

针对成年人胃管置入深度对胃肠减压疗效分析

王文雯 李蕊蕊 王康康*

解放军第960医院 山东 济南 250031

【摘要】目的：研究胃肠减压根据成年人胃管置入深度进行，分析产生的效果。方法：此次试验对象为72例胃肠减压患者，入院时间段在2019年7月至2021年7月。利用电脑盲选方式分组，分为对照组（胃管置入长度为45至55厘米，n=36）与观察组（胃管置入长度为55至70厘米，n=36），分析两种方式产生的效果。结果：观察指标各个方面观察组均具有优势，（ $P < 0.05$ ）。结论：胃肠减压采取胃管置入长度55至70厘米，胃肠减压效果更明显，能够较快促进肠蠕动恢复，临床可进一步推广应用。

【关键词】：胃管置入；胃肠减压；肠蠕动恢复时间；并发症；疗效

胃肠减压作用较多，能够改善胃肠道胀气症状，能够缓解肠梗阻引起的症状，能够在手术后，减轻腹胀、减少缝线张力，促进伤口愈合，改善消化功能。胃肠减压在临床上具有重要意义。有学者认为，成年人胃管置入深度对胃肠减压影响较大。采取合适胃管置入深度能够保证胃肠减压效果。鉴于此，本次实验将72例胃肠减压患者作为实验对象，分析不同胃管置入深度产生的实际作用。详细报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究开展时间2019年7月至2021年7月，实验对象为72例胃肠减压患者。利用电脑盲选方式分组，分为对照组和观察组。对照组男19例（占比为52.78%），女17例（占比为47.22%），年龄范围28至52岁，平均年龄 41.11 ± 3.20 岁。观察组男20例（占比为55.56%），女16例（占比为44.44%），年龄范围29至53岁，平均年龄 41.13 ± 3.22 岁。对照组和观察组在基础资料上无明显差距（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：①患者、家属了解整个实验过程，签署同意书。②均为成年人。③均为胃肠减压患者。

排除标准：①精神问题，认知问题，沟通障碍。②肝肾脏脏损坏。③传染疾病。④配合度较低。

1.2 方法

两组均进行胃肠减压，采取公司生产的一次性硅胶胃管。胃管一个顶孔，两个侧孔，从顶孔到第二个侧孔距离为8至10厘米。胃肠减压采取一次性负压吸引器。对照组直接将胃管置入胃内进行胃肠减压治疗，采取传统方式插管，从前额发际至剑突距离，大概45至55厘米。观察组则在置管壁上进行无菌拆线3至4个小孔，置管深度在传统插入深度基础上增加10至15厘米，大约为55至70厘米。

1.3 疗效标准

胃肠减压疗效，对比分析两种置入深度后对疗效产生的影响。显效：患者临床症状恢复大于90%；有效：患者临床症状恢复大于60%；无效：患者临床症状恢复60%以下。总有效率=（显效+有效）/总例数。

肠蠕动恢复时间，胃液引流通畅情况，对比两种置入深度后患者肠蠕动恢复时间，胃液引流通畅情况。

并发症：腹胀、脱管、食管反流、其他。对比两种置入深度后患者并发症发生率，并发症发生率=（腹胀+脱管+食管反流+其他）/总例数。

1.4 统计学方法

使用SPSS20.0软件对数据进行统计学分析，使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料，使用 χ^2 和%表示计数资料， $P < 0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠减压疗效

数据显示，观察组总有效率显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。

表1 胃肠减压疗效[n,(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	36	13 (36.11%)	14 (38.89%)	9 (25%)	27 (75%)
观察组	36	15 (41.67%)	20 (55.56%)	1 (2.78%)	35 (97.22%)
χ^2	-	0.234	2.006	7.432	7.432
P	-	0.629	0.157	0.006	0.006

2.2 肠蠕动恢复时间, 胃液引流通畅情况

对照组肠蠕动恢复时间(3.78±1.09) d, 胃液引流通畅29(80.56%)例, 不通畅7(19.44%)例。观察组肠蠕动恢复时间(1.45±0.17), 胃液引流通畅35(97.22%)例, 不通畅1(2.78%)例。两组肠蠕动恢复时间($t=2.943$, $p=0.001$), 胃液引流通畅($\chi^2=5.063$, $P=0.024$), 不通畅($\chi^2=5.063$, $P=0.024$)。数据显示, 观察组肠蠕动恢复时间显著短于对照组, 胃液引流通畅例数显著多于对照组, ($P<0.05$)。

2.3 并发症发生率

对照组腹胀2(5.56%)例、脱管1(2.78%)例、食管反流2(5.56%)例、其他1(2.78%)例, 并发症发生率16.67%(6例)。观察组腹胀0(0%)例、脱管0(0%)例、食管反流1(2.78%)例、其他0(0%)例, 并发症发生率2.78%(1例)。两组并发症发生率($\chi^2=3.956$, $P=0.047$)。数据显示, 观察组并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

胃肠减压操作方法为打开排气孔, 将胃肠减压器内气体排干净, 促使胃肠减压器为负压情况关闭排气孔, 将胃肠减压器各胃管末端进行连接, 固定引流管, 在胃肠减压器末端粘贴标识, 引导患者采取舒适体位^[1]。胃肠减压效果十分明显, 手术后采取胃肠减压, 能够改善胃肠道血液循环, 提高胃肠功能, 促使病情加快恢复。但是临床上不同胃管置入深度也会对治疗效果产生一定影响, 所以对于胃肠减压置管深度需要引起高度重视。为进一步提高胃肠减压效果, 临床上往往会采取胃管置入长度55至70厘米进行胃肠减压^[2]。

一般人鼻子部位长度大概为八厘米, 咽喉大概为十二厘米, 食管大概为二十五到三十厘米。在贲门至幽门大概为十五厘米, 一共为六十到七十五厘米。以往胃肠减压置管深度一般为四十五至五十五厘米, 临床上此置管深度较难完全保证进入至胃部, 仅能够达到胃体表, 仅停留在胃部和下部

胃液处, 导致食物残渣无法完全排泄, 导致胃肠减压效果不太理想。

胃管置入长度为55至70厘米, 能够到达胃底部, 并且侧孔位于胃内, 胃内容物引流较全面。胃管置入长度为55至70厘米, 有利于引流物流出, 促进术后肠蠕动恢复, 减轻术后恶心、腹胀, 以便于早期拔除胃管, 减轻患者痛苦^[2]。临床上应用传统方式置入后如果发生胃内堵塞, 采取生理盐水清洗后无法通畅, 则需要更换胃管重新置入, 保证引流通畅。传统方式置入无法完全将侧孔留于胃内, 导致胃液随体位发生转变, 导致减压缓慢, 达不到理想减压效果。对胃肠减压胃管增加置入长度, 能够减少患者重新置管痛苦, 增强减压效果。此次实验分析胃肠减压, 根据成年人胃管置入深度进行, 分析产生的效果。数据显示, 观察组胃肠减压效果显著优于对照组; 并发症发生率显著低于对照组; 肠蠕动恢复时间显著低于对照组($P<0.05$)。杨丽颖^[3]等人研究不同胃管置入长度对肠梗阻胃肠减压临床效果。将肠梗阻患者分组分别采取胃管置入长度为45至55厘米和胃管置入长度为60至70厘米。结果发现, 采取60至70厘米方式后, 患者胃管留置时间短于45至55厘米患者, 并且引流量多于45至55厘米患者。采取60至70厘米方式后患者无腹胀、轻度腹胀患者显著低于采取45至55厘米患者。说明在常规胃管置入长度基础上适当增加长度能够提高治疗效果。张英^[4]等人研究不同胃管置入长度对肠梗阻胃肠减压的临床效果。将肠梗阻患者作为实验对象, 将其分组分别实施胃管置入长度45至55厘米和胃管置入长度50至60厘米。结果发现, 采取50至60厘米的患者胃管留置时间也同样短于采取45至55厘米患者胃管留置时间。采取50至60厘米的患者腹胀情况明显优于采取45至55厘米患者腹胀情况。说明胃肠减压适当增加胃管置入长度能够进一步提高胃肠减压效果。

综上所述, 胃肠减压采取胃管置入长度55至70厘米胃肠减压效果更明显, 能够较快促进肠蠕动恢复, 临床可进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 李晓银,朱燕.不同胃管置入深度应用于肠梗阻的效果和临床研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(49):58+64.
- [2] 谢帅华,杨芹,吴旭红等.早产儿经口置入胃管置管长度测量方法的改良及效果评价[J].中华护理杂志,2022,57(02):193-197.
- [3] 杨丽颖.不同胃管置入长度对肠梗阻胃肠减压临床效果对比研究[J].中国医疗器械信息,2021,27(10):11-12+99.
- [4] 张英,刘彩娜,盛华等.对比观察不同胃管置入长度对肠梗阻胃肠减压的临床效果[J].中国医疗器械信息,2020,26(17):132-133.