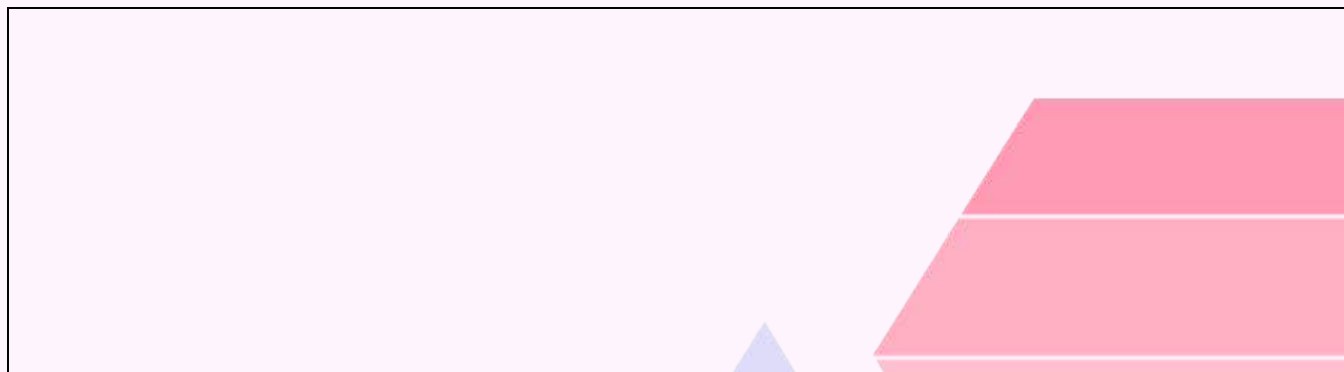




小肠减压管用于肠梗阻的护理及肠外营养的注意要点





小肠减压管用于肠梗阻的护理及肠外 营养的注意要点

905 张扬

查房目标

熟悉肠梗阻的分类、临床表现及治疗方法

了解小肠减压管的操作方法

掌握小肠减压管的护理

掌握使用全胃肠外营养的注意事项



知识回顾



肠梗阻的定义

任何原因引起的肠内容物通过障碍统称肠梗阻。它是常见的外科急腹症之一。有时急性肠梗阻诊断困难，病情发展快，常致患者死亡。目前的死亡率一般为5%~10%，有绞窄性肠梗阻者为10%~20%。水、电解质与酸碱平衡失调，以及患者年龄大合并心肺功能不全等常为死亡原因。

肠梗阻的分类

按病因分类：机械性肠梗阻、动力性肠梗阻和血运性肠梗阻。

按肠壁血循环分类：单纯性肠梗阻和绞窄性肠梗阻。

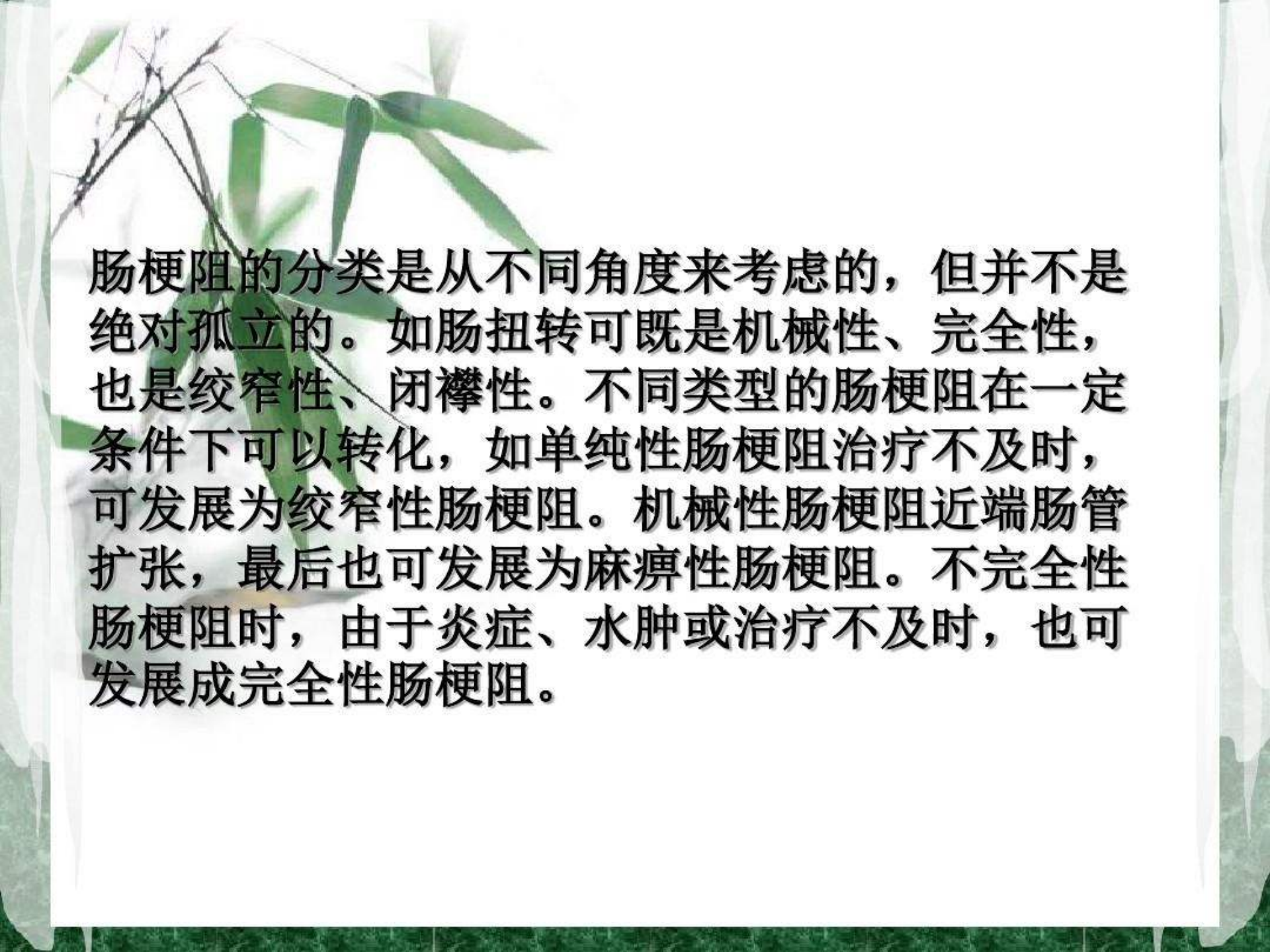
按肠梗阻程度分类：可分为完全性和不完全性或部分性肠梗阻。

按梗阻部位分类：可分为高位小肠梗阻、低位小肠梗阻和结肠梗阻。

按发病轻重缓急分类：可分为急性肠梗阻和慢性肠梗阻。

闭襻型肠梗阻：是指一段肠襻两端均受压且不通畅者，此种类型的肠梗阻最容易发生肠壁坏死和穿孔。





肠梗阻的分类是从不同角度来考虑的，但并不是绝对孤立的。如肠扭转可既是机械性、完全性，也是绞窄性、闭襻性。不同类型的肠梗阻在一定条件下可以转化，如单纯性肠梗阻治疗不及时，可发展为绞窄性肠梗阻。机械性肠梗阻近端肠管扩张，最后也可发展为麻痹性肠梗阻。不完全性肠梗阻时，由于炎症、水肿或治疗不及时，也可发展成完全性肠梗阻。

粘连性肠梗阻的临床表现

- (1) 以往有慢性梗阻症状和多次反复急性发作的病史。
- (2) 多数病人有腹腔手术、创伤、出血、异物或炎性疾病史。
- (3) 临床症状为阵发性腹痛，伴恶心、呕吐、腹胀及停止排气排便等。

粘连性肠梗阻的治疗

(1) 非手术疗法 对于单纯性、不完全性肠梗阻，特别是广泛粘连者，一般选用非手术治疗；对于单纯性肠梗阻可观察**24~48**小时，对于绞窄性肠梗阻应尽早进行手术治疗，一般观察不宜超过**4~6**小时。

基础疗法包括禁食及胃肠减压，纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调，防治感染及毒血症。还可采用中药及针刺疗法。

(2) 手术疗法 粘连性肠梗阻经非手术治疗病情不见好转或病情加重；或怀疑为绞窄性肠梗阻，特别是闭襻性肠梗阻；或粘连性肠梗阻反复频繁发作，严重影响病人生活质量时，均应考虑手术治疗。

①粘连带或小片粘连行简单切断分离。②小范围局限紧密粘连成团的肠襻无法分离，或肠管已坏死者，可行肠切除吻合术，如肠管水肿明显，一期吻合困难，或病人术中情况欠佳，可先行造瘘术。③如病人情况极差，或术中血压难以维持，可先行肠外置术。④肠襻紧密粘连又不能切除和分离者，可行梗阻部位远、近端肠管侧侧吻合术。⑤广泛粘连而反复引起肠梗阻者可行肠排列术。

小肠减压管的操作方法

操作时，让患者仰卧在X线透视台上，经鼻在X线透视下将减压管插入胃内至幽门为止，经减压管插入导丝至减压管远端，使患者在透视床上改变体位，继续插入导丝，使之通过幽门十二指肠球部至十二指肠降部，在导丝引导下，使减压管进入十二指肠。注入生理盐水25ml,使减压管远端注水气囊充盈，拔出小肠减压管内的导丝后，在肠蠕动作用下移动至梗阻部位。

小肠减压管的护理

小肠减压管留置后，减压管外端无须固定，随着时间的增加，由于肠蠕动的作用而挤压减压管远端注水气囊，使减压管进入人体内的长度不断增加，留置小肠减压管充分减压的同时，经减压管间断注入液状石蜡油100ml，3次/天，有利于梗阻快速缓解。每日记录导管进入人体的深度及引流液量，3-5天复查腹部立位平片，观察肠腔内气液体平面及肠管扩张度。密切观察腹痛、腹胀、呕吐及排便排气情况，观察水电解质平衡情况。

使用全胃肠外营养的注意事项

- 1、在严格无菌操作条件下，将全胃肠外营养液的高渗葡萄糖、氨基酸与脂肪乳剂等混合装入营养大袋内经静脉滴入。也可用双滴管，将氨基酸溶液与高渗葡萄糖等同时滴入双滴管中，混合后再进入静脉。可根据液体总量在24h内持续滴入。
- 2、全胃肠外营养液的输入一般不宜过快，应保持恒定，并注意有无异性蛋白输入引起过敏反应。
- 3、输液完毕，可用3.84%枸橼酸溶液2—3ml注入中心静脉导管内。



4、患者如发高热，应寻找病因，如怀疑为静脉导管引起，或找不到其他病因，均应拔除导管，并将末端剪去一段，送细菌培养及药敏试验，同时全身应用抗生素，周围静脉补充适量液体。

5、输液过程中，每2—3d测定血电解质1次，必要时每天测定。如有条件，应测定每天氮平衡情况。最初几天应每6h测定尿糖，每天测血糖1次，以后每天测尿糖1次，定期复查肝、肾功能。

6、注意观察有无高渗性非酮性昏迷症状，如血糖 $>11.2\text{mmol/L}$ （ 200mg/dl ）或尿糖超过（+++），应增加胰岛素用量，并减慢滴速。

7、长期全胃肠外营养疗法中，如病情需要，应每周输血或血浆1—2次。

病史汇报

患者陈佩珍，女，56岁，已婚，汉族，浙江省杭州市人。

2015.4.27因“直肠癌术后17月余，腹痛3天。”收住入院。

患者于2013年11月28号在省中医院行经“腹直肠癌根治术+回肠保护性造口”。术后病理：直肠肿瘤大小3*2cm，类型溃疡型组织学类型：高中分化腺癌，累犯神经上下切缘阴性。浸及外膜外纤维脂肪组织。肛周淋巴结4/11枚见癌转移。送检盆底腹膜见癌浸润。术后行化疗4周期，具体不详。此后一直服中药治疗。



2015.4.24患者无明显诱因下出现腹痛不适，并有进食后恶心呕吐，吐出胃内容物，给予左氧氟沙星抗炎、补液支持治疗腹痛无明显好转，乃来本院进一步治疗。

一般情况

身高：**162cm**，体重：**52Kg**，体温：**36.5°C**，呼吸：**17次/分**，脉搏：**74次/分**，血压：**110 / 93mmHg**，查体：腹膨隆，叩诊鼓音，压痛，轻反跳痛，未及异常包块，移动性浊音阴性。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/897151126135006122>