

胃造口饲管移位问题之 脱落与包埋综合征 (BBS)

胃造口术是为病人提供肠内营养不可或缺的常规手术^{1,2}。其轻微并发症发生率为13%~40%，严重并发症发生率为0.4%~4.4%²；一个常见的并发症是 PEG 管脱落³

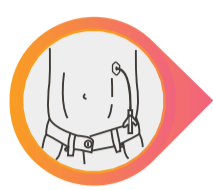
- 约5.3%的患者在置管后14天内发生饲管脱出，可对患者造成包括死亡在内的重大伤害
- 放置14天后，约12.8%的患者会出现饲管脱落，可能造成轻微的伤害

导致饲管移位的主要原因⁴⁻⁶



患者拖拽饲管

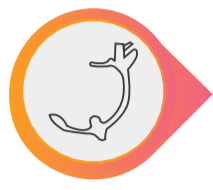
特别是在中风患者和依从性差的患者中



饲管外部被异物挂住⁴



饲管更换或调节位置时误移⁴

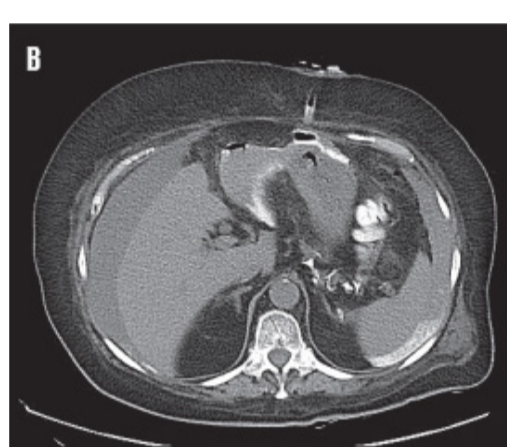
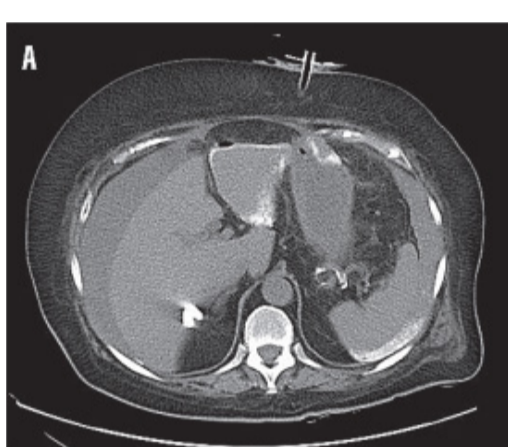


内固定球囊充盈不足⁴

包埋综合征 (Buried bumper syndrome, BBS)

是一种胃造口管移位类型，发生在使用保险盘/杆作为胃内固定物的饲管时，最早可在 PEG 管放置后的三周发生⁷

- 胃内固定装置和皮肤外固定装置之间的过度张力会导致内固定物腐蚀胃壁或腹壁，随后会致饲管向腹壁偏移 (图)^{3,7}



图像: CT 显示部分PEG管脱出伴造影剂外渗⁶

(A) PEG管穿过皮肤和皮下组织，腹腔内有游离液体；(B) PEG管内固定进入胃壁。

胃饲管移位导致的并发症

- 饲管脱落时，窦道通常在1-2小时内关闭¹
- 患者可能需要紧急鼻胃置管喂养或给药¹
- 局部皮肤感染、坏死性筋膜炎、出血和脓肿²
- 环饲管渗漏、饲管插入位置疼痛或肿胀⁷
- 腹膜炎、胃穿孔、脓毒症⁸

知识点

如果 PEG 饲管在放置 1 个月内脱落，需要通过内镜再次放置 (盲置新PEG管可能会导致其进入腹腔)⁶

如果 PEG 饲管在放置 1 个月后脱落，此时 PEG 窦道已稳定形成，更换新饲管可不需要内镜⁶

喂养前需要进行水溶性对比试验，保证新的PEG管喂养位置是正确的⁶

如何防止胃饲管移位?



使用带有 cm 标记的饲管来记录皮肤层面的标记³



使用球囊固定的胃饲管不会轻易从窦道脱落或移位¹



使用纽扣式饲管，外部装置紧凑则不会容易被拖拽出⁸



使用可分解缝线或T-固定件进行胃固定 (保持胃壁和腹壁贴合)，减少胃液泄漏到腹膜的风险⁸

MARK 原则 保证饲管位于恰当的位置

- **Mark 标记** —— 用不易擦拭的记号笔在饲管外端做标记，并记录饲管放置的外部长度³
- **Anchor 固定** —— 使用合适的固定装置和技术固定饲管，固定方法因饲管的类型和放置解剖的位置不同而相异^{1,3}
- **Reassess 重新评估** 饲管位置，在有移位风险的患者或在活动中会增加移位风险的患者，如患者转移和复位时需要重新评估³
- **Keep 保持** 饲管外部固定装置无压力接触皮肤，确保相关照护人员具备必要知识，保证临床实践中的安全³

AVANOS 解决方案

MIC-KEY* 胃造口饲管



- MIC-KEY* 胃饲管贴近皮肤、美观、易于隐藏，灵活¹¹
- 配套测量尺测量腹壁厚度，以选择最合适规格的纽扣式 MIC-KEY*¹¹
- 胃内固定装置为可充盈的硅胶球囊¹²

MIC* 胃造口饲管



- MIC* 胃饲管内固定装置为可充盈硅胶球囊¹²
- 饲管带 cm 刻度¹²
- 皮肤外部 SECUR-LOK* 固定盘¹²

References:

1. Shah J, Shahidullah A, Richards S. Reducing the unintended dislodgement of gastrostomy tubes in a long-term acute care hospital: A QA/QI pilot study. Gastroenterol Res. 2018;11(5):369-373.
2. Sealock RJ, Munot K. Common gastrostomy feeding tube complications and troubleshooting. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2018;16(12):1864-9. 3. Feil M. Dislodged gastrostomy tubes: preventing a potentially fatal complication. Reviews Analyses. 2017;14(1):9-16. 4. Tips To Avoid G-Tube Dislodgement. https://tubefed.com/newsletter/tips-to-avoid-g-tube-dislodgement/. Accessed on 27.08.2021. 5. Rowat A. Enteral tube feeding for dysphagic stroke patients. British Journal of Nursing. 2015 Feb 12;24(3):138-45. 6. Schrag SP, Sharma R, Jaik NP, Seamon MJ, Lukaszczuk JJ, Martin ND, Hoey BA, Stawicki SP. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review. Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases. 2007 Dec 1;16(4):407. 7. Rahnama-Azar AA, Rahnamaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. World J Gastroenterol. 2014;20(24):7739-7751. 8. Boullata JI, Carrera AL, Harvey L, Escuro AA, Hudson L, Mays A, McGinnis C, Wessel JJ, Bajpai S, Beebe ML, Kinn TJ. ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2017 Jan;41(1):15-103. 9. MIC* PEG sell sheet copy-04844. 10. AVANOS catalogue 2020 ANZ-DH-New. 11. MIC-KEY* G Feeding Tubes.Product data sheet. HC205-01_DH Legacy_MIC-KEY_threefold_UK_LR. 12. Product data sheet, MIC* and MIC-KEY* enteral feeding product catalogue 2020.