

# 1 例右上下颌骨缺如患者经口留置胃管的护理

张丹桃<sup>1</sup>, 翟凤仪<sup>1</sup>, 朱晓菁<sup>2</sup>

(中山大学附属第一医院, 广东广州, 510080;

2南方医科大学第三附属医院护理部, 广东广州, 510630)

[关键词] 上下颌骨缺如; 经口留置胃管; 护理

[中图分类号] R473.74 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2014)12-0076-02 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.12.021

## Nursing of one patient with right upper and lower jaw absence undergoing orotracheal gastric intubation

Zhang Dantao, Zhai Fengyi, Zhu Xiaojing//Modern Clinical Nursing, -2014, 13(12):76.

[Key words] upper and lower jaw absence; gastric intubation; nursing

下颌骨是人体面部重要骨性结构,与口腔及面部的外形和功能有密切关系。临床由于肿瘤、感染、外伤等原因所造成的下颌骨缺损不仅会造成患者面部畸形,在很大程度上,还会影响咀嚼、吞咽、语言、呼吸等生理功能<sup>[1]</sup>。吞咽障碍是指不能够将食物由口腔送入胃内,可导致脱水、营养不良、吸入性肺炎,甚至窒息而死亡,因此应对患者积极诊治<sup>[2]</sup>。经口留置胃管方法已广泛应用于临床,特别是新生儿、垂体瘤术后等特殊患者,可保证不能经口进食患者有效实施肠内营养<sup>[3]</sup>。其可降低肺部感染、营养不良及水电解质紊乱的发生率,从而缩短住院时间<sup>[4]</sup>。2013年7月,本科室对1例右上下颌骨缺如合并吞咽障碍患者实施经口留置胃管进行肠内营养,取得较好效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例介绍

患者,男,68岁,因突发构音不清、右侧肢体无力伴发热12d入院。有高血压病史8年,1997年行右侧面颊癌手术。入院体格检查:体温38.5℃,脉搏88次/min,呼吸20次/min,血压180/88 mmHg。神志清楚,检查合作。双肺呼吸音粗,双肺可闻及湿性罗音;双侧瞳孔等大等圆,直径约3.0 mm,对光反射灵敏,右侧面颊上下颌关节

缺如,构音不清,饮水呛咳和吞咽困难,不能伸舌,右侧上肢肌力0级,右下肢肌力Ⅱ级,左侧肢体肌力V级。入院第1天白细胞 $11.06 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞比例0.761,白蛋白25 g/L。入院时全胸片显示:考虑慢性支气管肺气肿合并右肺下叶炎症。头颅CT显示左侧基底节放射冠及丘脑区出血。经积极抗感染、脱水、营养神经等治疗,加强翻身、拍背、吸痰,经口留置胃管鼻饲饮食,治疗后生命体征稳定,无咳嗽、咳痰,双肺呼吸清,右侧上肢及下肢肌力Ⅳ级;住院3周后康复出院。

### 1.2 置管方法

1.2.1 经口插管方法 置胃管前先给予吸痰,以避免分泌物过多及胃管的刺激,造成管腔阻塞和窒息。置入胃管前,该例患者采用冰水棉棒在咽喉部冷刺激,其能有效提高软腭和咽部敏感性,使吞咽动作容易产生,提高经口置入胃管的一次成功率。插管长度为发际到剑突的距离,用石蜡油润滑胃管前端,判断悬雍垂位置,并从悬雍垂左侧沿咽后壁向后下插入,嘱患者作吞咽动作,胃管通过食管进入胃内。

1.2.2 固定 采用扁带在胃管所测量需要的长度上打一双套结,绕头顶部在左侧耳后打一活结固定胃管。

1.2.3 管饲方法 每天给予管饲喂养6次,每次量不超过200 mL,另外按医嘱每日给予富含蛋白质的瑞高营养液500 mL,采用营养泵将营养液以每小时60 mL匀速泵入,每次管饲时暂停泵入。

1.2.4 留置胃管过程护理要点 每次管饲前嘱患

[收稿日期] 2014-03-24

[作者简介] 张丹桃(1971-),广东怀集人,护师,大专,主要从事神经科护理工作。

[通信作者] 朱晓菁,护理部副主任,主管护师,大专,  
E-mail:864554266@qq.com。

者进行空吞咽动作,每次3~6下,每天6次。因为吞咽动作对口腔、咽喉相关肌肉可进行锻炼,避免长期留置胃管对咽喉肌、食管肌刺激而引起咽喉反射迟钝,能有效改善吞咽功能障碍。

## 2 结果

患者留置胃管3周后,营养得到改善,白蛋白32 g/L。留置胃管肠内营养期间未出现并发症。

## 3 讨论

### 3.1 患者留置尿管实施肠内营养支持的重要性

该例患者入院时有感染、脱水、营养不良情况,右上下颌骨缺如不能通过口进行进食,因此应尽早对其进行早期肠内营养干预,改善患者营养状况,纠正代谢紊乱情况,改善预后<sup>[5]</sup>。该例患者采用经口置入胃管,按照进食途径口腔—咽—食管—胃,符合人的进食心理及进食途径,缩短了经鼻腔置管的距离,减少对鼻腔、鼻咽腔刺激,患者易于接受。置管期间由于患者年龄较大、合并感染及营养不良,容易发生口腔黏膜干燥和感染,食物返流、误吸、腹泻等,因此应做好相应护理工作。该例患者留置胃管3周,未发生并发症,营养状况得到良好改善。

### 3.2 护理

**3.2.1 预防口腔黏膜干燥和感染** 口腔黏膜干燥和感染是颌面外伤或口内手术后患者常见并发症。李华等<sup>[6]</sup>报道,针对颌面外伤或口内手术后患者不同特点分别采用含漱法、长棉签擦洗法、棉球擦洗加注射器冲洗法等实施口腔护理,取得良好效果。该例患者右侧上下颌关节缺如,分泌唾液较少,口腔黏膜暴露,且咳嗽、咳痰,易形成痰痂。因此,我们让患者取右侧卧位,床头摇高30度,用生理盐水棉球进行口腔护理,每天2次,采用注射器在口腔上下、左右、前后注水,每天5~6次,将弯盘放在嘴旁让水从颌角流出,从而消除痰痂的形成,促进口腔湿润,预防口腔黏膜干燥和感染。该例患者胃管留置期间口腔黏膜未发生感染。

**3.2.2 预防恶心、呛咳** 恶心、呛咳是经口插管和置胃管期间常见的并发症,主要是胃管刺激舌根及咽喉部而致。该例患者住院前期睡眠时间多,在睡眠中管饲时如出现恶心症状,易发生误吸,因此每次管饲前叫醒患者,将患者床头抬高30~45度,嘱患者做空吞咽动作,管饲速度缓慢,减少管

饲时恶心、呛咳症状出现。

**3.2.3 预防食物返流、误吸、腹泻** 每次管饲前常规先抽吸胃液,观察胃液颜色及量,当胃潴留>150 mL,应停止管饲,管饲时抬高床头30~45°,并保持该体位30~60 min,靠食物重力作用,管饲液存留于胃底、胃体,且咽喉、食管高于胃,可以预防食物返流造成的吸入性肺炎。另外,我们还采用营养泵将营养液匀速泵入,有效地预防食物返流、误吸、腹泻的发生。

**3.2.4 个人形象的维护** 据调查<sup>[7]</sup>,口腔颌面外科患者对身体心像改变的反应适应不良占76.67%。患者入院后,我们给予戴上口罩,维护患者的形象,同时有利于口腔黏膜的湿润,而进行口腔护理等需暴露面部时,均给予屏风遮挡,保护患者的私隐,患者积极配合治疗,情绪稳定。

## 4 小结

该例右上下颌骨缺如并吞咽障碍患者,入院时合并感染、脱水、营养不良情况,经给予口腔置入胃管进行肠内营养3周,确保了患者疾病期营养的供给,减少了患者并发症的发生,促进患者康复。护理方面在置入胃管前给予咽喉部冷刺激,可提高置管一次成功率;管饲过程预防口腔黏膜干燥和感染,减少管饲时恶心、呛咳症状及做好患者个人形象维护工作,其是顺利治疗的重要保证。

### 参考文献:

- [1] 王玉龙,韩龙,毛驰.下颌骨缺损的修复重建[J].口腔颌面修复学杂志,2011,12(2):126-128.
- [2] 杨华.吞咽功能训练对患者卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].当代医学,2013,19(3):81-82.
- [3] 刘琰,胡苏.神经外科患者经口留置胃管的方法与护理[J].护士进修杂志,2009,24(3):274-275.
- [4] 刘自勤,李小磊,杜迎春,等.留置胃管对脑梗死合并吞咽障碍患者的临床意义[J].实用心脑血管病杂志,2013,21(5):70-71.
- [5] 黄文杰,刘丽丹,陆萍静,等.脑卒中伴吞咽障碍患者营养支持及护理[J].现代临床护理,2012,11(12):61-62.
- [6] 李华,杜俊兰.口腔护理临床研究进展[J].护理研究,2009,23(1):104-105.
- [7] 刘芳.颌面外科患者身体心像改变后的心理调查分析[J].中华护理杂志,2001,36(2):143-144.

[本文编辑:刘晓华]