

Nursing Progress on the Treatment of Intestinal Obstruction by Injecting the Stomach Tube with Different Chemicals

Huiwen Xiong, Liwen Yao*

The Putuo District Center Hospital, Shanghai University of T.C.M., Shanghai
Email: xionghuiwen829@163.com

Received: Aug. 14th, 2013; revised: Aug. 17th, 2013; accepted: Aug. 20th, 2013

Copyright © 2013 Huiwen Xiong, Liwen Yao. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract: Intestinal obstruction is one of the symptoms caused by abdominal operation, inflammation, trauma, hemorrhage, foreign bodies. Mostly, because gastrointestinal tracts are exposed for too long and suffered from the mechanical stimulations and exudations in operation, intestinal obstruction has become one of the most common complications of the patients with gastrointestinal operation clinically. It is reported that there are about 90% patients getting adhesion after abdominal operation and more than 40% getting adhesive intestinal obstruction [1], which account for 20% - 40% in intestinal obstruction [2]. Gastrointestinal Decompression is one of the most effective measures for treating intestinal obstruction [3]. Once the patients appear the symptoms of intestinal obstruction, the gas and liquid of the intestine should be sucked out by Gastrointestinal Decompression. It can alleviate the abdomen distention, reduce the pressure, bacteria and toxins of intestinal, and improve blood circulation. From the general documents, reviews of the nursing progress on the treatment of intestinal obstruction by injecting the stomach tube with different chemicals are presented as follows.

Keywords: Gastrointestinal Decompression; Intestinal Obstruction; Nursing

胃管注入不同药剂治疗粘连性肠梗阻的护理进展

熊晖雯, 姚丽文*

上海中医药大学附属普陀医院, 上海
Email: xionghuiwen829@163.com

收稿日期: 2013年8月14日; 修回日期: 2013年8月17日; 录用日期: 2013年8月20日

摘要: 粘连性肠梗阻是腹腔内手术、炎症、创伤、出血、异物等引起的症状之一, 临床上以术后引起的最常见, 多由于手术中的机械刺激, 胃肠道暴露时间过长, 手术损伤引起的渗出等导致, 是胃肠道手术患者常见的并发症之一。有资料报道, 腹部外科手术后约90%有粘连, 40%以上会发生粘连性肠梗阻^[1], 占肠梗阻的20%~40%^[2]。胃肠减压是治疗肠梗阻的有效措施之一^[3]。一旦发现患者有肠梗阻症状, 要及时进行胃肠减压, 吸出胃肠内的气体和液体, 减轻患者腹胀, 降低肠腔内的压力, 减少肠腔内的细菌和毒素, 改善肠壁血运。现综合文献, 将通过胃管注入不同药剂来治疗粘连性肠梗阻的现状综述如下。

关键词: 胃肠减压; 粘连性肠梗阻; 护理

1. 引言

1.1. 基础护理

*通讯作者。

有效的胃肠减压, 可抽出胃肠道内淤积的气体和液体, 消除肠管的膨胀, 减轻腹胀, 防止呕吐, 有利于经胃管注入药物, 促进肠腔通畅。因此要注意做好

鼻腔及口腔护理, 2 次/d, 可用茶水或生理盐水漱口^[4]。

1.2. 选择合适的胃管

胃管的长度较鼻饲法的长度长 5~15 cm, 即成人插胃管的长度为 60 cm。若插入过深, 胃管在胃内盘绕; 过浅则胃管头端接触不到胃液。胃管应选内径较粗的胃管, 一般选用 18~20 号的胃管, 这样更有利于胃、十二指肠液的引流^[5]。

1.3. 留置胃管

插管前必须用注射器打气检查胃管是否通畅, 用石蜡油充分润滑胃管前端。插管时护理人员手法要正确, 嘱患者做吞咽动作, 如患者恶心、呕吐厉害, 应暂停插管, 休息片刻, 嘱做深呼吸。插管完毕用胶布牢固固定于鼻翼上, 以防胃管脱出^[6]。

1.4. 妥善固定胃肠减压装置

防止变换体位时胃管牵拉加重对咽部的刺激, 以及胃管的体外部分受压或折叠影响胃肠减压的效果。胃管固定要牢固, 防止胃管移位或脱出至食管内或口咽内, 起不到减压的目的。可用别针和橡皮筋将胃肠减压装置固定在床边或病衣上, 嘱患者翻身及整理床单位时避免牵拉, 下床活动时将胃肠减压装置带在身边。同时告知患者及其家属胃肠减压的重要性, 以取得配合^[7]。

1.5. 保持胃肠减压装置有效的负压

插入胃管后连接胃肠减压器, 保持胃肠减压器呈负压状, 有效负压呈 12 kPa(90 mmHg), 并妥善固定。打开开关时要缓慢, 以免负压突然增大吸住胃粘膜而导致胃黏膜损伤。减压器使用时间较长者, 定期更换胃管, 并由另一侧鼻孔插入^[8]。

1.6. 观察引流液的色、质、量

注意观察引流液的色、质、量, 并记录 24 小时引流液的总量。黄绿色为正常胃液, 发现咖啡色或血性引流液需及时报告医生。同时严密观察腹痛性质、范围、部位、持续时间、腹胀、呕吐、肛门排气、排便、肠蠕动以及肠鸣音是否恢复等情况, 如出现频繁呕吐、腹痛加剧、腹胀明显、腹部反跳痛等情况立即报告医生^[9]。

2. 经胃管注入不同的药剂

2.1. 注入不同的润肠剂

2.1.1. 石蜡油注入

每日上午 8 时从胃管注入 60 ml 石蜡油, 起润滑肠壁, 促进肠蠕动作用。每 4 h 注入一次, 注入后夹闭 1 h 后再开放。石蜡油能润滑肠道, 减少肠内容物肠壁的阻力, 促进肠蠕动^[10], 避免肠内容物在部分肠腔的滞留, 特别对年老体弱或结肠冗长粘连性肠梗阻患者, 由于肠蠕动减弱以至大便秘结, 时间长了形成粪石, 石蜡油促进肠蠕动, 减少粪石和肠壁的摩擦阻力, 促进粪石排出。石蜡油促进肠蠕动同时减少肠壁同肠内容物间的阻力, 促进内容物通过狭窄变形的肠腔, 从而降低再手术率, 提高非手术疗法的治愈率^[11]。

2.1.2. 植物油(蓖麻油、生豆油、橄榄油)注入

每次注入 100 ml~150 ml, 注油后闭管 4 小时开放, 有时可有少量植物油从胃管抽出。注油后的肠鸣音较注油前增强。同时观察排出物中有植物油, 如有植物油排出, 说明肠道未完全梗阻, 继续观察; 如患者腹胀减轻, 肠鸣音恢复正常, 直至排出带有植物油的粪便, 腹胀消失, 说明梗阻已解除, 同时密切观察腹部体征及各项生命体征^[12]。植物油在肠道中基本不被吸收, 能润滑肠道、浸润大便, 促使其从肛门排出。同时也起到了指示剂的作用。

2.1.3. 泛影葡胺注入

76% 的泛影葡胺 50~100 ml, 并夹闭胃管 4 h。注药后, 严密观察腹部体征, 谨防发生绞窄性肠梗阻, 同时注意尿量、血压、脉搏等的变化。经胃管注入泛影葡胺 1 h 后, 拍腹部立位平片, 观察泛影葡胺在肠道中的位置及梗阻近端肠管扩张情况, 每 4 h 拍腹部立位平片 1 次, 若 24~48 h 造影剂进入结肠且症状减轻, 可以继续保守治疗^[13]。泛影葡胺可将细胞外液体包括组织间液及血管内液体拉入肠腔, 使得肠腔内容物得到稀释, 减轻肠壁水肿和增加肠动力, 刺激小肠蠕动使小肠梗阻端的压力差增高, 使稀释的肠内容物较易通过狭窄段, 有效缓解小肠梗阻。同时也会引起肠道内高度脱水, 故在应用前应给予充分补液以纠正水、电解质紊乱^[14]。

泛影葡胺注射液经胃管注入, 能在严密观察病人的生命指征和临床体征的同时, 增加了一个客观指

标,对病人是否手术及手术时机的选择,提供了可靠的依据。且此方法对病人无痛苦,操作方便,经济实惠,而且不影响病人的其他处置,特别是影像学上可以确定梗阻的部位^[15]。

2.2. 中药注入的方剂

2.2.1. 中药注入的方法

中药胃管注入前尽量把胃内容物抽干净,并用少量等渗盐水从胃管内注入冲洗,然后将温度为 38℃~42℃的中药汤剂由胃管缓慢注入,每次不超过 100 mL,注药后暂时夹闭胃管 2 h,并嘱患者维持半卧位 20°~30°,使中药下行入肠,直接作用于肠壁平滑肌,产生肠管收缩和肠蠕动^[16]。

2.2.2. 中药药剂的组成

生大黄 15 g、芒硝 10 g、厚朴 18 g、枳壳 18 g、丹参 20 g、当归 10 g、黄芪 12 g、黄芩 10 g、莱菔子 30 g、赤芍 10 g、桃仁 10 g。现代药学研究表明,大黄含大黄素及大黄鞣酸,大黄素能刺激肠壁改善肠收缩,使分泌增加,致肠内容物易于排出;芒硝含硝酸钠,不易吸收,形成高渗盐溶液使肠道水分增加,刺激肠蠕动排便^[17]。

综上所述,正确胃肠减压的护理及注入不同的药剂,是治疗粘连性肠梗阻的关键,也能在一定程度上预防手术后的粘连性肠梗阻。

参考文献 (References)

- [1] 万星明,林娟,曾淑兰等.粘连性肠梗阻术前术后的护理体会[J].临床和实验医学杂志,2006,5(5):570-571.
- [2] 王晓红,马梅,李莉.粘连性肠梗阻保守治疗的护理中国社区医师(综合版),2005,7(22):87.
- [3] 董湘歧,肖小炜.早期胃癌限制性切除的相对性[J].中国综合临床,2000,16(8):609-610.
- [4] 张秋英,张艳芳,李海玲.中西医结合治疗急性粘连性肠梗阻 120 例护理体会[J].齐鲁护理杂志,2006,12(8):1562-1563.
- [5] 庞政雄.非手术治疗粘连性肠梗阻的观察与护理[J].齐齐哈尔医学院学报,2008,29(5):621.
- [6] 陆晓芳,李建萍,吕伟波.留置胃管致黏膜损伤及防护[J].护士进修杂志,2003,18(2):23.
- [7] 吴杏红.肠梗阻非手术治疗的护理体会[J].赣南医学院学报,2009,29(6):969.
- [8] 李丽凡,马海菊.腹部手术后预防粘连性肠梗阻的临床护理[J].现代中西医结合杂志,2010,19(16):2058-2059.
- [9] 刘保连.腹部手术后粘连性肠梗阻的预防与护理[J].现代护理,2010,(8):155.
- [10] 孙启云,沈印荣.腹部手术后肠护理模式的临床研究[J].中国实用护理杂志,2006,22(3):24-25.
- [11] 徐晓波,张崇杰,马文博.石蜡油治疗粘连性肠梗阻[J].中国医药指南,2008,3(6):71.
- [12] 奚拥军,高文明,倪世宇等.经胃管注入生豆油在肠梗阻治疗中的作用[J].中国伤残医学,2008,12(4):43.
- [13] 陈家杰.经胃管注入泛影葡胺治疗粘连性肠梗阻疗效观察[J].中国现代药物应用,2009,7(3):62.
- [14] 陈惇,陈锋,岳二松.经胃管泛影葡胺治疗术后早期炎性肠梗阻[J].中国临床综合,2005,26(14):67.
- [15] 张小鹏,孙应实.影像技术在胃肠外科中的应用[J].中国实用外科杂志,2004,24(11):656.
- [16] 谭爱平.术后粘连性肠梗阻中西医结合治疗的护理体会[J].中医药导报,2010,4(16):97-98.
- [17] 邓志刚.中药胃管注入及保留灌肠治疗粘连性肠梗阻的疗效分析[J].中国医药指南,2009,5(7):96.