

# 不置胃管在远端胃癌根治术后护理体会

刘小利

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

**【摘要】**目的: 探究分析不置胃管在远端胃癌根治术后护理。方法: 选取于 2022 年 5 月至 2023 年 5 月, 院内接受远端胃癌根治术患者共 70 例, 作为本次研究对象。根据患者的入院序列数为基础, 采用随机数字分组的方式, 将 70 例患者随机分为对照组以及观察组, 对照组采用常规护理, 观察组采用不置胃管综合护理模式进行干预。对比两组的术后恢复情况; 并发症发生率以及营养状态。结果: 观察组优于对照组,  $P < 0.05$ 。结论: 在对接受远端胃癌根治术患者进行干预的过程中, 采用不置胃管综合护理模式进行干预, 能够有效提升患者的术后恢复情况, 同时能够显著改善患者的并发症发生率以及营养状态, 在实际应用的过程中具有优良的效果, 值得进一步的推广与应用。

**【关键词】**: 不置胃管; 远端胃癌根治术; 术后恢复情况; 并发症发生率; 营养状态

大部分胃癌患者早期没有明显的症状, 其病症通常与胃溃疡、胃炎等疾病的特征相似, 在早期很容易被忽略。而晚期胃癌为患者的生活带来极大的痛苦, 使其生理以及心理均处于极度恶劣的状态。据相关统计资料显示: 我国胃癌的发病率以及死亡率仅次于肺癌。胃癌的发展属于渐进过程, 长期以来, 胃癌的诊断率相对较低, 资料显示: 存在 69% 左右的患者在确诊时已经错过了最佳的干预时机<sup>[1-2]</sup>。在胃癌患者进行治疗的过程中, 多采用手术治疗, 传统的手术治疗虽然能够取得一定的治疗效果, 但是其存在着一定的局限性, 如: 手术创伤大, 术后并发症发生率高。现阶段随着临床外科微创理念以及腹腔镜技术的不断发展, 腹腔镜辅助胃癌根治术得到了较为广泛的应用, 相比于传统的开腹式手术, 其具有手术创伤小、并发症发生率低以及术后恢复快等方面的优势<sup>[3-4]</sup>。但手术仍属于侵入性操作, 难以避免的对患者机体造成损伤, 现阶段有学者指出, 通过应用无管化技术能够获得客观的干预效果, 其主要是术中、术后避免外管路的留置, 如气管插管、胃管、中心静脉置管以及导尿管等。患者术中及术后减少引流管, 大大减轻了手术创伤及术后疼痛, 保障了患者的恢复效率, 但是在术后仍需予以患者具有针对性的护理措施进行干预, 进而保障最终的干预效果<sup>[5-6]</sup>。本文将探究分析不置胃管在远端胃癌根治术后护理, 详情如下所示。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取于 2022 年 5 月至 2023 年 5 月, 院内接受远端胃癌根治术患者共 70 例, 作为本次研究对象。根据患者的入院序列数为基础, 采用随机数字分组的方式, 将 70 例患者随机分为对照组以及观察组, 对照组中: 患者共 35 例, 其中男性患者共 20 例, 女性患者共 15 例, 年龄为: 46-76 岁, 平均年龄为:  $(59.36 \pm 3.01)$  岁; 观察组中: 患者共 35 例, 其中男性患者 22 例, 女性患者 13 例, 年龄为: 47-80 岁, 平均年龄为:  $(60.88 \pm 4.03)$  岁。两组一般资料对比无明显差异,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

#### 对照组方法

按照胃癌术后常规护理, 留置胃管至肛门排气后进食水。

#### 观察组方法:

观察组除胃癌术后常规护理外, 不置胃管综合护理模式

组建专业的综合护理小组, 工作时间 6 年, 且具备丰富工作经验的护理人员作为小组组长, 并对小组内的相关护理人员进行培训, 确保综合护理小组质量的提升。同时由综合护理小组对患者的各项临床资料以及基本信息进行收集与整理, 要求小组内的相关护理人员能够有效掌握患者的实际病情, 制定出具有针对性的护理方案, 由护士长以及相关医师进行内容的修订, 保障整个护理方案的全面性以及科学性。

综合护理小组对患者术后的各项生理指标进行持续性的监测, 告知患者应用下床前准备 5 步原则 (左腿弯曲、翻向右侧、右肘支撑、双手支撑、床边坐骑) 以及下穿前准备 “333” 原则 (疼痛程度评分  $< 3$ , 床边坐立 3min, 床边站立 3min), 将活动及锻炼进行量化。

落实患者的早期进食水, 患者术后 6 小时, 可予以温水漱口, 避免其口腔持续性的处于干燥状态, 术后第 1 天予适量的温水摄入, 摄入量控制于 20-30ml/ 次的区间范围内, 每次饮水间隔 1-2 小时。术后第 2 天予以患者流质饮食摄入, 如: 米油等, 每次 50ml, 每 4 小时一次, 对患者各项指标以及症状进行严密的监测。术后第 3-4 天, 予患者口服肠内营养制剂, 并结合患者的恢复情况, 逐步向半流质饮食过度, 结合其实际情况, 降低静脉输液, 逐渐提升饮食量, 严密监测患者各项生理指标以及腹部体征。

### 1.3 观察指标

对比两组术后恢复情况; 并发症发生率以及营养状态。其中术后恢复情况包括: 肠鸣音恢复时间, 肛门排气时间、饮食恢复时间以及排便恢复时间。并发症包括: 肠梗阻、肺部感染以及咽喉部不适。营养状态包括: 白蛋白以及前白蛋白指标。数据均由研究期间收集整理得出。

### 1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS22.0 软件中分析, 计量资料比较采用  $t$  检验, 并以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 率计数资料采用  $\chi^2$  检验, 并以率 (%) 表示,  $P < 0.05$  为差异显著, 有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 对照组以及观察组术后恢复情况

对比两组的术后恢复情况, 观察组优于对照组,  $P < 0.05$ , 如下所示:

表 1 对照组以及观察组术后恢复情况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间	饮食恢复时间	排便恢复时间
对照组	35	(2.57±0.89) d	(3.70±1.81) d	(4.41±1.68) d	(2.27±0.77) d
观察组	35	(1.18±0.38) d	(1.41±0.48) d	(2.59±0.94) d	(1.33±0.49) d
t	-	18.416	25.807	14.330	11.979
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 对照组以及观察组并发症发生率 0.05, 如下所示:

对比两组的并发症发生率, 观察组优于对照组,  $P < 0.05$ , 如下所示:

表 2 对照组以及观察组并发症发生率 [例, (%)]

组别	例数	肠梗阻	肺部感染	咽喉部不适	并发症发生率
对照组	35	3	3	4	28.57%
观察组	35	1	0	0	2.86%
$\chi^2$	-	-	-	-	8.737
P	-	-	-	-	0.003

2.3 对照组以及观察组营养状态 如下所示:

对比两组的营养状态, 观察组优于对照组,  $P < 0.05$ ,

表 3 对照组以及观察组营养状态 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	白蛋白指标		前白蛋白指标	
		手术前	手术后	手术前	手术后
对照组	35	(35.88±4.21) g/L	(30.50±2.09) g/L	(240.61±20.63) mg/L	(213.29±15.89) mg/L
观察组	35	(36.10±4.17) g/L	(36.22±4.16) g/L	(241.08±21.00) mg/L	(240.12±19.95) mg/L
t	--	0.269	4.331	0.401	6.320
P	--	0.817	0.001	0.689	0.001

### 3. 讨论

胃癌属于发生于胃黏膜上皮细胞的恶性肿瘤, 幽门螺杆菌感染、遗传因素以及饮食习惯均与胃癌的发病存在密切的联系。在对此类患者进行干预的过程中, 腹腔镜下胃癌根治术具有优良的应用效果, 其属于微创外科手术, 具有组织粘连少、并发症发生率小等方面的优势, 但是术后留置胃管会存在较大的机率使得患者出现恶心呕吐等症状, 不利于患者术后的快速恢复, 因而本次研究应用了不置胃管对患者进行干预, 有效的避免了该方面的局限性<sup>[7-8]</sup>。

在本次研究中, 观察组应用了不置胃管综合护理模式对患者进行干预, 通过引导患者开展早期的康复训练, 不仅能够提升患者肌肉与肢体的活动度, 同时能够提升其肠袢之间的摩擦力, 进而加速其胃蠕动, 保障其消化系统功能的恢复, 降低并发症的发生率。同时结合患者实际情况为其制定饮食计划, 并开展早期进食, 有利于患者为消化液分泌功能的提升, 保障其处于正常状态, 进而提升其胃肠功能的恢复, 促使患者排气恢复症状, 改善其门静脉循环功能, 对于肠道微生态的调节具有重要的意义, 进而达到保护患者肠黏膜屏障的效果<sup>[9-10]</sup>。相比于对照组, 观察组具有多方面的优势。

以往观念认为: 在落实对于患者的腹部手术过程中, 放置引流管以及胃管有着重要的意义, 但是通过长期的研究发现: 胃管对于患者局部组织会产生压力, 进而使其出

现损伤甚至导致更为严重的后果, 同时会为细菌提供进入腹腔的通道, 加大了患者出现并发症的机率。而现阶段, 在加速康复外科中国专家共识之中已经明确指出, 手术过程中不常规留置胃管, 如特殊情况需留置胃管, 则应术后 24 小时拔除。不置胃管能够有效的避免管道对于患者局部组织的机械性刺激, 使得患者能够在术后拥有更为舒适的体验, 保障患者术后的舒适性。

综上所述, 在对接受远端胃癌根治术患者进行干预的过程中, 采用不置胃管综合护理模式进行干预, 能够有效提升患者的术后恢复情况, 同时能够显著改善患者的并发症发生率以及营养状态, 在实际应用的过程中具有优良的效果, 值得进一步的推广与应用。

### 参考文献

- [1] 王方, 徐明静, 胡媛等. 全腹腔镜远端胃癌根治术联合“H2H”营养管理模式对胃癌患者免疫功能的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2023,7(08):117-120.
- [2] 王乔, 张佳. 肠内营养护理联合 ERAS 护理对胃癌根治术患者营养指标、肠道功能恢复时间及并发症的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2023,8(10):131-133.
- [3] 岳珊珊. 以快速康复外科理念为指导的前移护理对腹腔镜辅助下远端胃癌 D2 根治术患者并发症发生率的影响观察[J]. 黑龙江医学, 2023,47(02):202-205.
- [4] 司艳平. 延续性饮食管理对改善远端胃癌 D2 根

治术后患者康复期营养状况的效果 [J]. 河南外科学杂志, 2022, 28(06): 120-122.

[5] 刘杰, 江春涛, 于丹. 全程护理对胃癌根治术患者生存质量的影响评价 [J]. 黑龙江医药, 2022, 35(01): 232-234.

[6] 唐为定. 加速康复外科理念在老年患者腹腔镜辅助胃癌根治术中的应用 [J]. 黑龙江医学, 2021, 45(24): 2596-2598.

[7] 董洪芳. 20 例远端胃癌根治术后发生胃瘫综合症的护理体会 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2020, 27(10): 77-79.

[8] 郝宁宁. 全腹腔镜下远端胃癌根治术三角吻合中

应用强化护理措施的效果 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(08): 49-52.

[9] 高秀芬. 胃癌根治术后运用早期肠内营养与肠外营养护理的效果比较 [J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(04): 143-144.

[10] 闵静华, 徐鸣鸿. 2 种术式行远端胃癌根治术术后情况及围手术期护理效果的比较 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2014(07): 73-75.