

胃镜下放置鼻空肠营养管 72 例

侯 玲 时吉庆^① 王蕤兰 菅留建 邓丽娟

(武警四川总队医院内二科, 乐山 614000)

中图分类号: R656. 6

文献标识: B

文章编号: 1009 - 6604(2007) 06 - 0586 - 01

危重病人治疗中适时选择肠内营养对于恢复消化道功能, 防止细菌移位具有重要作用。我院 2002 年 5 月 ~ 2006 年 5 月开展胃镜下放置鼻空肠营养管 72 例, 取得良好效果, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 72 例, 男 39 例, 女 33 例。年龄 25 ~ 67 岁 (42. 6 ± 2. 5) 岁。急性胰腺炎 36 例, 腹部术后持续剧烈呕吐 15 例, 腹部术后胃瘫 12 例, 脑外伤 5 例, 食管术后吻合口漏 2 例, 脑卒中 1 例, 植物人状态 1 例。

病例选择标准: 短期内不能正常进食, 但能接受肠内营养。

1.2 方法

1.2.1 仪器与器械: FUJINON-200 型胃镜, 持物钳, 圈套器, 迈瑞 PM-8000 型心电图监护仪; 德国费森尤斯卡比公司 Freka 鼻胃空肠营养管 (以下简称营养管), 外径 0. 39 cm, 内径 0. 33 cm, 长 120 cm。

1.2.2 方法: 术前准备同胃镜检查前准备。首先将营养管插入胃内 (方法同置胃管), 患者取左侧卧位, 胃镜经口腔依次插入咽喉部、食管、胃及十二指肠降段的远端, 插镜过程中尽量抽吸口腔及胃肠道分泌物和液体。采用内镜旁持物钳置管法, 将持物钳或圈套器夹住营养管前端部, 后退持物钳或圈套器使其靠近胃镜头端, 随着内镜的插入同时插入导管至十二指肠降段或水平段, 而后退出胃镜, 抽出导丝, 注射器向营养管内注入生理盐水使之充盈, 再将营养管送至 Trize 韧带以下 20 ~ 40 cm。胰腺炎及高位瘘患者鼻肠管须在 Trize 韧带 40 cm 远端。在 X 线下透视检查, 必要时可注入少量泛影葡胺证实营养管位置, 如造影显示营养管走行扭曲可将其向外稍拉出, 再向营养管注入造影剂使营养管呈充盈状态, 在透视下缓慢将营养管送至空肠内。

2 结果

一次插管成功 58 例, 一次成功率 80. 6% (58/72), 二次插管成功 14 例。置管时间 15 ~ 27 min (18. 5 ± 1. 6) min。31 例术中曾出现心率增快达 100 次/min 以上、呼吸加快达 20 次/min 以上, 血压升高至 140 ~ 180/90 ~ 120 mm Hg, 氧饱和度下降至 75% ~ 90%, 插管结束后恢复正常。未发生胃肠道出血、穿孔、呕吐窒息等严重并发症。

3 讨论

对于需要长期营养支持的患者, 胃肠外营养价格昂贵、并发症多, 最终将过渡到胃肠内营养。静脉输注葡萄糖、氨基酸、脂肪乳剂可明显抑制胃肠动力, 其机制可能与抑制迷走神经兴奋性及刺激胆囊收缩素分泌有关^[1]。张克俭等^[2]认为空肠内营养因无反流, 同时减低了呼吸系疾病并发症, 更适于胃动力异常者。肠内营养不仅促进肠蠕动功能的恢复, 有利于维持肠黏膜细胞结构与功能的完整性, 维护肠黏膜屏障, 明显减少肠道细菌移位的发生, 同时还具有经济、实

用、安全等优点^[3]。早期使用胃肠内营养越来越受到重视, 并且成为外科临床营养支持的首选途径^[4]。

小肠营养管放置分为手术和非手术方法, 手术放置必须开腹, 常见于手术中考虑到术后须长期禁食的患者顺便放置。非手术方法有常规方法、透视下、内镜下 3 种方法, 又以内镜下放置最为快捷可靠。因胃镜只能到达十二指肠降段, 故我们采用内镜旁持物钳置管法将空肠营养管送至 Trize 韧带以下 20 ~ 40 cm, 最后在 X 线透视下证实营养管放置是否到位。操作中我们有如下体会: ①操作者与助手密切配合, 钳夹胃腔内鼻肠管时, 持物钳位置应与鼻肠管尽量垂直, 便于持物钳钳夹胃腔内鼻肠管, 钳夹鼻肠管后, 应后退持物钳使其靠近胃镜头端便于胃镜推送。与欧希龙等^[5]报道的方法一致。②后退胃镜时要缓慢, 应确保导丝在胃内取直后, 先退胃镜再退导丝。助手固定好鼻肠管, 防止鼻肠管脱出。③常规方法送营养管容易发生营养管盘旋、折叠。我们的经验是送营养管前先往营养管内注入生理盐水使之充盈, 便于营养管变直、变硬而利于送入空肠内。④送鼻胃肠营养管遇阻力或营养管弯曲、打折时, 应稍向后退, 重新调整方向置入。⑤如治疗过程中怀疑营养管退出空肠, 应及时在 X 线透视下明确诊断, 必要时重新置入。⑥放置空肠营养管过程中须严密监测生命体征, 发现意外及时处理。全华斌等^[6]指出胃镜下安置鼻空肠营养管有一定风险, 术中应加强监护和做好心肺复苏等抢救措施。⑦每日治疗完毕后用生理盐水冲洗营养管防止堵塞。

胃镜检查的并发症发生率为 0. 06% ~ 0. 07%^[7]。经胃镜放置鼻空肠管的并发症发生率尚无相关的统计数据报道。经胃镜放置鼻空肠营养管具有操作简便、费用低廉、安全可靠等优点, 为肠内营养开辟新途径, 值得在已开展胃镜检查治疗的医院推广。

参考文献

- 1 Casaubon PR, Dahlestrom A, Vargas J. Intravenous fat emulsion (Intralipid) delays gastric emptying, but does not cause gastroesophageal reflux in healthy volunteers. JPEN, 1989, 13: 24.
- 2 张克俭, 王远新, 王晓娣, 等. 经胃镜快速放置空肠营养管. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(1): 53.
- 3 郎德海. 肠内营养在胃瘫治疗中的作用. 临床军医杂志, 2000, 6: 15 - 16.
- 4 黎介寿. 肠内营养——外科临床营养支持的首选途径. 中国实用外科杂志, 2003, 23(2): 67.
- 5 欧希龙, 孙为豪, 曹大中, 等. 胃镜下放置空肠营养管建立空肠营养. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(1): 61 - 62.
- 6 全华斌, 彭彪彪, 阮巍山. 经胃镜放置鼻空肠营养管的应用. 实用医学杂志, 2006, 22(3): 326 - 328.
- 7 Bianchi-Porro G, Lazzaroni M. Preparation, premedication and surveillance. Endoscopy, 1992, 24(1 - 2): 1 - 8.

(收稿日期: 2006 - 09 - 18)

(修回日期: 2006 - 11 - 27)

(责任编辑: 李贺琼)

① 医务处