



衛教編號:CS-001

2013.08.01 訂定  
2023.10.01 (3 修)  
2022.12.07 (4 審)

## 經皮內視鏡胃造口之護理



全人智慧 醫療典範  
愛心 品質 創新 當責

經胸腔外科醫師檢視  
臺中榮民總醫院護理部編印

## 一、何謂經皮內視鏡胃造口術：

它是一種提供長期管灌補充營養的方式，此手術可由腸胃科或胸腔外科醫師執行，可局部麻醉或全身麻醉，不需剖腹程序，以胃鏡方式將胃造口管拉出至腹壁上，病人腹壁傷口約 1 公分。

## 二、經皮內視鏡造口術後護理：

### (一)手術後換藥方式：

- 1.紗布移除後觀察及記錄胃造口傷口有無紅腫、分泌物。
- 2.將管路輕拉起觀察皮膚與固定盤間有 0.5 公分間距，如圖一。



圖一 皮膚與固定盤間有 0.5 公分間距

3.每日內推管路後轉動 360 度(左 180 度、右 180 度)再復位，如圖二。



圖二 內推管路後轉動 360 度

4.以優碘消毒傷口兩分鐘後再以生理食鹽水洗淨  
(若傷口有紅腫可塗抹藥膏)，如圖三。



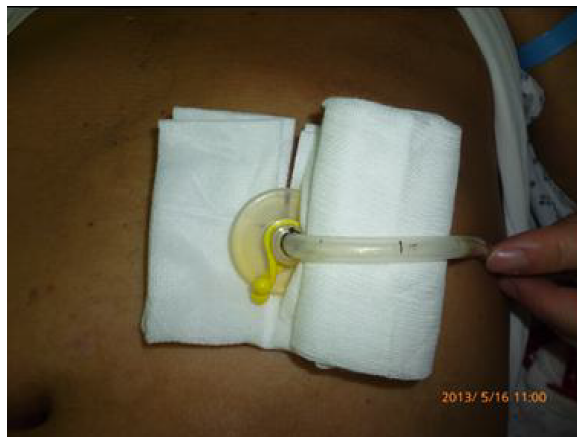
圖三 優碘消毒傷口後再以生理食鹽水洗淨

5.造口管與固定盤間置放 Y 紗後不另蓋紗布，如圖四。



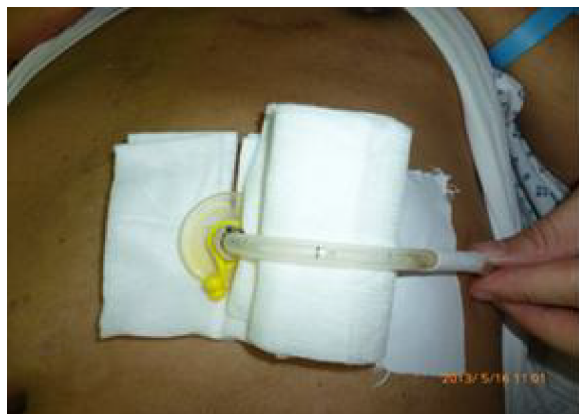
圖四 造口管與固定盤間置放 Y 紗

6.以三塊 3×3 紗布捲起墊高使固定盤與腹部呈水平，以避免管路拉扯及皮膚壓迫，如圖五。



圖五 紗布墊高

7.布膠固定於 Y 形紗布下，如圖六。



圖六 布膠固定於 Y 形紗布下

8.完成傷口護理，如圖七。



圖七 傷口護理完成

### 三、胃造口之居家護理：

- (一)胃造口傷口在術後 10 天內皆應使用優碘消毒，生理食鹽水洗淨，但在 10 天後，胃造口傷口已完全癒合且於穩定的狀態下，日常生活可用香皂潔膚與水沖洗，應注意固定管路的位置，以確定無

移位或鬆脫。

(二)已癒合且穩定的胃造口不一定需要使用無菌紗布覆蓋，除非造口仍有滲出液，若持續有滲出液的情況，可使用人工皮或無痛保護膜噴劑保護皮膚，亦可使用氧化鋅(Zinc oxide)或抗生素(Neomycin)藥膏塗擦以防止造口周圍皮膚浸潤潰爛發生，找出滲漏的原因：如腹內壓過高，胃酸過多，消化差或下腸胃道阻塞等，並給予適當處理。

(三)造口管若無破損阻塞，不需定期更換，一般約半年更換一次即可。

(四)造口管若被扯出請立即至醫院處理，夜間可至急診。

(五)避免管路阻塞之方法：

- 1.當發現管壁內有食物殘留，請輕輕擠壓管子，使殘留食物鬆動後，再使用溫開水沖洗管子。
- 2.造口管於餵食時及灌食後勿反折，因易造成阻塞及管路扭結。
- 3.若造口管部份阻塞時先暫停管灌，用灌食空針

以溫開水反覆沖洗造口管 2-3 次，必要時灌入 20-30ml 可樂，讓可樂充滿造口管約 5-10 分鐘，再以溫開水測試是否改善，若仍有阻塞情況應回院診視。

#### 四、胃造口灌食注意事項：

- (一)每次灌食之前胃造口務必回抽(腸造口不回抽)，檢視胃內是否有殘餘食物，如果殘餘量大於 100ml，應暫停灌食一次，如果消化不好的情況持續或惡化，應告知醫護人員。
- (二)灌食前後一個小時內應保持半坐臥姿勢，以避免食物逆流吸入肺部造成肺炎。
- (三)每次灌食後，以 20-50c.c.溫開水沖洗造口管。
- (四)灌食時如有出現腹脹、噁心或腹部絞痛，則應立即停止灌食。
- (五)造口管不使用時，應保持造口管關閉狀態，且每日仍需由造口管灌入 50ml 溫開水以保持通暢。
- (六)觀察並記錄管路問題的徵象及症狀，例如：噁心、嘔吐、腹脹、腹部絞痛、無法灌食、灌食流速慢等。

## 五、結論

胃造口管只要照顧得宜，每日換藥及觀察灌食及消化情形，可改善營養及體重下降情形。

## 六、參考資料

郭宜欣、劉雅絃、陶桂蘭（2020）。降低食道癌病人經皮內視鏡胃造口皮膚損傷發生率之方案。安泰醫護雜誌，26（2），29-44。

Mellors, K., Ye, X., Van Den Brande, J., Wai Ray Mak, T., Brown, T., Findlay, M., & Bauer, J. (2021). Comparison of prophylactic percutaneous endoscopic gastrostomy with reactive enteral nutrition in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy or chemoradiotherapy: A systematic review. *Clinical nutrition ESPEN*, 46, 87-98.

Roveron, G. , Antonini, M. , Barbierato, M. , Calandrino, V. , Canese, G. , Chiurazzi, L. , Coniglio, G. ,Gentini, G. , Marchetti, M. , Minucci, A. , Nembrini, L. , Neri, V. , Trovato, P. & Ferrara, F. (2018). *clinicalpractice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (peg/pej) in adult patients. Journal of Wound, Ostomy and Continence*



*Nursing*, 45 (4), 326-334.

讓我們來進行測驗，已確認您已充分了解

1. 紗布移除後，應該觀察及記錄胃造口傷口有無紅腫、分泌物。

是 否 不知道

2. 每日內推管路後轉動 360 度(左 180 度、右 180 度)再復位。

是 否 不知道

3. 造口管不使用時，應保持造口管關閉狀態，且每日不需要由造口管灌入 50ml 溫開水以保持通暢。

是 否 不知道

4. 每次灌食之前胃造口務必回抽(腸造口不回抽)，檢視胃內是否有殘餘食物，如果殘餘量大於 100ml，應暫停灌食一次，如果消化不好的情況持續或惡化，應告知醫護人員。

是 否 不知道

5. 每次灌食後，以 20~50c.c.溫開水沖洗造口管。

是 否 不知道