维普资讯 http://www.cqvip.com

胃切除后经空肠造口肠内营养的护理体会

Nursing experience in enteral nutrition by jejunostomy after total gastrectomy

王海凤，王金波，张 芳 （威海市立医院普通外科，山东 威海 254200）

[关键词] 空肠造口；肠内营养；胃切除
[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)05-0317-01

经空肠造口肠内营养是指通过手术置入空肠造口管，以管饲的方式提供营养及其他各种营养素的支持方法，常用于胃切除术后患者。自2000年1月以来，我院共施行42例全胃切除术，其中有20例患者在术中置入了空肠造口管，早期给予管饲营养物质，取得了较好的效果，现报告如下。

1 临床资料

本组共42例患者，男31例，女11例，年龄43～80岁，平均60岁，所有患者施行的全胃切除术方式基本相同。其中有22例患者在全胃切除术后早期禁食，经静脉营养支持治疗，术后3～7 d肠功能恢复后拔除胃管进流质逐日增量至全量流质；另外的20例患者在术中置入了空肠造口管，术后2～3 d经空肠造口管输入营养液，输入3～7 d后根据具体情况经口进少量流质饮食，循序渐进，逐渐加量至全量流质，待病人完全经口进食无不良反应，能完全满足机体需要后半月方可拔除空肠营养管。

术后监测病人的血总蛋白、白蛋白情况（术前无明显差异）及恢复排气排便的时间。空肠造口肠内营养组病人恢复排气的时间明显早于静脉营养支持组，蛋白恢复情况亦优于静脉营养支持组。

2 护理体会

2.1 心理护理

多数患者对手术中放置空肠造口管行肠内营养治疗有畏惧心理，甚至持有怀疑态度。针对不同心态的患者，我们应给予相应的心理疏导、详细解释，安慰、关心及鼓励病人，与病人及家属充分交谈，讲解肠内营养的方法、优点，消除畏惧心理，使其积极配合医护工作。

2.2 空肠造口肠内营养的材料选择

空肠造口管选用内径为4 mm硅胶管，在手术过程中将其置入空肠，位置距食道空肠吻合口25 左右，外端固定于腹壁；输注器使用一次性普通输液器；肠内营养剂为纽迪希亚制药有限公司生产的肠内营养剂—“能全力”，配以菜汁、果汁等。

2.3 输注过程中的护理

适当的营养液浓度、温度、输注速度及总量，可有效预防胃肠道并发症。输注开始时，先经造口管注入少许（约30～50 ml）温开水，未发生腹痛、腹胀方可给予“能全力”，配以菜汁和果汁（一般用1/2的水稀释），避免浓度过大导致渗透压增高。输注量由少到多，速度由慢到快，开始时30～40 ml/h，若患者耐受良好，以20 ml/h的速度递增，6～24 h后根据患者对前一阶段肠内营养输注的耐受情况，逐渐增加输注的速度与浓度[1]，并观察有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀等胃肠道症状。因肠道平滑肌对温度刺激很敏感，若低于37℃，易造成肠蠕动加快，导致腹泻[2,3]，故营养液的温度以37～40℃为宜。输注营养液应现配现用，全力应避光、密闭室温保存，若打开应放在冰箱内，4℃以下最多放24 h。注意无菌操作，操作前应清洗双手，输液器每日更换1次。防止营养液反流发生误吸引起吸入性肺炎。尤其对老年人，呼吸功能较差，就有呼吸道疾患，吞咽反应差等病人需密切观察，严密监护。

2.4 空肠造口的护理

妥善固定空肠造口管，避免牵拉、折叠、扭曲，输注器要保持足够的长度，保证患者有足够的活动空间；每日更换空肠造口外的敷料，换药时观察缝线有无松动、切口有无渗液、感染等情况；避免机械性并发症的发生，如造口管过细，输注液过于粘稠、有颗粒等，可堵塞造口管。预防和处理堵塞的方法如下：①每次输入营养液前，先输入少许温开水；②每隔3～4 h或每输完1瓶营养液后输入30～50 ml温开水，或用注射器冲洗造口管；③营养液要搅拌均匀，不能有较大的颗粒；④从造口管注入药物时，要研成粉沫，用温水调匀后注入；⑤发现输入不畅时，应尽快处理，提高再通率；⑥堵管后，应立即查明原因，排除导管本身的原因后，可使用注射器试行负压抽吸，或用50℃左右的生理盐水加压冲洗造口管，利用造口管遇热扩张及热水对营养素的溶解作用，加上较大压力，一般可解除梗阻。

[参考文献]

[1] 邢桂枝. 全胃切除术后空肠内营养的护理[J]. 齐鲁护理杂志，2003，9(4)：282.
[2] 李志霞. 十二指肠营养的观察与护理[J]. 职业与健康杂志，2000，16(1)：77.
[3] 刘 俐，向国春. 内镜下高频电凝切除胃肠道息肉的整体护理体会[J]. 局解手术学杂志，2004，13(6)：425.

（编辑：文 灿）

[收稿日期] 2005-01-15 [修回日期] 2005-03-19