

食管癌术后胃肠减压管留置护理对患者胃肠功能恢复及并发症的影响

苗倩

浚县人民医院

DOI:10.32629/carnc.v4i2.20631

[摘要] 目的: 分析术后留置胃肠减压管的食管癌患者实施优化留置管护理的效果。方法: 从2024年6月–2025年6月术后留置胃肠减压管的食管癌患者中随机抽取65例, 双盲法分为对照组(30例, 常规护理)和观察组(35例, 优化胃肠减压管留置护理), 对比两组效果。结果: 观察组胃肠功能指标、并发症发生率、护理后检验指标优于对照组($P < 0.05$)。结论: 术后留置胃肠减压管的食管癌患者实施优化胃肠减压管留置护理, 能更好地改善胃肠功能和检验指标, 降低并发症风险。

[关键词] 食管癌; 胃肠减压管; 优化胃肠减压管留置护理; 胃肠功能; 并发症

中图分类号: R975+7 **文献标识码:** A

The Impact of Postoperative Gastrointestinal Decompression Tube Retention on Gastrointestinal Function Recovery and Complications in Esophageal Cancer Patients

Qian Miao

Junxian County People's Hospital

[Abstract] Objective: To analyze the effect of optimizing the nursing care for patients with esophageal cancer who have postoperative gastrointestinal decompression tubes. Methods: From June 2024 to June 2025, 65 patients with esophageal cancer who had postoperative gastrointestinal decompression tubes were randomly selected and divided into a control group (30 cases, conventional care) and an observation group (35 cases, optimized gastrointestinal decompression tube nursing care) using a double-blind method. The effects of the two groups were compared. Results: The gastrointestinal function indicators, complication incidence rate, and post-nursing test indicators of the observation group were better than those of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: For patients with esophageal cancer who have postoperative gastrointestinal decompression tubes, implementing optimized gastrointestinal decompression tube nursing care can better improve gastrointestinal function and test indicators and reduce the risk of complications.

[Key words] Esophageal cancer; Gastrointestinal decompression tube; Optimized gastrointestinal decompression tube nursing care; Gastrointestinal function; Complications

食管癌患者常通过根治术治疗, 术后康复效果直接受到胃肠功能的影响^[1-2]。食管癌患者术后常留置胃肠减压管, 常规护理虽然也能引流胃内容物、降低吻合口张力和腹腔压力, 但是由于置管深度、固定方法、引流管理、拔管时机等未形成统一标准, 导致吻合口瘘、胃排空障碍等严重并发症发生率以及非计划性拔管率居高不下^[3-4]。随着加速康复外科理念在食管癌术后护理中的应用, 优化了围手术期流程并精准化胃肠减压管留置护理, 有效避免引流不充分或负压不当而影响胃肠蠕动恢复, 从而降低相关并发症发生率^[5-6]。优化胃肠减压管留置护理强调使用

工具评估置管深度、优化固定和维护管道措施、基于客观指征动态调整负压、适时早期拔管, 旨在促使胃肠功能恢复、预防并发症。本研究分析了术后留置胃肠减压管的食管癌患者实施优化留置管护理的效果, 阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

从2024年6月–2025年6月术后留置胃肠减压管的食管癌患者中随机抽取65例, 双盲法分组。对照组(30例)年龄40–75岁, 均值(53.36±5.45)岁, 男/女(16/14); 观察组(35例)年龄35–78

岁, 均值(52.12±5.43)岁, 男/女(20/15)。一般资料对比($P>0.05$)。

纳入标准: 年龄≥18岁且影像学确诊为食管癌, 顺利完成根治术, 意识清晰, 资料完整, 知情同意, 签署书面文件。

排除标准: 合并肝肾功能严重不全者、肠梗阻者、凝血功能障碍者、三个月内有上腹部重大手术史者、认知障碍者、精神病者等。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采用常规护理。(1) 护士在术后患者安全返回病房后先确认并采用传统体表测量法核查胃管留置深度, 并用听诊胃区气过水声判断胃管位置无误后, 在鼻翼及面颊部用普通医用胶布进行“人”字形交叉固定。(2) 胃管末端连接中心负压吸引装置, 以恒定低负压(-6至-8kPa)持续吸引。每日定时观察管道通畅性并记录引流液颜色、性状、量。(3) 常规巡视管道确定无受压、扭曲。无菌注射器抽取少量生理盐水低压冲洗将堵塞的管路恢复通畅。(4) 向患者及家属说明保护管路、防止意外脱管对术后康复的重要影响。每日查房结合腹部听诊肠鸣音确认患者腹胀情况。(5) 术后3-5天医生确定患者达到拔管指征且下达医嘱后拔管。

1.2.2 观察组

观察组采用优化胃肠减压管留置护理。(1) 术后交接时判断胃管深度需结合传统体表测量法和术中记录(食管切除长度、重建消化道路径等)。采用“胶布+透明敷料”联合固定法: 抗过敏胶布固定于鼻翼处, 再将胃管出鼻腔段的一段管道用通透性高的透明手术膜敷料固定在脸颊部。(2) 术后24h内以低负压(-4至-6 kPa)持续吸引。然后改为间歇吸引模式(吸引1h、关闭1h)。每日使用相应量表进行两次腹胀、肠鸣音、引流液情况评估。引流液清亮且<200ml/d、肠鸣音>3次/min, 关闭负压, 观察2-4h, 若无明显腹胀, 改为自然引流或夹管状态。(3) 每日定时、定人记录胃肠功能相关指标并进行功能评估。胃管通畅且无明显出血风险, 于术后第2天起, 经胃管将20-30ml温生理盐水注入胃内(2次/d), 注毕夹管30min, 诱发胃肠反射。指导并督促患者按摩腹部。(4) 量化拔管指征: 关闭负压或夹管24h清亮浆液性引流液<100ml; 腹部柔软无腹胀; 肠鸣音≥4次/min; 恢复肛门排气或排便。责任护士与主管医生共同核对确定后拔管。叮嘱患者深吸气后屏气, 护士快速轻柔拔管, 拔管后即刻给予患者少量温水, 无呛咳与不适, 1h后评估初次进食流质耐受情况。(5) 术前、术后结合患者实际情况, 制定个性化宣教方案, 为患者提供可视化材料以了解优化方案的目的、步骤、促进术后康复重要性等。指导患者观察并处理腹胀情况。尊重患者知情权, 促使其主动参与管理, 给予针对性心理干预, 降低其因管道带来的焦虑与不适。

1.3 指标观察

(1) 胃肠功能指标: 统计肛门首次排气和排便时间、肠鸣音恢复时间、胃管引流量和留置时间。(2) 并发症发生率=(恶心呕

吐+腹痛+腹泻+发热+吻合口瘘)例数/总例数×100%。(3) 检验指标: 采集3ml清晨空腹肘静脉血, 离心处理(转速3500 r/min、半径10 cm、时间10 min), 酶联免疫吸附法检测上层血清中的胃泌素、促胃动素、生长抑素。

1.4 统计学分析

用SPSS 26.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料, 分别用t值与 χ^2 检验, ($P<0.05$)有统计学意义。

2 结果

2.1 对比胃肠功能指标

观察组胃肠功能指标短于对照组($P<0.05$), 见表1。

表1 对比胃肠功能指标 [$\bar{x} \pm s$]

分组	例数	肛门首次排气时间(h)	首次排便时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)	胃管引流量(mL)	胃管留置时间(h)
观察组	35	36.59±3.47	50.61±5.39	32.98±3.53	612.28±63.34	75.19±7.23
对照组	30	65.43±6.21	69.74±6.53	58.85±5.67	1085.59±112.28	98.65±10.12
t 值	-	23.538	12.939	22.411	21.310	10.862
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 比较并发症发生率

观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$), 见表2。

表2 对比并发症发生率 [n(%)]

分组	例数	恶心呕吐	腹痛	腹泻	发热	吻合口瘘	发生率
观察组	35	1(2.86)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.86)
对照组	30	3(10.00)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	7(23.33)
χ^2 值	-	-	-	-	-	-	6.275
P 值	-	-	-	-	-	-	0.012

2.3 对比检验指标

护理前两组检验指标对比($P>0.05$), 护理后观察组优于对照组($P<0.05$), 见表3。

表3 对比检验指标 [$\bar{x} \pm s$ (pg/mL)]

分组	例数	胃泌素		促胃动素		生长抑素	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	35	58.25±	74.59±	185.56±	276.78±	18.68±	10.37±
		5.41	7.12 [*]	18.38	26.54 [*]	2.13	1.65 [*]
		57.83±	69.12±	186.69±	231.34±	18.41±	14.52±
对照组	30	5.39	6.45 [*]	18.42	20.57 [*]	2.16	1.89 [*]
		0.312	3.223	0.246	7.616	0.506	9.452
		0.755	0.002	0.805	0.000	0.614	0.000
t 值	-						
P 值	-						

注: 和本组护理前对比* $P>0.05$ 。

3 讨论

本研究结果, 观察组胃肠功能指标短于对照组($P<0.05$),

Clinical Application Research of Nursing Care

表明优化胃肠减压管留置护理有利于胃肠功能康复。优化胃肠减压管留置护理通过多靶点、精细化干预食管癌术后患者,有效改善胃肠生理与病理状态。“胶布+透明敷料”优化固定法,使管道更加稳定且能持续有效引流,避免管道非计划性滑脱与重置,为后续管理缩短胃肠功能恢复时间奠定物理基础^[7]。优化负压吸引策略:术后初期为避免过度膨胀、减轻吻合口及胃壁张力采取低负压持续吸引;后续间歇吸引并过渡至夹管状态,这样动态间断性吸引,模拟消化道周期性生理内环境,降低肠管痉挛风险,从而促使胃肠壁恢复血液循环、平滑肌重建节律^[8]。使用相关量表对腹胀、肠鸣音、引流液等情况进行量化,管理策略实现从“经验判断”转为“数据驱动”,确保干预策略更加精准^[9]。术后早期通过注入温生理盐水并短暂夹管,激活胃壁牵张感受器,提高迷走神经兴奋性并刺激组织分泌胃肠激素,从而激活胃肠动力。明确、量化拔管指征,医护双方共同确定,基于安全拔管,直接缩短留置管路时间,避免管路长时间刺激胃黏膜,促使胃肠功能恢复^[10]。贯穿全程的个性化宣教与心理支持,帮助患者完善认知体系,提高自我管理能力,改善不良情绪,避免交感神经兴奋抑制胃肠功能,从神经心理层面促使恢复胃肠功能。

观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$),证实优化胃肠减压管留置护理有利于降低并发症风险。优化胃肠减压管留置护理从物理环境、生理、心理等方面阻滞并发症发生的关键环节。“胶布+透明敷料”固定法,提高胃管稳定性,避免管道滑移牵拉吻合口,从而降低吻合口瘘风险。术后初期低负压持续吸引,后续个体化间歇吸引至夹管,动态且精准调控胃内及吻合口压力,避免引流不充分导致胃液潴留与张力过高以及持续高负压吸引影响吻合口血供,有利于吻合口愈合,降低吻合口瘘发生率。术后第2天经胃管注入温生理盐水并短暂夹管,结合腹部按摩,促进胃肠动力生理性恢复,从而避免因胃肠道麻痹、排空障碍、菌群紊乱引发恶心呕吐、腹痛腹泻。明确量化拔管指征,在恢复生理功能后立即移除刺激源,缓解恶心反射与咽喉部不适。优化管道固定法,避免重置管路增加肺部感染、腹腔感染、吻合口局部炎症风险,从而降低发热率。个性化宣教与心理干预从神经内分泌层面降低应激反应对免疫及胃肠功能潜在抑制,间接降低并发症风险。

护理后观察组检验指标优于对照组($P<0.05$),证实优化胃肠减压管留置护理有利于改善检验指标。优化胃肠减压管留置护理通过模拟胃肠间歇性生理状态、缩短异物刺激时间、主动

调控神经内分泌功能,促使食管癌术后患者恢复胃肠激素平衡。术后早期个性化间歇性负压吸引,并基于量化评估尽早过渡至夹管,弥补持续高负压吸引不足。模拟消化间期生理环境的优化吸引模式,使胃内暂时保持微量液体容积与一定张力,降低抑制分泌胃泌素的程度,并通过降低异常刺激而减少释放生长抑素的数量。术后第2天开始经胃管注入温生理盐水并短暂夹管,激活胃窦部G细胞,并通过迷走-迷走反射通路,促进胃泌素分泌;规律刺激触发消化间期移行性复合运动,刺激十二指肠黏膜释放促胃动素。

综上所述,术后留置胃肠减压管的食管癌患者实施优化胃肠减压管留置护理,能更好地改善胃肠功能和检验指标,降低并发症风险。

[参考文献]

- [1]王丽君,代丽,宋娇.耳穴压丸联合艾灸中医护理在减轻食管癌患者化疗后胃肠道反应的临床价值[J].黑龙江中医药,2024,(2):152-154.
- [2]华兰芳,谢宁.食管癌根治术术后早期3天内拔除胃肠减压管的临床护理研究[J].临床护理杂志,2021,20(3):22-24.
- [3]张红迎,袁磊,韩荟,等.胃肠营养管在食管癌术后的护理应用[J].糖尿病之友,2023,(7):200-201.
- [4]徐晓会.品管圈持续改进护理对降低尿管或胃肠减压管滑脱率的效果分析[J].现代护理医学杂志,2024,3(11):108-110.
- [5]宋一平.探讨护理干预对普外科胃肠减压管非计划拔管的影响[J].医学论坛,2023,5(7).
- [6]蒋新丽.集束化护理方案预防普外科胃肠减压非计划拔管的效果观察[J].医学食疗与健康,2021,19(28):138-139.
- [7]李云,邓灵慧,温蔡强.集束化护理在预防胃肠减压患者非计划性拔管中的应用效果[J].养生大世界,2023,(22):179-180.
- [8]汪琼.程序性协同护理在胃肠术后行胃肠减压患者护理中的应用[J].中国民康医学,2020,32(1):164-164.
- [9]张悦,张京芝.PDCA循环管理模式在留置胃管患者居家护理中的应用[J].中西医结合护理,2024,10(2):29-33.
- [10]姚红梅.舒适护理对普外科留置胃管患者的护理效果及其负性情绪改善[J].中国医药指南,2023,21(35):173-175.

[作者简介:]

苗倩(1997--),女,汉族,河南人,本科,护师,临床护士(胸外科工作)。