维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2008)07-0891-02

内镜下胃和空肠造瘘术在危重病人中的应用

何发明[1],徐 昉[1],黄纪坚[1],张俊文[2]

(重庆医科大学附属第一医院:1. 中心 ICU;2. 消化内科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨内镜下胃造瘘(Percutaneous endoscopic gastrostomy,PEG)和空肠造瘘术(Percutaneous endoscopic jejunostomy,PEJ)在危重病人中的应用。方法:对 25 例危重病人进行了经皮内镜下胃和空肠造瘘术,总结其手术指征、相关并发症、操作过程和临床疗效。结果:25 例病人经皮胃和空肠造瘘均获得成功,未发生与 PEG 及 PEJ 操作相关的并发症。带管时间为 2~8 月,4 例(16%)出现造瘘口处皮肤感染和渗漏,经局部换药、引流后治愈。3 例(12%)出现 PEJ 导管阻塞。结论:对于危重病人,经皮内镜下胃和空肠造瘘术是建立长期胃肠道营养途径的安全、微创、简便的方法。

【关键词】经皮内镜下胃空肠造瘘;危重病人;肠内营养

【中国图书分类法分类号】R459.3 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-09-21

Percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy in critical patients

HE Fa-ming, et al

(*Department of Central ICU, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the role of percutaneous endoscopic gastrostomy/jejunostomy (PEG/PEJ) in critical patients. *Methods*: Percutaneous endoscopic gastrostomy/jejunostomy procedures were performed in 25 critical patients. Indication, procedure-related complication, technical success and clinical outcome were reviewed. *Results*: The technical success was 100% and there were no serious complications. In 4 patients (16%), local cleansing, drainage were used for the infection of PEG site. PEJ tube dysfunction occurred in 3 patients (12%). *Conclusion*: PEG /PEJ is a safe, minimal invasive, and effective procedure for enteral nutrition in critical patients.

【Key words】 Percutaneous endoscopic gastrostomy/jejunostomy; Critical patients; Enteral nutrition

PEG 和 PEJ 是一项微创、操作简便、安全、术后恢复快的消化道造口技术及营养支持方法[1],国外已广泛使用,在国内近 10 年来已成为需要长期肠内营养患者较常见的方法。我们在应用于危重症病人的营养支持方面积累了一些经验,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

男性 20 人,女性 5 人,年龄 32~85 岁。其中急性重症胰腺炎 20 例,多发伤 2 例,脑血管意外 3 例。急性重症胰腺炎病人均已禁食 1 周以上,3 例脑血管意外及 2 例多发伤病人经鼻饲管进食后有严重返流情况。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 患者准备:(1)查患者凝血功能,如有异常,需要先纠正。(2)全部病人均行腹部 B 超或 CT 检查,排除胃前壁有无其它脏器或病变。器械准备:(1)PEG 及 PEJ 全套设备由华瑞公司生产;(2)胃镜:Olympus EVLS LUCERA CV-260。

1.2.2 手术方法 整个手术操作均在中心 ICU 床旁进行,经鼻塞吸氧或人工呼吸机辅助通气。患者平卧位,在静脉缓慢推注丙泊汾让病人进入嗜睡状态,用碘伏消毒中上腹部、铺无菌巾,常规胃镜检查排除幽门梗阻等病变后,退镜至胃体部,充气使胃扩张至胃粘膜无皱折,借助腹壁上的透腹内镜光线确定腹部穿刺点并标记。1%利多卡因逐层局麻后,穿刺点用手术刀作 0.5cm 皮肤切口,胃镜直视下,套管穿刺针垂直刺入胃腔,拔除针芯,套管留在原处,经套管插入引导丝线,经胃镜活检孔插入圈套器套紧引导丝线,连同胃镜一起退出口外,将引导丝线与造瘘管鼠尾状环行末端套紧,将留在腹壁外的引导丝线缓缓拉出,直至造瘘管拉入胃腔,固定好皮肤垫盘及快速夹,剪掉造瘘管末端,接上喂养管连接器,PEJ 导管置入成功。接着将 PEJ 导管通过 PEG,再次入胃镜,用异物钳夹住 PEJ 导管的头端,轻柔推送胃镜送小肠营养管至十二指肠降部,固定胃镜将异物钳前送,经多次后小肠营养管即可到达 Trize 韧带下,助手固定小肠营养管,操作者缓慢后退胃镜至胃腔后,助手轻轻松开异物钳,再次用胃镜观

作者介绍:何发明(1967-),男,讲师,硕士,
研究方向:急诊医学和危重症医学。

维普资讯 http://www.cqvip.com

察小肠营养管是否从十二指肠降部滑出以及在胃内有无打折，如无折叠，则退出胃镜，剪去多余的导管，连接 PEJ 和 PEG 导管的各相应扣件，用生理盐水 50ml 冲洗 PEJ 管腔，如通畅则手术成功，穿刺部位用无菌纱布覆盖，术后行腹部 X 线检查，了解导管的位置。

1.2.3 术后禁食 12～24h，静滴抗生素预防感染 3d，24h 后经 PEJ 给予肠内营养液。

2 结 果

25 例患者全部在 30min 内顺利完成手术，带管时间最短为 2 月，最长 8 月，全部患者的营养状况均得到明显改善，为后期的手术创造了条件，与胃肠外营养治疗相比，住院时间及费用明显降低。

本组病例在术中、术后均无严重并发症。4 例患者因原有糖尿病，术后穿刺部位发生感染，给予局部换药后痊愈；3 例患者在注入流汁饮食过程中发生 PEJ 导管阻塞，其中 2 例用导丝通后通畅，1 例完全阻塞，重新置入导管；另有 3 例急性重症胰腺炎患者发生 PEJ 导管从空肠退入胃腔，注入食物后，患者出现腹痛，血淀粉酶及脂肪酶增高，在内镜引导下重新放置了 PEJ 导管。

3 讨 论

对不能经口进食患者，过去常用鼻胃管鼻饲，易造成鼻、咽、喉、食道粘膜糜烂及出血，鼻窦感染，发生溃疡、返流性食道炎，甚至狭窄，也常引起吸入性肺炎，因而患者不能耐受[2]，传统的外科造瘘术，手术复杂，并发症多，死亡率高[3]。自从 1981 年 Ponsky 等[4]首先报道经皮内镜造瘘术以来，该项技术逐渐在临床上得到较广泛的应用。因不需要外科手术及全身麻醉，方法简单易行，并发症少[5,6]，已取代了外科造瘘手术。

经皮内镜引导下胃造瘘术的适应证广[7]，对长期不能经口或不能耐受鼻饲管的患者，均可行 PEG，如神经系统疾病、脑血管意外、脑外伤致昏迷及脑肿瘤吞咽需要长期营养支持者。对于病人存在不同的胃潴留、胃动力障碍、幽门及小肠高位梗阻、反流性食管炎及吸入性肺炎，则需在 PEG 的基础上加行 PEJ[6]。既能通过小肠胃瘘管行胃肠减压，又能通过小肠造瘘管进行肠内营养[8]。对于急性重症胰腺炎的病人，因病情重，腹胀明显，不能经口及鼻胃管营养，常行全胃肠外营养 (Total parenteral nutrition，TPN)，但长期 TPN 带来的并发症，如导管感染，水电解质及酸碱平衡紊乱，肠粘膜萎缩等，给患者带来严重的后果，因此目前主张早期肠内营养，行 PEG 和 PEJ 是一种较好的选择方法，我们从 2006 年 2 月开始采用此方法，取得了满意的效果，缩短了住院时间，降低了住院费用，同时为出现胰腺假性囊肿的急性胰腺炎病人提供了再次手术的机会，降低了手术中的风险。

本组采用内镜下直接置管法，25 例患者均一次性置管成功。为提高置管的成功率，我们认为行 PEG 和 PEJ 时注意以下几点：(1)对危重症病人，术前给予充分镇静，防止术中患者因反复插入胃镜不适出现的烦躁，恶心，影响操作；(2)术前充分吸氧，如患者在使用呼吸机，则可提高吸氧浓度；准备好吸痰器，术中随时吸出口腔中的分泌物，防止吸入性肺炎发生；(3)术前将 PEG 及 PEJ 导管管腔用消毒石腊油润滑；(4)对高龄患者，术中专人监测生命体征，防止意外发生。(5)术后经 PEJ 导管注入流汁前、后用水冲洗导管，保持导管通畅。本组 3 例导管阻塞均为注入流汁后未及时冲洗所致。(6)术后每日更换穿刺部位敷料，放松皮肤垫盘，防止长时间压迫致皮肤缺血坏死。

PEG 的禁忌证为完全性咽部及食管梗阻、内镜无法通过者；严重而无法纠正的出、凝血机制障碍者；胃部疾患，尤其胃前壁病变影响手术操作者。对于有腹水、腹腔肿瘤、伤口愈合不良以及既往有上消化道手术史者，应慎行 PEG。对于一些重症和(或)合并严重损伤，预后差的患者，应谨慎酌情选用[9]。

综上所述，对于需要长期肠内营养的病人，PEG 及 PEJ 是一种安全、有效的肠内营养方法，并能降低医疗费用，减少并发症，值得广泛使用。

参 考 文 献

[1] 江志伟，黎介寿，李 宁.经皮内镜下胃造口的临床应用[J]. 肠外与肠内营养，2004；11(1)：48-50.

[2] 赵幼安，张尚忠，陈 建.经皮内镜胃造瘘术的临床应用[J]. 中华消化内镜杂志，1997；14(5)：316-317.

[3] Wollman B，Agostne HB，Waluswilgle JR，et al. Radiologic，endoscopic and surgical gastrostomy：an institutional evaluation meta-analysis of the literature[J]. Radiol，1995；197(3)：699-173.

[4] Ponsky JL，Gauderer ML. Percutaneous endoscopic gastrostomy：a nonoperative technique for feeding gastrostomy[J]. Gastrointest Endosc，1981；27(1)：9-12.

[5] Erdl A，Saka M，Ates Y，et al. Eneral nutrition via percutaneous endoscopic gastrostomy and nutrition status of patients：five-year prospective study[J]. J Gastroenterol Hepatol，2005；20(7)：1002-1007.

[6] Saiiua F，Acuna R，Herrera P. Percutaneous endoscopic gastrostomy：the technique of choice[J]? J Pediatr Surg，2003；38(10)：1512-1515.

[7] 姚时春，姚礼庆，张铁群，等.经皮内镜胃造瘘和小肠造瘘术的临床应用[J]. 中国内镜杂志，2003；9(5)：7-10.

[8] Melvn W，Fernandezj D. Percutaneous endoscopic transgastric jejunostomy：a new approach[J]. Ann Sug，2005；71(3)：216-218.

[9] 李 强，朱先理，甘海鹏，等.重症颅脑损伤患者的肠内营养和胃镜下经皮胃造瘘术[J]. 浙江医科大学学报(医学版)，2003；29(2)：82-83.

(责任编辑：冉明会)