

可视喉镜结合卵圆钳在气管插管后鼻空肠管置管中的应用

方秋月

(厦门大学附属心血管病医院,福建 厦门 361004)

摘要 总结 2 例气管插管后盲插鼻空肠管管端经食管入口处困难的困难置管病例。对于带有气管插管合并吞咽功能障碍,置入鼻空肠管通过食管口困难的患者,给予适当的镇静,必要时给予肌松剂,保证气管插管不发生移位及非计划性拔管。从一侧口角轻柔置入可视喉镜,充分暴露咽喉部,持卵圆钳将鼻空肠管送入食管开口后将管道送至胃部,撤除可视喉镜及卵圆钳,再按盲插法将管道送至空肠。采用可视喉镜结合卵圆钳置管,鼻空肠管管端可快速经过食管口,避免反复多次置管,提高置管成功率。

关键词 鼻空肠置管;吞咽障碍;可视喉镜;卵圆钳

中图分类号 R47 **文献标志码** B **DOI**:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.05.028 **文章编号** 1006-9143(2019)05-0595-02

ICU 患者往往病情危重,处于镇静状态或意识障碍,吞咽功能减退,发生急性胃损伤导致胃潴留等,容易发生胃内容物反流甚至发生误吸。鼻空肠管放置建立幽门后喂养,食物不经过胃部,可有效防止胃潴留,减少吸入性肺炎的发生。2016 年美国重症营养指南指出有误吸高风险的患者应建立幽门后喂养,床旁鼻空肠管盲插术是建立幽门后喂养的途径之一。ICU 患者气管插管后由于导管对食管的挤压,导致食管口封闭,反复置管操作会导致患者喉头水肿,黏膜出血等不良反应的发生,严重的甚至导致声带损伤,会给患者带来很大的痛苦^[1]。由于气管插管后气管导管对食管的影响加上患者吞咽功能障碍,使鼻空肠管通过食管口困难,按常规方法置管容易失败。2018 年 7 月我科收治了 2 例气管插管后徒手反复多次置鼻空肠管均无法通过食管口,失败后使用可视喉镜结合卵圆钳成功将鼻空肠管顺利通过食管口置入空肠的病例。该方法适用于带有气管插管吞咽功能障碍的困难置管患者。现报道如下。

1 临床资料

病例 1 男性,64 岁,急性心肌炎行体外膜式氧合器氧合,经口腔气管插管使用呼吸机辅助呼吸,鼻胃管鼻饲肠内营养液消化差,腹胀。病例 2 男性,45 岁,主动脉夹层大血管替换术后,经口腔气管插管使用呼吸机辅助呼吸,鼻胃管鼻饲肠内营养液消化差,腹胀。2 例患者均处于镇静状态,有误吸高风险,不能配合吞咽,且均经多次徒手置管,鼻空肠管都不能通过食管口,鼻空肠管滑入口腔。2 例患者在可视喉镜及卵圆钳辅助下均一次都成功经过咽喉部食管口,顺利到达胃内,后按照盲插法顺利将鼻肠管送至空肠。管端经 X 线显示在空肠内。

2 操作方法

2.1 用物准备 可视喉镜,复而凯螺旋鼻空肠管,卵

作者简介:方秋月,女,主管护师,本科

圆钳,听诊器,50 mL 注射器,3M 胶布,吸痰管,吸引器,灭菌注射用水 500 mL,胃复安 10 mg。

2.2 操作步骤 操作前先吸净口咽喉部及气管内分泌物,遵医嘱予胃复安 10 mg 静脉注射,5 分钟后开始置管。患者取去枕平卧位,鼻空肠管插入导丝后泡入灭菌注射用水中润滑管道,然后先测量患者剑突至前额发际距离做第一标记,并在该标记后 25 cm 处做好第二标记。两名护士配合,1 名护士先将固定气管插管的胶布拆开,将气管插管及牙垫固定在一侧口角,注意防止气管插管发生移位,另一名护士持可视喉镜从患者另一侧口角插入,充分暴露声门,观察咽喉部的解剖结构,一手固定喉镜,一手将鼻空肠管经一侧鼻腔置入咽喉部,在明视下持卵圆钳经口腔将鼻空肠管缓慢送至到胃所需的刻度,撤出喉镜,确认鼻空肠管在胃内。先妥善固定好气管插管,然后将患者右侧卧位 45 度,向胃内注入 6~8 mL/kg 的空气,将鼻空肠管继续放至第二标志处,回抽出金黄色十二指肠液,表明导管进入十二指肠,继续缓慢推送至 105 cm,立即行床旁 X 线确定导管在位后拔出导丝^[2]。

3 体会

3.1 ICU 重症患者气管插管使用呼吸机机械通气伴镇静或意识障碍,患者放置鼻空肠管困难 原因:①患者镇静状态,吞咽功能减弱或消失,且不能在操作过程中配合做出吞咽动作,在置入鼻空肠管过程中使管端通过会厌部及食管第一狭窄处受阻。②反复置管,容易导致患者鼻腔出血,咽喉部损伤、水肿等并发症^[3],再次置入鼻空肠管时常因此处食管腔相对变窄而致使鼻空肠管头端滑至口腔中盘绕,打折导致插管失败。③气管插管气囊压迫作用。气管插管的患者由于气囊压迫食管使管道通过受到阻力增大,加大了鼻空肠管通过的难度。

3.2 可视喉镜明视下卵圆钳插管的优点 可视喉镜下插管能在明视下充分暴露咽喉部的解剖构造,避

粘胶祛除剂对 PICC 置管患者医用粘胶相关性皮肤损伤的影响

贺成红 宋应群 巫素青 张古方 胡月

(句容市人民医院,江苏 镇江 212402)

摘要 目的:观察粘胶祛除剂预防 PICC 置管患者发生医用粘胶相关性皮肤损伤的效果。方法:采用历史对照研究,将 2017 年 5 月至 8 月的 50 例 PICC 门诊换药患者设为对照组,予常规护理,2018 年 5 月至 8 月的 50 例 PICC 门诊换药患者设为观察组,予粘胶去除剂治疗,比较皮肤损伤的发生情况。结果:干预后观察组发生粘胶相关性皮肤损伤的发生率明显低于对照组($P<0.05$);发生粘胶相关性皮肤损伤的严重程度低于对照组($P<0.05$)。结论:粘胶祛除剂可以有效降低 PICC 置管患者粘胶相关性皮肤损伤的发生率。

关键词 粘胶祛除剂;PICC;医用粘胶相关皮肤损伤

中图分类号 R473.6 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.05.029 文章编号 1006-9143(2019)05-0596-03

PICC 因其留置时间长、创伤小等优势在临床广泛使用,但是由于频繁更换贴膜、撕扯贴膜、粘胶刺激等因素导致皮肤完整性受损,引起皮肤损伤。医用粘胶相关性皮肤损伤^[1,2](medical adhesive-related skin injuries, MARSI)指的是在移除粘胶产品后,出现持续 30 min 以上的红斑和/或其他的皮肤异常,包括机械性皮肤损伤、接触性皮炎、毛囊炎、潮湿相关性皮肤损伤等。资料显示^[3-5],MARSI 的发生率逐年升高,不仅影响患者的治疗效果,降低患者的生活质量,严重者可能导致导管相关性感染甚至非计划性拔管^[6,7],加重了患者的经济负担。笔者采用粘胶去除剂对门诊 PICC 置管换药患者进行干预,降低了患者医用粘胶相关性皮肤损伤的发生率,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用历史对照研究,选取 2017 年 5 月至 8 月于句容某医院 PICC 门诊换药患者 50 例作为对照组,2018 年 5 月至 2018 年 8 月的 50 例患者作为观察组。纳入标准:①经病理学诊断为肿瘤患者;②置入 PICC 导管且处于化疗间歇期患者;③年龄大于 18 周岁;④皮肤无破损、无炎症等;⑤患者知

情同意并自愿参加本研究。排除标准:①对粘胶去除剂过敏患者;②既往患有严重皮肤损伤、皮肤病史;③有免疫疾病史;④合并有严重心血管疾病、精神疾病患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理方法,在换药过程中,从患者 PICC 贴膜边缘处松解敷料,以 180°角顺着毛发生长方向或以 0°角贴合皮肤的方式缓慢移除敷料,并用手指反方向固定皮肤,揭除贴膜后,先用酒精棉签顺时针逆时针再顺时针围绕穿刺点清洁消毒,在此过程中清除穿刺点周围皮肤上的粘胶,再用碘伏棉签先消毒穿刺点,同样以顺时针逆时针再顺时针的顺序消毒周围皮肤,最后消毒外露管道,待干后覆盖透明贴膜,向患者宣教 PICC 导管维护相关知识。若出现 MARSI,则嘱咐患者严密观察置管部位皮肤情况,嘱患者每隔 48 h 来院更换贴膜,进食有营养、易消化的食物,同时做好心理疏导工作等。

1.2.2 观察组 使用粘胶去除剂,即在松解敷料时,先使用粘胶祛除剂喷雾在贴膜边缘松解处浸润,以 180°角顺着毛发生长方向或以 0°角贴合皮肤的方式缓慢移除敷料并用手指反方向固定皮肤,揭除敷料之后,先用粘胶去除剂配套的擦纸以穿刺点为中心

作者简介:贺成红,女,主管护师,护士长,本科

免多次盲目插管造成局部组织损伤,黏膜出血,同时避免管道误入气管。卵圆钳夹住管端在可视喉镜指引下可以控制鼻空肠管置入的方向和部位,准确找到食管口。

3.3 注意事项 为防止气管插管发生移位甚至非计划性拔管,置管前应给予镇静药物充分镇静,必要时使用肌松剂。为充分暴露咽喉部解剖构造,方便操作,置管前需吸净口咽分泌物及气管内痰液。鼻空肠管置入的患者往往是病情危重的患者,在置管的

过程中应严密观察患者的血压,心率,血氧饱和度的变化,有异常及时停止操作并报告医生处理。

参考文献

- [1] 黎惠莲,成善操,欧洁梅,等.可视喉镜在气管内全麻术中经鼻置入胃管的应用[J].护理实践与研究,2016,13(2):104-105.
- [2] 彭江琼,唐晓玲,周玲,等.鼻空肠管肠内营养在 ICU 患者中的护理研究[J].中国现代药物应用,2018,12(7):213-214.
- [3] 黄海珠,巢齐放.可视喉镜在吞咽困难患者留置胃管中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(7):102-104.

(2018-08-24 收稿,2018-12-07 修回)