

改良三腔二囊管气囊放气润滑方法临床应用的效果观察

胡惠娟¹, 彭利芬², 黄国敏¹, 魏红云¹

(1佛山市中医院 ICU, 广东佛山, 528000; 2中山大学附属第一医院胃肠外科, 广东广州, 510080)

[摘要] 目的 探讨三腔二囊管气囊放气润滑改良方法在食管胃底静脉曲张破裂大出血不能主动吞咽患者中的应用效果。方法 对 27 例食管胃底静脉曲张消化道大出血不能主动吞咽患者, 在三腔二囊管置管期间采用改良后气囊放气润滑方法。结果 本组 27 例患者, 三腔二囊管置管时间 3~6 d, 无 1 例发生消化道黏膜损伤及误吸的发生。结论 改良气囊放气润滑方法能有效避免三腔二囊管压迫止血过程中, 消化道黏膜损伤及误吸的发生。

[关键词] 食管胃底静脉曲张破裂出血; 吞咽困难; 三腔二囊管

[中图分类号] R473.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2013)08-0041-02 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2013.08.014

Clinical effects of modified air bag deflation lubrication by Sengstaken-Blakemore tube

Hu Huijuan, Peng Lifan, Huang Guomin, Wei Hongyun // Modern Clinical Nursing, -2013, 12(8):41.

[Abstract] **Objective** To study the effect of modified air bag deflation lubrication by Sengstaken-Blakemore tube on voluntary dysphagia induced by esophageal variceal bleeding. **Method** Twenty seven patients with voluntary dysphagia induced by esophageal and gastric variceal bleeding were managed with modified air bag deflation lubrication with Sengstaken-Blakemore tube. **Results** The indwelling time for the Sengstaken-Blakemore tube was 3~6 d. There was no complication of gastrointestinal mucosal injury and aspiration complications. **Conclusion** The modified air bag deflation lubrication by Sengstaken-Blakemore tube may effectively avoid the complications by hemostasis with Sengstaken-Blakemore tube.

[Key words] esophageal and gastric variceal bleeding; dysphagia; Sengstaken-Blakemore tube

目前, 三腔二囊管紧急压迫仍然是食管胃底静脉曲张破裂出血患者一种简单而有效的止血措施。三腔二囊管压迫止血过程中血痂附着于气囊外壁, 黏膜与气囊粘连, 放气或拔管时血痂脱落, 导致黏膜损伤及再度出血^[1]。三腔二囊管的护理操作流程中强调放气囊前给患者吞食适量润滑剂是有效避免消化道黏膜损伤的措施^[2]。然而在临床中对于躁动不合作、昏迷或经口气管插管等不能主动吞咽的患者要在放气囊前吞食润滑剂是一项护理难题。本科室自 2010 年 3 月~2012 年 12 月对气囊放气润滑方法进行了改良, 取得较好的效果, 现将方法和结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2010 年 3 月~2012 年 12 月本科室收治的因肝硬化引起食管胃底静脉曲张破裂大出血患者 27 例, 男 20 例, 女 7 例, 年龄 38~65 岁, 中位

数 48.0 岁, 其中因躁动不合作使用镇静剂 12 例, 失血性休克昏迷行经口气管插管机械通气 8 例, 肝昏迷行经口气管插管机械通气 7 例, 所有患者均不能主动配合吞咽。

1.2 方法

1.2.1 材料及制作方法 三腔二囊管一条, 4 号医用缝合线, 小儿一次性吸痰管一条, 全长 39 cm, 直径 2 mm。置管前戴无菌手套, 先用缝合线穿过吸痰管前端两个吸引开口, 打死结结扎。食管囊充气 120 mL 使其处于充盈状态, 将吸痰管前端置于食管囊上方约 1 cm 处, 绑扎吸痰管前端两个开口处的缝合线在该处与三腔二囊管并列绑扎并打死结, 剪去多余缝合线。吸痰管与三腔二囊管并列拉直分别在约 20 cm、30 cm 处用缝合线结扎固定, 确保两管道并列紧贴不移位、不松脱, 插管前充分润滑捆绑后两管, 采用传统插管法或沙氏导丝置管法^[3]置管。

1.2.2 气囊放气润滑方法 气囊压迫止血期间, 每 12~24 h 放气囊 1 次, 放气前用注射器抽吸 20 mL 石蜡油从捆绑三腔二囊管的吸痰管负压吸

[收稿日期] 2013-04-15

[作者简介] 胡惠娟(1974-), 女, 广东兴宁人, 主管护师, 本科, 主要从事危重症临床护理工作。

引连接口缓慢注入,1 min 后待石蜡油将食管囊表面及食管黏膜表面润滑,缓慢抽出食管囊内气体再抽吸 10 mL 石蜡油从吸痰管吸引连接口缓慢注入,1 min 后待石蜡油与胃气囊及胃黏膜表面润滑,缓慢抽出胃囊内气体。放气后将三腔管送入胃内少许,使胃底减少压力,放气观察 30 min,抽取胃内容物或胃管接负压引流无新鲜血液,表示无出血可再度充气。留管 3~5 d,放气状态下再观察 24 h,如无再出血,按上法注石蜡油 30 mL,稍等片刻后夹紧胃管拔除三腔二囊管。食管囊压迫期间患者口鼻腔分泌物、痰液等滞留在囊上,容易引起分泌物返流导致吸入性肺炎,在及时清除口鼻腔分泌物后用注射器或吸痰负压管连接捆绑三腔二囊管的吸痰管,间歇吸引食管囊上滞留物^[4]。

2 结果

本组 27 例患者,三腔二囊管置管时间 3~6 d,中位数 3.5 d,无 1 例发生消化道黏膜损伤及误吸的发生。三腔二囊管置管压迫期间,25 例患者顺利拔管,1 例患者因肝昏迷晚期并发脓毒症死亡;1 例患者压迫止血无效需紧急手术治疗。

3 讨论

三腔二囊管置管压迫期间,放气囊前给患者吞食润滑剂是为避免在三腔二囊管压迫止血过程中导致黏膜损伤及再度出血发生误吸的主要措施。然而,昏迷、不合作或经气管插管患者无法吞食润滑剂,临床中对这类患者放气囊及拔管前采取从鼻腔滴入少量润滑剂方法或采取缓慢抽气和拔管动作轻柔等措施,但仅能减少鼻腔黏膜受损^[5]。通常三腔二囊管拔出后食管囊和胃囊表面有血痂或黏膜脱落粘附,导致拔管后发生再度出血,部分患者因气囊与黏膜粘连面积大,导致气囊抽尽气体仍无法顺利拔出管道。为解决这些问题,本科室对三腔二囊管放气润滑方法进行了改良,直接从捆绑三腔二囊管的吸痰管注入润滑剂的方法,解决患者无法主动吞食润滑剂的护理难题。

传统三腔二囊管食管囊注气后口鼻腔分泌物滞留在囊上,分泌物容易返流导致吸入性肺炎的发生。改良后三腔二囊管与小儿吸痰管捆绑,吸痰管前端吸引开口置于食管囊上方,利用注射器或负压吸引能及时清除囊上滞留物,避免误吸导致吸入性肺炎的发生^[6]。结果显示,27 例患者中除了 1 例患者因疾病原因死亡;1 例因压迫止血无效需紧急手术治疗外,其他 25 例患者顺利拔管,拔管后无再出血,观察拔出的三腔二囊管食管囊和胃囊表面光滑,无血痂或黏膜脱落粘附现象,两管捆绑结扎处缝合线无断裂松脱,两管道并列紧贴无移位,患者均无 1 例发生误吸。结果说明,三腔二囊管放气润滑方法的改良解决患者无法主动吞食润滑剂的护理难题,而且有效和安全。

4 结论

综上所述,三腔二囊管放气润滑方法的改良,能有效解决患者无法主动吞食润滑剂的护理难题,有效避免黏膜损伤及再度出血和误吸的发生,而且此操作简单安全易行,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1] 梁葵,林春惠.三腔二囊管压迫止血并发症的原因分析及护理对策[J].护理实践与研究,2009,6(5):16-18.
- [2] 中华医学会.临床技术操作规范护理分册[M].北京:人民军医出版社,2005:71-72.
- [3] 宋洋,徐正磊,李迎雪,等.改良乒乓球法固定三腔二囊管在食管胃底静脉曲张破裂出血中的应用[J].广东医学,2012,33(19):2930-2931.
- [4] 余长智,吐尔洪·艾萨,吴燕,等.简易气囊上引流冲洗在防治呼吸机相关性肺炎的疗效与安全性[J].中华医院感染学杂志,2011,21(13):2664-2666
- [5] 姜伟.三腔二囊管在食管胃底静脉曲张破裂出血中的应用与护理[J].护士进修杂志,2012,27(10):951-953.
- [6] 陆关珍,陶冬梅,沈旭慧,等.改良后三腔管临床应用的效果观察[J].中华护理杂志,2009,44(3):209-211.

[本文编辑:郑志惠]