

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2013.04.016

改良胃镜下直接置管放置空肠营养管 25 例

叶新彬, 王婷婷

(东阳市人民医院 巍山院区, 浙江 东阳 322109)

摘要:[目的]探讨胃镜下放置鼻空肠营养管建立肠内营养的方法。[方法]25 例需要放置鼻空肠营养管的患者在胃镜下异物钳辅助直接置管。[结果]通过改良胃镜直接置管方法,空肠营养管放置成功率为 100%。[结论]改良胃镜下直接置管放置空肠营养管成功率高,值得推广应用。

关键词:胃镜; 空肠营养管

中图分类号:R 573

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2013)04-0215-02

近年来,随着肠内营养学的发展,临床需要放置空肠营养管的患者逐渐增多,胃镜下异物钳辅助置管法放置空肠营养管经过改良后,成功率高,笔者利用该法治疗 25 例。报告如下。

1 资料方法

25 例患者中男 17 例,女 8 例;年龄 21~82 岁,平均 66.2 岁;急性胰腺炎 5 例,胃术后 2 例,脑外伤 10 例,脑溢血 5 例,脑栓塞 3 例;神志清醒 7 例,昏迷 18 例。

选用复尔凯鼻空肠管,外径 0.33 cm,长 130 cm,危重患者吸氧、心电监护、血氧饱和度监测,可在床边操作,病情允许一般在胃镜室;不能配合者可予静脉推注丙泊酚,体位常用左侧卧位,有利于操作,如患者神志不清,大多数使用辅助呼吸,保持左侧卧位较困难,可在患者右侧,稍垫高,放置鼻空肠管前,先将其充分润滑,事先在其头端侧孔及离头端 25~30 cm 处打上 2 处线结(8-10 手术线),从鼻孔插入 50~60 cm 时进胃镜,观察食管、胃十二指肠无病变及梗阻后,在胃底用异物钳夹住鼻空肠管头端线结,轻柔推送胃镜带鼻空肠管至十二指肠降部曲氏韧带,此时助手固定鼻空肠管,松开异物钳后边吸气后退胃镜至胃腔,再用异物钳夹住管身处线结,再次推送胃镜送鼻肠管至十二指肠降部,如此反复操作 3~4 次就可将其送至曲氏韧带以下 20~40 cm,退镜时需观察鼻肠管有无一起带出,退到胃窦后抽出一半鼻肠管导丝,推镜至贲门时退出全部导丝,推镜时需观察鼻肠管是否在位,一般留置鼻肠管在鼻腔外 10~15 cm,用胶布固定于鼻腔。放置鼻空肠管后,所有患者最好摄片了解鼻肠管是否在曲氏韧带以下,胰腺炎及高位痿患者鼻肠管须在曲氏韧带

以下 40 cm,其他患者鼻肠管过曲氏韧带即可。予肠道营养前后用 0.9%氯化钠冲洗鼻肠管以防阻塞。术后观察患者腹部情况,有无反流及出血,胰腺炎患者置管后测 3、24 h 血淀粉酶。

2 结果

25 例患者在胃镜引导下均成功放置鼻空肠营养管,无出血、穿孔、腹痛等并发症。

3 讨论

目前认为,机体禁食 1 周以上就开始发生肠黏膜萎缩和屏障功能破坏,因此,只要消化道功能存在,应提倡早期肠道营养支持。对维持胃肠道功能的完整,保护肠黏膜功能,提高机体免疫力,减少并发症都非常重要^[1]。

常规胃管鼻饲会加重胃潴留,引起吸入性肺炎等并发症发生,患者耐受性差。经鼻空肠管行肠内营养较好地解决了上述问题,本组病例置管成功后即行肠内营养,留置 15~60 d 不等,患者耐受性好,无呛咳、恶心呕吐、胃潴留、吸入性肺炎、穿孔及出血等并发症。

小肠营养管放置常分为手术及非手术方法,手术放置常为胸腹部手术后考虑到患者胃动力减弱,胃动力恢复慢,患者情况差需长时间营养支持,医生在手术中顺便放置^[2]。非手术方法有常规、透视下、内镜下 3 种方法,常规方法经鼻腔将鼻肠管放于胃内,靠胃的蠕动使营养管头端送至曲氏韧带以下,优点是侵袭性小,但一般需时较长,8~48 h,需多次 X 线下定位,常常因为管端不易通过幽门而难到达目的地,如果胃动力弱,即使通过改良鼻肠管如使用螺旋管,其成功率也有限,无胃动力者螺旋管成功率 57%,直管 0%^[3]。透视下放置鼻肠管,成功率高,但不能应用于不能搬动的患者,患者和医生需在放射线下放置,因而报道较少。内镜下放置方法较多,

一种是胃镜下直视,用活检钳夹住营养管的头端将其置于十二指肠降部,靠胃肠的蠕动将营养管送下,但需多次 X 线下定位;第二种是借助导丝放置,首先经口将胃镜头端置于十二指肠降段并拉直镜身,再经活检孔将导丝置于曲氏韧带以下,退出内镜留置导丝,经导引管将导丝口腔外的部分从鼻孔拉出,在导丝引导下通过鼻腔将空肠营养管置入空肠,用此法导丝易在胃腔内打圈,空肠营养管置入时导丝易滑出,有时需在透视下放置,其成功率也有限;第三种方法是内镜下直接放置鼻肠管通过曲氏韧带,因为胃镜太短,不能到达曲氏韧带,故常用十二指肠镜、小肠镜,甚至结肠镜,用异物钳夹住营养管易同时脱出。我们采用经胃镜直接置管法^[4],此方法可一次使空肠营养管头端达到空肠,通过本改良方法置管成功率达 100%,置管后即刻能行早期肠内营养,该技术要求不高,只需熟练掌握胃镜的操作即可。为提高成功率需要注意以下几点:气管切开患者胃镜进咽喉时,可能有阻力,此时可适当抽出气管插球囊的气体,以便于胃镜进入。每次后退胃镜时,助手要固定鼻肠管,否则鼻肠管很容易脱出:钳夹胃腔内鼻肠管时,胃镜位置应与鼻肠管垂直,便于

异物钳钳夹胃腔内鼻肠管线结,钳夹鼻肠管后,应后退异物钳使其靠近胃镜头端便于胃镜推送。操作应轻柔,尤其在第二次及以后的操作中,此时异物钳钳夹的是胃腔鼻肠管管身,稍遇阻力,操作者应后退胃镜,调整后再进镜,如果推送鼻肠管时出现弯曲、折回、打圈,可后退使其在十二指肠变直,再重新送入,本组病例均获得成功。常规异物钳夹管困难,易打滑,使用线结后无打滑现象,而且不影响管道通畅,对初学者易掌握,成功率高,值得推广应用。

参考文献

[1] 张克俭,王远新,王晓娣,等. 经胃镜快速放置空肠营养管[J]. 中华消化内镜杂志,2002,19(1):53-53.

[2] 陈文发,潘培川. 三切口治疗胸中上段食管癌 53 例报告[J]. 肿瘤研究与临床,2004,16(6):400-401.

[3] LAI C W, BARLOW R, BARNES M, et al Bedside placement of nasojejunal tubes: a randomised-controlled trial of spiral-vs straight-ended tubes[J]. Clin Nutr, 2003,22:267-270.

[4] 欧希龙,张为豪,曹大中,等. 胃镜下放置空肠营养管建立肠内营养[J]. 中华消化内镜杂志,2006,23(1):61-62.

作者网上投稿须知

- (1)作者注册后即可进行投稿,按系统提示输入各项信息,然后上传全文。
- (2)本刊只接受 Word 格式稿件。
- (3)投稿过程中,可以在任意环节终止投稿,那么所填写信息将保存在您的“草稿箱”中。您可以以后通过“草稿箱”继续投稿,或将其删除。注意:草稿箱内容系统将只保留 30 天。
- (4)在填写合作作者时,请按先姓名进行查询,如果数据库已经有该作者信息,则直接选择即可。如果数据库中 没有您的合作者信息,则建议您把合作者信息加入到我们数据库中。
- (5)投稿过程中,只有当系统提示投稿成功后,才证明稿件成功投到编辑部。您可以在“新投稿”列表中,看到您新投稿的稿件。如果系统没有提示,则该稿件还在草稿箱中,编辑部无法正确处理您的稿件。
- (6)关于稿件大小:系统将只接受 20M 以下的稿件,如果您的稿件超过 20M,请您进行压缩。
- (7)关于图表:请您把图表和论文字排到一个 Word 文件中。
- (8)关于稿件编号:作者投稿成功后,系统将自动发送一封电子邮件给通讯作者,但注意,此时还没有稿件正式编号。只有等编辑部接受该稿件时,系统才给该稿件编号。作者其实不需要记住这些编号,因为以您的用户名和密码登陆查稿系统后,系统将列出与您有关的所有稿件(除非编辑部已经将它归档)。