

# 消化内科胃肠减压护理的应用效果分析

沈 燕

阿克苏地区第一人民医院消化内科 新疆 阿克苏 843000

**摘要:** 在医院系统中, 消化内科占很大的一部分, 这个科涉及的病人通常有着很大的风险, 而且很多病情相当复杂, 对病人的心理健康产生很大的负面影响。为了可以改善病人住院阶段的生存质量。临床上需要增加对护士服务的关注, 并根据需要对病人进行全方位的管理服务, 以此提高病人的早日康复。随着医学技术水平的提升, 在护士服务中细节管理的运用日益普遍。护理人员必须遵守有关规章制度, 并在护理工作中体现出专业性与积极性, 确保在为病人进行护理服务中, 可以做到护理的科学化, 充分的使病人体会到关怀与爱, 从而给病人营造出温馨的护理环境, 从而达到提高病人临床表现, 提高护理效率提升的目标。

**关键词:** 胃肠减压; 不适症状; 护理

**引言:** 胃肠减压是消化内科护理中最基本的一项操作技能, 利用引流胃肠液及气体起到了降低胃肠道压的目的, 同时也有利于监视胃肠液体的性质与量, 便于诊断疾病改变。合理的设管方式以及合理的时间长度, 适当的固定, 以及有效的病变监视与管理是确保胃肠减压系统有效的基石。胃肠减压, 实际上从理论上来说, 是运用了负压吸引或者虹吸原理, 把胃管从口和鼻子中直接置入胃内, 进而把胃肠道内的物质、水分和气体抽出, 进而减轻腹痛腹胀的情况, 从而提高了胃肠的血液循环, 并促使胃部创伤的愈合和身体机能的恢复。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料:** 本研究选取在2021年1月到2021年9月我院消化内科收所治的所有手术患者, 选择实施手术的36例患者进行研究, 其中有12例男性患者, 24例女性患者, 患者的年龄在(26~74)岁。这36例在进行腹部手术前的患者, 都把胃肠减压作为常规操作。

**1.2 方法:** 选择从2021年1月到2021年9月的时间内, 我院收治的36例消化内科外科的手术患者作为此次研究的对象, 此次调查所选取的36例病人均实施了胃肠减压, 并根据与病人所存在的胃肠减压有关的不适症状, 以及对不同病症的病人分别实施有针对性的措施进行护理干预, 对干预的有效性进行了数据分析, 并总结出比较可行的护理干预对策。护士在开展对护理措施的干预时, 一定要站在病人的角度, 充分考虑病人的心情和感情, 在不违反原则的状况下解决了病人所提的要求, 并尽量地使病人有一种良好的心态<sup>[1]</sup>。

**1.2.1 妥善地固定,** 胃肠减压管在放置后, 用干净手巾擦拭鼻翼两边、脸颊周围等与皮肤固定部位上的油污, 然后再以医用粘胶纱布固定, 胶纱布的二翅分别缠

在胃管上, 最后再用别针将负压吸引器放在床沿。对胃管的稳妥地固定是十分重要的, 有助于防止或减少由于对胃管的牵扯, 而所产生的摩擦或冲击给病人造成的不适感。要认真对病人和亲属宣教脱管的危险常识。指导病人在翻身、坐起或下床活动等体位变化时动作应缓慢, 防止暴力牵掣胃管。避免了计划的外拔管事件。此外, 护理人员可以选择先用棉球浸泡生理盐水, 之后再拧干, 然后每天对病人进行二次口腔的护理, 以保证病人的口腔卫生, 同时也湿润了病人的口腔, 胃管摩擦和刺激病人咽部的症状有所缓解。

**1.2.2 通过禁饮,** 完全禁食, 以及胃肠减压与液体引流等方式排空病人的胃肠道, 会引起病人出现口干或者是饥饿感。将新鲜的柠檬切成片状, 放在病人眼前, 让病人用鼻孔闻到那种气味, 会促使病人的口腔产生唾液, 缓解病人由于水分亏缺引起的口干症状<sup>[2]</sup>。

**1.2.3 护士不但要帮助病人掌握正确和合理的咳痰技术,** 而且还要对其进行雾化吸入, 稀释痰液, 以便于将痰液清除。

**1.2.4 保持胃管通畅,** 每隔2——4小时用生理盐水10——20ml冲洗胃管。

在食道, 胃镜手术后要在医师的引导下进行, 少量, 低压, 以防止吻合口瘘及大出血。

## 2 胃肠减压器材的改进

### 2.1 硅胶胃管

硅胶胃管壁薄腔大, 方便输液和引流; 无臭味、材质柔软、与组织相容性较好, 对黏膜刺激性较小, 患者比较容易接受; 柔韧性好、胃管头端较硬, 易于进行插管; 其透明, 便于引流液的观察; 其费用不贵, 目前利用率最高。

## 2.2 复尔凯胃管

这种胃管材料为聚氨酯,不闻香臭且透明柔软适中,内有一类似弹簧型的导丝,在导丝尾端有一与抛弃的空针恰好相连的硬塑口。在临床使用的动物实验中表明,复尔凯胃管对不闻香臭无刺激性且直径较小柔韧性好,在插管过程中的不良反应也显著下降;此管抗胃酸腐蚀性,保存期限长达90-180天,特别适合于需要更长时间入管的患者,防止了多次插入管;而胃管内的导丝也发挥着支撑功能,在插入管过程中不易扭曲或打折,一次性的插管成活率达到了百分之百,在昏迷等特殊病人的插管手术中具有了一般导管所无法取代的优点,且在插管时还可利用导丝尾端的硬塑端口进行回吸胃液,在确保插管顺利后再拔除导丝,从而减少了插管失败或导丝被拔除所造成的困难。

## 2.3 弯头胃管

在传统胃管的基础上对管的前端进行改造,管前端为一长4cm实心段,实心段向端头逐渐变细并向一侧弧形弯曲30°,端头为一圆滑尖头,在不同的平面设计侧口,并有刻度标记及弯头方向标记。该胃管引流效果好,不需要病人特殊体位配合,易插入,不易盘旋反折,为昏迷、危重患者解决了误入气管、插管困难等难题。

## 3 讨论

3.1 咽喉部不适于疼痛:是因为在给患者插胃管的过程中,胃管会与患者的咽喉部直接接触,通过这种摩擦和刺激,患者会感觉咽部有异物和不舒适,这样会导致在插胃管的时候患者的吞咽动作不能够很好的进行,配合不到位;胃管插入以后,随着患者进行吞咽活动也会出现上下的移动,摩擦并且刺激患者的咽喉部位,引起其疼痛与不适。

3.2 失眠:患者在住院期间导致失眠的原因很多,对于有胃肠减压管的患者来说,其咽喉部疼痛不适,缺水引起的口干,禁食引起的饥饿等,都是患者睡眠质量不高的因素。因此,静脉营养的支持对患者非常重要,既能够使患者体内的营养失衡得到纠正,又能够预防和缓解因空腹疼痛不适,从而改善患者的睡眠质量<sup>[3]</sup>。

3.3 排痰困难:患者在术前常常会出现排痰困难,对于存在胃肠减压的患者,其因胃管的存在而导致患者引起咽部的疼痛,导致患者不敢咳嗽,痰液不能有效咳出。患者在手术后需要继续禁食禁饮,痰液会比较黏稠,更不利于痰液的咳出。

3.4 言语表达不畅:对于存在胃肠减压的患者来说,在其张口发音的时候,咽喉部会出现震动,使胃管对其咽部粘膜更加的刺激,患者咽喉部的疼痛不适会更加严重。

3.5 恶心呕吐感:对于存在胃肠减压的患者来说,排除其他原因,会出现恶心呕吐感,主要是胃肠减压管堵塞或打折等引起的负压引流不畅通,才出现的恶心呕吐感。

胃肠减压作为消化内科最基本的操作技能之一,是引流胃肠液或者气体,让胃肠道达到减压的效果,且有利于观察胃肠液的性质和数量,更有助于医生判定病情。在临床上置管的方式,置管的长度,固定等均是确保胃肠减压成功的关键,且每日的引流量多少对于病情的转归有着重要意义<sup>[4]</sup>。

胃肠减压对病人来说,属于侵入性的医护作业,在插管甚至是减压的过程中,护士动作不恰当,会给病人造成困难,从而产生了较多并发症。在胃肠减压的过程中有效的实施护士,就能够提升整体的疗效。同时加大了对工作人员的训练,使之可以合理地插管,从而减少了反复置管,脱管,大出血等事故的发生;有效的进行心理护理,使病人和家人都可以正视患者,并保持自信迎接患者;仔细观察引流液体的性质,重量大小等,如果异常可以及时联系大夫,减轻病人的疼痛;合理的给病人选用置管的型号,并妥善置管,经常冲洗胃管,以保持胃管的畅通。

本试验结果证明,对照组护士的业主评价优于参考组,组内对比结果差异明显( $P < 0.05$ ),该结果证明,实施治疗后更利于疾病的治愈,预后效果显著。

## 4 胃肠减压前的护理

在实施胃肠减压之前,一般应进行两个方面的护理操作:一是心理评价操作,主要是了解(评估)患者的心理状况、病情,并熟悉患者的适应症和禁忌症,比如食管肿瘤或重度静脉曲张的患者、心肺功能不全、支气管哮喘发作的患者都不能插管<sup>[5]</sup>。其二,是要对病人做好心理护理,因为心理护理涉及了很多心理学基础知识,在临床上是十分关键的。许多病人在手术之前,都对胃肠减压产生了恐惧、抵触的心态,所以,护理人员可以对进行心灵上的安抚,缓解病人焦虑害怕的心情,可以把胃肠减压的目的、基本方法、原则、意义等采用一些通俗易懂的形式介绍出来,让病人可以很主动的配合,又或是联络病人的家人,对病人加以适当的引导,来缓解病人的心理压力<sup>[6]</sup>。

## 5 胃肠减压置管的护理

对于胃肠减压置管的治疗过程较为复杂,所涉及到的知识点也相当多,为此,我们可以从如下几个方面加以研究,并简要归纳如下:①首先为病人找到了正确的位置,但如果病人仍然保持在清醒状态,最传统的方法

就是给病人选择站立式或零点五躺椅，并取下假牙，胸前垫上一次性的治疗巾，嘱患者放松身体，把头向另一边。如果病人有昏迷情况时，可尽量选择侧卧式放置管法或者侧位式拉舌法，这就使插管法的效率可以很提高了。②选用质量合格的胃管和负压引流器：胃管最好选用质地比较轻且韧性好的有机硅胃管，而负压引流器一般是一次性的，在安装时一定要检查好，查看有没有破裂漏气。③带无菌的敷料手套，查看导管有无通畅，检查的时间一定要有记号，胃管用石蜡油或多利多卡因凝胶保护，左手垫着无菌方纱持胃管，用右手握小锤夹胃管前端送入另一侧鼻腔，当插管达14-16厘米处时，嘱病人先作吞咽运动，随后再将胃管置入。插管的操作应柔和，降低病人的冲击性，发现窒息性时马上终止插管，拔出胃管使病人喘息片刻再插入。④将胃管置入合适的深度，一般用鼻音伸入约五十五厘米左右，并作好记号，在胃管末端接一次性注射器抽吸观察胃管是不是在胃中，一旦抽取胃液，就应将胃管妥善固定于地面上，但如果置入长度不足，达不到胃肠减压的目的。⑤关于胃管的正确定位，人们一般从下述两个方面考虑的，首先是对于胃管的正确定位，在胃管安放妥当之后，如不能正确定位，将很容易发生意外脱管的现象，而医学资料则表明，如果使用了“工”字型，将具有很大的优越性，不但可以使其正确定位得好，同时也可以减轻病人的不适感，而且效果很突出，还有，也就是对于负压引流器的正确调整与定位：在胃管安装完成后，就可以用上负压引流器了，只要注意保证正确的负压，就可以取得很好的医疗效果，但是假如负压太小，则就不可以充分吸引，但是如果负压太大时，则会破坏胃部黏膜，据临床实践验证，当保持在负压引流器上下压2/3时，就可以达到很好的疗效，而且可以避免出现意外脱管情况，并增加了病人的舒适感，所以应该加以普及与应用。

#### 6 胃肠减压期间的护理

在实施胃肠减压时，首先要仔细观察引流液的颜色、性质和数量、通常情况下，胃液为无色，且

1500~2500mL/d，而进行胃部手术后的胃液，颜色通常呈鲜红或暗红，虽然各个病人状况有所不同，但一旦产生了大量的血红色液，就说明病人已经大出血了，要及时汇报给医师并加以适当处置。护理人员要每日记录下病人的引流量，并检查胃管是否畅通，以及有没有弯折、破裂的现象，并适时进行引流设备的更新。其次，如果出现了胃管的阻塞情况后，就应该及时加以解决，如果放置的不深，就可以向胃中加入少许温热的液体，而如果不送气或者产生了压力感的话，就表示胃管的侧口贴在了胃壁上，此时就需要医生协助病人进行位置改变，或者轻轻改变胃管的方位，接着进行推吸，直至推吸得比较顺畅为止。

#### 结语

临床上的患者插入胃肠减压管以后，会有各种不适的情况发生，加强了常规护理方法的干预，针对不同的病人实施针对性而有个性化的护理方法，病人的不适情况可以获得适时而合理的解决，病人配合并进行护理的兴趣和主动性增强了，可以良好的修复病人的胃肠道机能，促进病人的创伤较好的痊愈。

#### 参考文献

- [1]徐祝美,孔明香.探讨分析对消化内科患者采用细节护理管理的应用效果[J].人人健康.2020,(14).
- [2]陈世聪,廖永华,曹明辉,彭婕敏.细节护理在消化内科护理中的应用探析[J].中西医结合心血管病电子杂志.2020,8(28):016.
- [3]许伶俐,熊红,刘月凤,谢海群,杨红云.细节护理在消化内科护理中的应用效果分析[J].实用临床护理学电子杂志.2020,5(20).
- [4]杨世娥.腹部手术围术期胃肠减压术的护理体会[J].河南外科学杂志,2018,1(24):179-180.
- [5]李秀英.普外术后患者胃肠减压不适症状的护理措施[J].大家健康(学术版),2016,10(3):244-245.
- [6]熊雪丽.消化内科胃肠减压护理的应用效果探讨[J].中国农村卫生,2021,13(2):75,68.