

鼻饲置管插入长度可行性研究

姜爱红

威海临港经济技术开发区汪疃镇中心卫生院, 山东 威海 264417

摘要:近年来,居家鼻饲病人日益增多,随着长护险及延伸护理服务进一步推广,入户为居民鼻饲置管变为日常工作,并且在定期更换胃管实践中发现,鼻饲置管长度对于鼻饲效果起着关键作用。成人鼻饲管插管长度通常在45至55厘米之间,这一长度是基于人体解剖结构特点而定。但是随着胃下垂患者增多,这一长度不能到达胃内。鼻饲插管长度选择至关重要,它关系到营养输送效果。经过实践验证,插管长度在55至60厘米之间较为合适。

关键词:鼻饲;插管长度;胃下垂

鼻饲是一种通过专用鼻饲管,将食物用人工方法输送到胃肠道,一般适用于患者不能自主摄入营养,如昏迷患者、不能经口进食患者、患有严重口腔疾病患者等。根据患者具体病情和营养状况,鼻饲可以为患者身体补充营养,以保证患者基本营养需求,维持身体代谢和调节作用。

近年来,居家鼻饲病人日益增多,随着长护险及延伸护理服务进一步推广,入户为居民鼻饲置管变为日常服务,并且在定期更换胃管实践中发现,鼻饲置管长度对于鼻饲效果起着关键作用。

1 资料

参与鼻饲置管病人28例,男17例,女11例,平均年龄62岁,主要病因为脑梗塞、外伤引起吞咽障碍。

2 插管方法

(1)准备用物:选择合适型号鼻饲管,润滑剂,20ml注射器(用于注气和抽吸胃液),听诊器,胶布(固定鼻饲管),治疗碗,温开水(用于验证是否有气泡溢出),无菌手套,PH试纸(用于确认胃管位置),检查胃管是否通畅。

(2)评估病人对于插管耐受性,确认患者需要鼻饲插管(如吞咽困难、营养不良、胃肠道功能正常),患者取仰卧位。检查患者鼻腔和咽喉是否有解剖异常或病变,确认患者无插管禁忌症(如严重鼻中隔偏曲、严重食管狭窄、严重面部创伤、颅底骨折、近期食管手术或胃部严重病变)。

(3)向患者解释,说明操作目的、步骤和可能的不适,取得同意。

(4)患者取坐位或半卧位,头部稍向后仰。测量前额发际到剑突距离或者测量耳垂至鼻尖再到剑突距离,在此基础上再增加5-10cm长度,并做好标记。清洁鼻腔,

用石蜡油润滑鼻饲管,从健侧鼻腔插入,沿鼻腔底部缓慢推进,当鼻饲管到达咽喉部时,嘱患者做吞咽动作,家属轻轻抬起患者头颈部,顺势将鼻饲管送入食管,如果患者剧烈咳嗽或呼吸困难,可能误入气管,需立即拔出鼻饲管。确认位置,用注射器抽吸胃液,用PH试纸测试,胃液PH值通常为1-4;听诊法,快速注入20ml空气,用听诊器在胃部听气过水声;气体溢出法,将胃管末端置于盛有温开水碗中,观察有无气体溢出,气泡冒出频率同呼吸频率为误入气管;验证鼻饲管到达胃内后固定胃管。

(5)插管后注意观察有无鼻粘膜损伤、胃食管反流、吸入性肺炎并发症。

3 结果

成人鼻饲管插管长度通常在45至55厘米之间,这一长度是基于人体解剖结构特点而定。但是随着胃下垂患者增多,这一长度不能到达胃内。鼻饲插管长度选择至关重要,它关系到营养输送效果。经过实践验证,插管长度在55至60厘米之间较为合适。

4 讨论

(1)胃下垂是消化系统一种常见疾病,是多种原因引起膈肌悬拉力不足,胃周围韧带松弛,进而导致胃小弯低点位于髂嵴连线下方,也就是胃下垂到了盆腔而形成一种疾病状态。

正常人胃位于上腹部,如果胃位置下移,站立位超声检查胃大弯下极达脐水平,即可诊断胃下垂。

胃下垂男女比例为1:3,女性多于男性,以往认为胃下垂多见于瘦长体型人群,而实际从检查中发现,胃下垂患者中,瘦长体型仅占12.1%,即体型正常人同样可以发生胃下垂,

更容易被临床医护人员忽视。老年人胃下垂比年轻人多。

对于当代人而言,由于各种原因养成不良饮食习惯。多数人常常处于暴饮暴食状态,或处于长期饥饿状态,还有部分人养成不吃早餐习惯。一般情况下,建议饭后至少休息半小时再进行运动。如果饭后立刻进行激烈运动,将使人体胃部处于晃动之中,此时胃是处于饱胀状态,强烈晃动再加上重力因素,将导致胃部出现严重下垂。这些行为都将对肠胃造成严重伤害,也会增加患胃下垂机率。

胃下垂要求鼻饲置管长度比正常长度增加 5-10cm,此时可保证鼻饲食物顺利到达胃内,促进食物消化。

(2) 按照 45-55cm 长度插胃管,出现置管后无法验证操作是否成功隐患。回抽无胃液、注气胃内无气过水声,不能保证胃管处于胃内,给医护人员造成恐慌,延长操作时间。

通过临床实践证明,鼻饲插管长度适当延长有助于鼻饲营养液顺利到达胃内,充分消化,同时能证明插管成功,缩短插管时间,减轻患者痛苦,增强医护人员工作效力,值得临床推广应用。

(3) 鼻饲食物的选择:营养全面,提供足够能量、蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素和矿物质;易于消化,避免对胃肠道造成负担,可选择米汤、豆浆、牛奶、鸡蛋、蔬菜汁;无刺激性,避免含有辛辣成分的食物,将食物充分搅拌,确保无颗粒,防止胃肠道不适或并发症;使用干净的器具和容器,食物避免污染,保证无菌和安全;添加膳食纤维,帮助维持肠道功能,预防便秘。

(4) 鼻饲喂养速度初始应缓慢,逐渐增加速度,避免胃肠道不适;鼻饲液温度应接近体温 37℃,避免过冷或过热;每次喂养前后用温开水冲洗鼻饲管,防止堵塞。定期监测患者营养状况和生化指标,保证营养供给;观察患者是否有腹泻、腹胀、呕吐等不良反应。

(5) 心理护理

鼻饲患者常见心理问题:焦虑和恐惧,对插管过程、疼痛、不适感到恐惧;担心鼻饲管的留置影响外观和社交活动;自尊心受损,因依赖鼻饲管进食,感到失去自主能力,对外观改变感到自卑;抑郁和孤独,长期卧床或疾病状态可能导致情绪低落,因无法正常进食,失去与家人共餐的社交体验;抗拒治疗,对鼻饲管的不适感或对治疗的误解,可能导致患者抗拒插管或自行拔管。

心理护理的具体措施:建立信任关系,与患者保持良好沟通,耐心倾听其感受和需求,用温和、尊重的态度对待患者,避免使用负面语言;提供信息支持,告知患者鼻饲是暂时的治疗手段,帮助其树立信心;减轻焦虑和恐惧,在插管前向患者说明每一步操作,减少未知带来的恐惧,提供放松技巧,如深呼吸,帮助患者缓解紧张情绪;增强自尊心,鼓励患者参与护理决策,尊重其选择,帮助患者适应外观改变,如使用帽子或围巾遮挡鼻饲管,强调鼻饲的重要性,帮助患者认识到这是康复的必要步骤;提供情感支持,定期与患者交流,了解其心理状态,鼓励家属多陪伴患者,提供情感支持,对于情绪低落的患者,及时联系心理医生进行干预;预防自行拔管,向患者说明自行拔管的危险性,对于意识不清或烦躁的患者,使用约束带或手套,防止意外拔管,定期检查鼻饲管的固定情况,确保其牢固;鼓励患者参与力所能及的活动,转移其注意力。

参考文献:

- [1]李冬梅.气管切开病人胃管置入方法的改进[J].中华医学护理杂志,2004年10月第15卷总第100期.
- [2]王小玲,蒋雪梅,戴焱;鼻饲护理研究进展;护士进修杂志,2014年11月第29卷第21期
- [3]姜安丽.新编护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,2008.
- [4]柳继,谈莉君、桑征;肠内营养不同灌注方式的效果评价,上海护理,2012,12(4):44-45.
- [5]刘美俐.脑卒中患者留置鼻饲管的护理,健康世界,2016(21).
- [6]张爱珍;临床营养学[M],第2版,北京:人民卫生出版社,2006:64.
- [7]侯学荣,林志红;脑卒中鼻饲患者58例的护理[J],中国乡村医药杂志,2006.13(3):58.
- [8]麦迎斌,陈瑞华,林泽娜;肠外和肠内循序营养支持对脑卒中合并吞咽困难病人的治疗作用[J].中国医师进修杂志,2008.29(1):23-25.
- [9]蒋国敏;急性脑卒中患者吞咽困难的综合康复护理[J].中国实用神经疾病杂志,2007.10(6):146.
- [10]王少石.中国卒中患者营养管理专家共识[J].中华内科杂志,2007.46(5):428-429.
- [11]沈斌、张艳秋、孟庆艳;急性脑卒中合并吞咽困难患者肠内营养支持治疗的临床研究[J].中华护理杂志,2009.

作者简介:姜爱红(1979-),女,汉族,山东省威海市人,本科,汪疃镇中心卫生院,研究方向:护理。