

两种不同胃管置入法在胃大部切除手术中的应用效果

张萍, 杨雪

■背景资料

患者在进行胃大部切除手术后胃部可能积累一定气体和液体, 从而导致胃部膨胀, 缝合切口崩裂等情况, 因此这类患者术前需放置胃管以将气体和液体引出胃部。

张萍, 杨雪, 泸州医学院附属中医院手术室 四川省泸州市 646000

张萍, 副主任护师, 主要从事临床护理的研究。

作者贡献分布: 本文主要由张萍与杨雪共同写作完成。

通讯作者: 张萍, 副主任护师, 646000, 四川省泸州市龙马潭区春晖路16号, 泸州医学院附属中医院手术室。

1227707911@qq.com

收稿日期: 2014-09-15 修回日期: 2014-10-09

接受日期: 2014-10-15 在线出版日期: 2014-12-08

Clinical effects of two different gastric tube insertion methods in gastrectomy surgery

Ping Zhang, Xue Yang

Ping Zhang, Xue Yang, Operating Room, Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Luzhou Medical College, Luzhou 646000, Sichuan Province, China

Correspondence to: Ping Zhang, Co-Chief Superintendent Nurse, Operating Room, Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Luzhou Medical College, 16 Chunhui Road, Longmatan District, Luzhou 646000, Sichuan Province, China. 1227707911@qq.com

Received: 2014-09-15 Revised: 2014-10-09

Accepted: 2014-10-15 Published online: 2014-12-08

Abstract

AIM: To compare the clinical effective of two different gastric tube insertion methods in gastrectomy surgery.

METHODS: One hundred and two patients who would receive gastrectomy surgery were selected and divided into two groups to receive gastric tube insertion using the endotracheal tube guide (group A) and metal wire guide (group B), respectively, after general anesthesia and endotracheal intubation because of the failure of conventional gastric tube insertion. Clinical effects were compared between the two groups.

RESULTS: The success rate of first intubation and intubation time showed no significant differences between groups A and B (90.2% vs 92.2%, 6.93 min \pm 1.33 min vs 6.43 min \pm 1.23 min, $P > 0.05$). Systolic blood pressure (SBP) and heart rate (HR) levels had no significant difference between the two groups either before or

after intubation ($P > 0.05$). SBP and HR levels of the two groups after intubation had no significant difference compared with the levels before intubation ($P > 0.05$).

CONCLUSION: Gastric tube insertion with both endotracheal tube guide and metal wire after general anesthesia and endotracheal intubation is effective after the failure of conventional gastric tube insertion.

© 2014 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Gastrectomy surgery; Ventricular canal insertion; Endotracheal tube guide; Metal wire guide; Clinical effective

Zhang P, Yang X. Clinical effects of two different gastric tube insertion methods in gastrectomy surgery. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2014; 22(34): 5326-5329 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/5326.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i34.5326>

摘要

目的: 研究两种不同胃管置入法在胃大部切除手术中的应用效果。

方法: 选取2008-08/2012-04泸州医学院附属中医院手术室普外科病房收治的拟进行胃大部切除手术患者102例, 随机分为A组和B组。所有患者术前进行常规胃管插入, A组和B组患者分别进行全麻气管插管后气管导管引导法及金属导丝法胃管插入, 观察并比较临床效果。

结果: A组患者1次插管成功率为90.2%, 插管时间为6.93 min \pm 1.33 min; B组患者1次插管成功率为92.2%, 插管时间为6.43 min \pm 1.23 min, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者间胃管插入前后收缩压(systolic blood pressure, SBP)及心率(heart rate, HR)差异均无统计学意义($P > 0.05$), 而且两组胃管插入后SBP及HR较插入前差异也无统计学意义($P > 0.05$)。

结论: 进行全麻气管插管气管导管引导法及

■同行评议者
戴冬秋, 教授, 中国医科大学附属第一医院肿瘤外科

金属导丝法胃管插入均具有满意疗效,安全性佳,医院及患者可根据自身情况进行选择。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 胃大部切除术; 胃管插入; 气管导管引导法; 金属导丝法; 临床疗效

核心提示: 本文对两组患者分别进行改良胃管插入法,分别为气管导管引导法胃管插入及金属导丝法胃管插入。气管导管引导法胃管插入是先将导管先行插入患者胃中,再将胃管通过导管插入胃中,因为导管韧性较好,可对胃管进行有效引导,避免了韧性不好的胃管在插入时对食道的损伤。

张萍, 杨雪. 两种不同胃管置入法在胃大部切除手术中的应用效果. 世界华人消化杂志 2014; 22(34): 5326-5329 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/5326.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v22.i34.5326>

0 引言

患者在进行胃大部切除手术后胃部可能积累一定气体和液体,从而导致胃部膨胀,缝合切口崩裂等情况,因此这类患者术前需放置胃管以将气体和液体引出胃部。多数患者在清醒情况下可顺利插入胃管,但也有部分患者因恶性呕吐,吞咽反射消失等情况导致胃管插入困难或失败,若此时强行插入势必导致患者生命体征紊乱及增加患者恐惧感,甚至可能影响未来手术效果^[1,2]。对清醒状态下胃管插入困难或失败患者可进行全麻气管插管后再进行胃管置入,这样既消除了患者清醒状态下胃管插入的痛苦,也减少了患者血流动力学的剧烈波动,抑制了不良应激反应。但全麻气管插管后进行传统胃管置入可能对患者产生一定伤害,如划伤食道等,因此需改良胃管插入的方法^[3]。本文对术前清醒状态下胃管插入困难或失败患者在全麻气管插管后进行气管导管引导法及金属导丝法胃管插入,目的是比较这两种方法的临床效果。

1 材料和方法

1.1 材料 选取2008-08/2012-04泸州医学院附属中医院手术室普外科病房收治的拟进行胃大部切除手术患者102例,所有患者均因胃溃疡导致胃部出血,且均经止血治疗但无明显效果。排除合并其他严重心、肺、肝及肾等疾病患者,进行过心血管药物治疗患者及病例治疗不完整患者。将患者按随机数字表法分为A组和B组,各51

例。其中A组患者男28例,女23例,年龄45-69岁,平均 59.5 ± 4.3 岁; B组男29例,女22例,年龄45-69岁,平均 59.1 ± 4.0 岁。两组患者在病情、平均年龄等方面均无统计学差异,具有可比性。本研究经过泸州医学院附属中医院伦理委员会批准同意。

1.2 方法

1.2.1 治疗: 所有患者术前均用常规方法进行胃管插入,将患者头偏向一侧,护理人员左手按住患者头部,右手拿胃管,将胃管从患者一侧鼻腔缓慢插入,并让患者进行吞咽。但这些患者均因生理或心理原因导致常规方法胃管插入不成功,因此所有患者全麻气管插管后进行胃管插入^[4]。A组患者进行气管导管引导法胃管插入:用麻黄碱和地卡因对鼻腔进行麻醉和促进鼻黏膜血管收缩;选择合适口径气管导管,将气管导管从一侧鼻腔插入,并通过鼻腔及咽后壁进入食管;将胃管通过气管导管插入胃内,见胃液流出后表示插管成功,退出气管导管,固定胃管^[5,6]。B组患者进行金属导丝法胃管插入:在胃管中插入金属导丝,但不超过胃管前端,避免在胃管插入时金属导丝损伤患者食道等;将胃管从患者一侧鼻腔插入,并通过鼻腔及咽后壁进入食管;插入胃后见胃液流出则表示插管成功^[7]。所有操作均由同一批技术,经验相近的护理人员完成。

1.2.2 效果评价: 比较两组患者插管次数、操作时间、胃管插入前后收缩压(systolic blood pressure, SBP)及心率(heart rate, HR)变化情况。

统计学处理 应用SPSS17.0进行数据统计与分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者插管情况的比较 A组患者1次插管成功率为90.2%,插管时间为 $6.93 \text{ min} \pm 1.33 \text{ min}$; B组患者1次插管成功率为92.2%,插管时间为 $6.43 \text{ min} \pm 1.23 \text{ min}$,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)(表1)。

2.2 两组患者插管前后SBP、HR比较 A组患者胃管插入前SBP及HR分别为 $114.5 \text{ mmHg} \pm 8.7 \text{ mmHg}$ 、 $79.4 \text{ 次/min} \pm 7.6 \text{ 次/min}$,胃管插入5 min后SBP及HR分别为 $117.3 \text{ mmHg} \pm 9.1 \text{ mmHg}$ 、 $81.2 \text{ 次/min} \pm 7.8 \text{ 次/min}$; B组患者胃管插入前SBP及HR分别为 $113.9 \text{ mmHg} \pm 8.8 \text{ mmHg}$ 、 $78.2 \text{ 次/min} \pm 7.4 \text{ 次/min}$,胃管插入5 min后SBP及HR

■相关报道

对清醒状态下胃管插入困难或失败患者可进行全麻气管插管后再进行胃管置入,但传统插入方法可能产生一定困难,张萍等报道可采用改良胃管插入法,如气管导管引导法及金属导丝法胃管插入。

■创新盘点

本文作者分别对患者进行气管导管引导法及金属导丝法胃管插入,并比较这两种方法的临床效果,从而为临床胃管插入提供一定依据。

■应用要点

患者在清醒状态下放置胃管可能不成功,全麻气管插管后再行置入胃管可消除患者清醒状态下置胃管的痛苦,并减少其血流动力学的剧烈波动,有效抑制不良应激反应。

表 1 两组患者插管情况比较 ($n = 51$)

分组	插管次数			1次成功率 n (%)	插管时间(min)
	1次	2次	3次		
A组	46	4	1	46(90.2)	6.93 ± 1.33
B组	47	4	0	47(92.2)	6.43 ± 1.23
统计值	$\chi^2 = 0.122$				$t = 0.442$
P值	>0.05				>0.05

表 2 两组患者插管前后SBP, HR比较 ($n = 51$, mean ± SD)

分组	SBP(mmHg)		HR(次/min)	
	插管前	插管5 min后	插管前	插管5 min后
A组	114.5 ± 8.7	117.3 ± 9.1	79.4 ± 7.6	81.2 ± 7.8
B组	113.9 ± 8.8	115.9 ± 9.2	78.2 ± 7.4	80.8 ± 7.5
t 值	0.664	1.031	0.371	0.477
P值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

SBP: 收缩压; HR: 心率。

分别为115.9 mmHg ± 9.2 mmHg、80.8次/min ± 7.5次/min。两组患者间胃管插入前后SBP及HR均无统计学差异($P > 0.05$),而且两组胃管插入后SBP及HR较插入前也无统计学差异($P > 0.05$)(表2)。

3 讨论

行胃大部切除手术患者术前均需放置胃管,这样可将胃中产生的气体和液体排出体外,避免这些气体和液体大量积累于胃中,导致术后伤口崩裂^[8]。一般胃管放置时间为术前患者清醒时,而且多数患者可顺利将胃管从一侧鼻腔通入胃中。但也有一部分患者因生理和心理原因导致胃管放置失败,生理原因主要为当胃管通过咽部时,喉上神经对胃管刺激较为明显,导致患者产生恶心呕吐等不良应激反应,而且这些不良应激反应过于剧烈,从而导致胃管插入失败^[9];心理原因主要为患者见到胃管从鼻腔插入可产生不良心理反应,如剧烈恐惧感及抵触感等,这些不良心理反应可阻碍胃管的插入,从而导致胃管插入失败。因此对这类患者需新觅胃管插入方法。

全麻气管插管后进行胃管插入可避免患者因心理作用而导致的胃管插入失败,但全麻气管插管进行常规胃管插入可能存在一定困难^[10-16],如:(1)患者全麻后吞咽功能消失,因此在插管时患者完成吞咽动作以配合胃管顺利

通过食管;(2)因人体生理原因胃管进入路径不是直线,因此全麻后患者不能根据胃管插入情况调整体位,导致胃管插入困难或失败;(3)患者全麻后全身肌肉处于松弛状态,因此人体食道肌肉可因重力作用而压迫食管,导致食道狭窄;(4)当食道狭窄,胃管插入遇阻时不能强行插入,这样可能导致患者食道损伤。

本文对两组患者分别进行改良胃管插入法,分别为气管导管引导法胃管插入及金属导丝法胃管插入。气管导管引导法胃管插入是先将导管先行插入患者胃中,再将胃管通过导管插入胃中,因为导管韧性较好,可对胃管进行有效引导,避免了韧性不好的胃管在插入时对食道的损伤。金属导丝法胃管插入是先将韧性较好的金属丝置于胃镜,再将胃镜插入,这样也避免了胃镜因韧性不好导致胃管插入失败,但金属丝不可超过胃管头部以避免损伤食道。在本文研究中两组患者胃管插入后血压及心率均产生较大波动,因此这两种方法不会引起患者血流动力学剧烈波动,因此这两种方法安全性佳。两组患者用这两种方法1次成功率及操作时间无统计学差异,这说明这两种胃管插入方法临床效果相差不多。

总之,常规胃管插入失败后进行全麻气管插管气管导管引导法及金属导丝法胃管插入均具有满意疗效,安全性佳,医院及患者可根据自身情况进行选择。

4 参考文献

- 1 黄恺, 傅红, 师英强, 周焯, 杜春燕. 胃良性病变行全胃切除2例. 世界华人消化杂志 2009; 17: 1901-1904
- 2 陈卫平. 气管导管引导法插胃管技术在全麻手术中的应用. 护士进修杂志 2011; 26: 1821-1822
- 3 金显容, 朱晓萍. 三种改良置胃管法在全麻下难置性胃管中的应用. 护士进修杂志 2007; 22: 1254
- 4 饶冬霞, 邓福谋, 段闯. 全麻手术病人置入胃管时间的分析与研究. 中国现代医学杂志 2011; 21: 3828-3830
- 5 刘思惠, 余小丽, 苏秋萍. 小儿全麻后引导式胃管置入法的应用. 中华护理杂志 2010; 45: 466-467
- 6 唐良春, 李莲, 邓碧坚. 2种不同方法为留置气管导管患者插胃管的效果研究. 中国实用护理杂志 2008; 24: 43-44
- 7 朱海颖. 气管导管引导胃管置入法在全身麻醉患者中的应用. 山东医药 2008; 48: 100-101
- 8 Stearns AT, Balakrishnan A, Rhoads DB, Tavakolizadeh A. Rapid upregulation of sodium-glucose transporter SGLT1 in response to intestinal sweet taste stimulation. *Ann Surg* 2010; 251: 865-871 [PMID: 20395849 DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181d96e1f]
- 9 宋茂力, 邹小明, 李晓林. 全胃切除术后应用不同营养制剂进行肠内营养58例. 世界华人消化杂志 2009; 17: 2195-2197
- 10 王晓莉. 改良法胃管置入40例效果观察. 齐鲁护理杂志 2011; 17: 93
- 11 陈丽菊, 詹惜媛, 廖菲菲. 消化道手术患者在全麻后置胃管的探讨. 中华现代护理杂志 2009; 15: 2437-2438
- 12 龙澍娟. 胃大部切除术患者中加速康复外科护理的应用体会. 河北医学 2012; 18: 1294-1296
- 13 方素娟, 司俊丽. 两种胃管置入法在腹腔镜手术中临床效果的比较. 广东医学 2010; 31: 2091-2092
- 14 潘昌如, 刘会怡. 胃大部切除术后胃瘫综合征的回顾性分析. 中华全科医学 2012; 10: 736-737
- 15 曹杰, 施进, 辛毅, 缪林, 范志宁. 胃大部切除毕Ⅱ式吻合术后胆道疾病的前视镜下治疗. 中国内镜杂志 2011; 17: 724-727
- 16 方钱, 王卫军, 李剑锋, 金鹏飞, 李智涛, 李嘉根, 陈军政. 腹腔镜在胃恶性肿瘤中的应用. 中国微创外科杂志 2011; 11: 394-397

■同行评价

本文为胃管插入提供新方法, 新思路, 具有一定的创新性.

编辑 郭鹏 电编 闫晋利



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有

• 消息 •

《世界华人消化杂志》参考文献要求

本刊讯 本刊采用“顺序编码制”的著录方法, 即以文中出现顺序用阿拉伯数字编号排序. 提倡对国内同行近年已发表的相关研究论文给予充分的反映, 并在文内引用处右上角加方括号注明角码. 文中如列作者姓名, 则需在“Pang等”的右上角注角码号; 若正文中仅引用某文献中的论述, 则在该论述的句末右上角注角码号. 如马连生^[1]报告……, 潘伯荣等^[2-5]认为……; PCR方法敏感性高^[6-7]. 文献序号作正文叙述时, 用与正文同号的数字并排, 如本实验方法见文献[8]. 所引参考文献必须以近2-3年SCIE, PubMed, 《中国科技论文统计源期刊》和《中文核心期刊要目总览》收录的学术类期刊为准, 通常应只引用与其观点或数据密切相关的国内外期刊中的最新文献, 包括世界华人消化杂志(<http://www.wjgnet.com/1009-3079/index.jsp>)和World Journal of Gastroenterology(<http://www.wjgnet.com/1007-9327/index.jsp>). 期刊: 序号, 作者(列出全体作者). 文题, 刊名, 年, 卷, 起页-止页, PMID编号; 书籍: 序号, 作者(列出全部), 书名, 卷次, 版次, 出版地, 出版社, 年, 起页-止页.