内注入 200ml 空气,一次注入空气量不超过 500ml^[4],主要利用胃潴留将幽门口打开及促进胃的蠕动原理,促进管路顺利通过幽门进入小肠的留置方法。实验组在对照组基础上,应用患者的有效吞咽动作结合体位变换盲插法置入管路。

评估:评估患者病情、意识、有无胃肠道疾病和心率失常等,是否适合置管。

指导:置管前指导患者如何进行有效的吞咽动作,每次吞咽前先深呼吸放松肌肉,然后开始吞咽。

测量:测量导管置入长度,第一刻度为耳垂—鼻尖—剑突的距离,约 45~55cm,此时管路前端孔正好达贲门处^[5];第二刻度在此基础上加 40cm。

润滑:将三腔喂养管导丝置入管腔,用生理盐水润滑管腔,并用专用润滑剂润滑导管的前 80cm。

置管:三腔喂养管置管操作:先将管路同置鼻胃管方法置入胃内,判定管路在胃内后。协助患者采取右侧卧位,此时管路头端由重力作用,自行偏向幽门的方。摆好体位,指导患者吞咽,从看到患者喉结处吞咽动作为开始,缓慢置入管路,每做一次吞咽动作置入约 3~5cm,重复吞咽、送管动作,直至管路端头通过幽门进入十二指肠。如置管过程中患者有恶心、呕吐等不适症状,先停止置管,嘱患者深呼吸,休息后再继续。管路在通过幽门时会有突破感,而且继续送管无阻力,说明管路已通过幽门进入肠腔。若置管过程中感到阻力突然增加或突然减小,均回撤 1~2cm 再次缓慢置入^[3]。

1.3 判定方法

依据上消化道解剖结构和患者身高将三腔喂养管细管部分放置到肠道,同时还要确保胃肠减压腔侧孔保持在胃内,所以放置的总长度约 85~100cm。两组判定方法为:(1)在置入 85~100cm 后,向三腔喂养管肠腔注入 20ml 空气并听诊,若在脐周听诊声音强于胃部听诊,则管路已进入肠道^[3];(2)通过在 X 线下显影判断管路的位置,此项为金标准。

1.4 评价标准

(1)三腔喂养管到达小肠时间:由管路自鼻腔置入即为开始时间,三腔喂养管管头到达十二指肠的时间为截止时间。判定达十二指肠的最终依据为,放射下显示管端已到达肠腔为有效;前 2 种方法适用于无法进行 X 线显影者或可以作为初步判定方法。(2)置入成功率:置入三腔喂养管当日 X 线显影结果提示管腔位置,到达十二指肠为置入成功。成功率 = 成功例数 / 总例数。(3)发生胃肠胀气概率:置管后患者诉腹胀或有呃逆症状者,排除疾病本身存在的胃肠胀气。胃肠胀气发生率 = 发生胃肠胀气例数 / 置管总例数。(4)评估患者满意度,非常满意,满意,不满意。患者认为非常满意和满意都为满意,患者认为不满意即为不满意。

1.5 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 F 检验或 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三腔喂养管置入十二指肠时间比较

实验组较对照组管路到达十二指肠时间明显较快,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 1。对照组管路到达肠腔时



间最短4小时,最长18小时,管路通过幽门过程中需不断调整管路方向。实验组中管路到达肠腔最快时间15分钟;2例患者因过度紧张吞咽动作落实不到位至置管时间延长至2~3小时。

2.2 置管成功率

实验组较对照组明显高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。对照组16例经胃内注气法置管成功,5例24小时后仍未通过幽门,在内镜引导下置入。实验组共33例,1例患者由于高度紧张无法完成吞咽动作未置入肠腔,在内镜引导下置入,其余32例均置管成功。

2.3 胃肠胀气发生率

实验组较对照组明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。对照组15例患者发生不同程度的胃肠胀气,实验组仅有3例患者有轻微的呃逆现象,休息1~2小时后症状消失。

2.4 两组置管情况比较

实验组患者对置管的满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。对照组16例患者对置管效果满意,15例患者因耗时长、发生胃肠胀气并发症、置管过程痛苦、置管不成功对置管不满意;而实验组30例患者对置管效果满意,1例患者因置管不成功不满意,2例患者认为应用三腔喂养管治疗方案不当不满意。

表1: 两组置管情况比较

组别	例数	置管所用时间(时数)	置管成功(例数)	发生胃肠胀气(例数, %)	患者满意度(%)
对照组	31	10.0±3.56	23	15	51.61
实验组	33	1.25±0.23	31	3	90.90
t/ χ^2 值		13.79	4.73	12.21	37.32
P值		P=0.00<0.01	P=0.03<0.05	P=0.00<0.01	P=0.00<0.01

3 讨论

急性胰腺炎患者受病情影响,需要禁食较长时间,加之疾病本身导致的消化功能和代谢功能紊乱,使得患者容易由于营养摄取不足而发生营养不良,降低机体免疫力,从而不利于疾病的治疗和恢复^[6]。因此,改善患者的营养状况成了提升疾病治疗效果的必要措施。应用三腔喂养管,使胃液得到有效引流,可最大限度地减少胃酸刺激所导致的胆囊收缩素和促胰液素的释放减少胰腺外分泌,使胰腺得到休息、恢复时间。同时通过三腔喂养管早期进行肠内营养有效改善胰腺炎患者营养状况,保护肠道功能。体位变换结合有效的吞咽动作置管法提高了胰腺炎患者肠内营养途径建立的成功率,为急性胰腺炎患者早期开展肠内营养提供先机。

体位变换结合有效吞咽动作的盲插三腔喂养管方法已在临床广泛应用,但此技术对患者的吞咽动作要求高,故对意识障碍、吞咽功能差的患者置管成功率仍较低。其次体位变换并不是所有患者都采取右侧卧位,本次研究中有1例患者是在平卧位置管成功,1例患者是在坐位下置管成功,目前通过讨论认为是患者的解剖结构所致。体位变换结合有效吞

咽动作置管法主要从置管时间缩短、置管成功率提高、减少患者胃肠胀气发生率同时改善了患者满意度4方面比较对照组,效果显著。

参考文献

- [1] 曾小康,胡炜,朱英,等.早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者肠道菌群与感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2019(08):1185-1189.
- [2] 赵书艳.重点环节围术期护理管理在腰胸椎椎体结核患者中的应用效果分析[J].中国卫生产业,2017(7).
- [3] 王硕,王欣然.重点环节干预在提高重症胰腺炎病人三腔喂养管置入成功率中的应用研究[J].临床外科杂志,2018,26(11):81-83.
- [4] 代玲.床旁盲插螺旋形鼻肠管技术在重症卒中患者预防误吸中的应用[J].当代护士:学术版(中旬刊),2015(1):65-67.
- [5] 董良娥.循证护理在预防危重病人鼻饲后胃-食道反流中的应用[J].临床研究,2016,24(2):165-166.
- [6] 陈予.早期肠内营养和全胃肠外营养治疗急性重症胰腺炎的疗效及预后比较[J].蚌埠医学院学报,2019,44(2).

(上接第13页)

预的效果确切,在治疗后收缩压、舒张压均明显低于对照组,且同时观察组用药依从性也明显提高,可见药师开展药学干预更利于高血压患者的血压控制和用药依从性的提升。

综上所述,药师药学指导有利于减少降压药物不良反应发生,有利于提高降压药物用药安全性,值得临床广泛推广。

参考文献

- [1] 阳厚明.药师主导的药学服务对社区高血压患者疗效的影响[J].心理月刊,2019,14(15):204.
- [2] 王君萍,龚金红,商晶晶.临床药师对高血压病合并下肢动脉硬化闭塞症患者的药学监护[J].中国医院用药评价与分析,2019,19(06):761-764+768.
- [3] 周海琦,陈国栋.临床药师对高血压病合并糖尿病患者的药学监护[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(03):418-420.

[4] 梁蔚婷,陈卓佳,潘莹,黄岩,刘韬.1例临床药师参与NSCLC合并CKD伴高血压患者的药学实践[J].今日药学,2017,27(06):415-419.

[5] 邝巧芬,沈志杰,卢志锦.临床药师对冠心病合并高血压病患者的药学监护[J].中国医院用药评价与分析,2017,17(03):422-423+426.

[6] 廖阳,徐航.临床药师参与高血压病伴肾功能不全患者降压治疗的药学监护[J].中国医院用药评价与分析,2017,17(02):282-284.

[7] 王鑫,崔向丽,刘丽宏.临床药师对高血压患者个体化用药的药学实践[J].实用药物与临床,2017,20(06):705-708.

[8] 赵鑫鑫,王宇鸽,孙丹.药师对高血压慢病管理患者开展药学干预的效果[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(86):164.