

伤较低,但术后易复发,且会留下明显的切口瘢痕,破坏乳房外观的美观度,给患者术后生活造成一定的影响和心理负担<sup>[5]</sup>。而经乳晕切口是一种新型乳房手术切口方式,它自乳晕处做弧状切口,切口长度更小,加上皮下游离切除法能够有效预防术后切口瘢痕的形成,同时还能够有效降低对乳腺管的损伤。此外,乳晕皮肤的深色以及褶皱样皮脂腺也能够对手术切口起到有效的隐蔽效果,从而更好地保证术后乳房外观的美观感<sup>[6-7]</sup>。

本研究表明,应用经乳晕切口手术治疗的乳腺纤维瘤患者,其手术切口长度、住院时间均短于常规手术患者,且临床治疗总有效率达到了97.50%,治疗总满意度为95.00%,均明显高于常规手术患者(82.5%,77.50%),差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。在术后并发症方面,观察组发生率仅为5.00%,低于对照组的22.50%,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

由此可见,在乳腺纤维瘤的手术临床治疗中,应用经乳晕切口手术治疗,且手术创伤较小,术后恢复迅速,手术治疗效果显著,且临床并发症率较低,乳房美观度保持较好,患者的满意度较高。

#### 〔参考文献〕

- (1) 徐冰,张典朋.放射状切口与经乳晕切口在治疗乳腺纤维瘤中的效果对比(J).实用中西医结合临床,2020,20(11):119-120.
- (2) 王贤龙.经乳晕切口手术治疗乳腺纤维瘤患者的临床效果及对血清VEGF、MMP-9水平的影响(J).检验医学与临床,2020,17(16):2328-2331.
- (3) Rosai J,著.郑杰,主译.外科病理学(M).10版.北京:北京大学医学出版社,2014:1835,2249.
- (4) 武晓娜.经乳晕切口手术治疗乳腺纤维瘤临床效果及并发症(J).现代医药卫生,2020,36(4):576-579.
- (5) 陈春春,张露露,彭德峰,等.环乳晕切口及放射状切口术对乳腺纤维瘤的疗效及乳晕区感觉神经功能的影响(J).贵州医科大学学报,2019,44(5):616-620.
- (6) 陈光新.环乳晕切口手术治疗乳腺纤维瘤的疗效及安全性分析(J).中国现代医药杂志,2019,21(2):62-64.
- (7) 危常鹏,章蕾,杨蓉,等.乳腺良性肿瘤患者采用经乳晕切口手术治疗的效果探讨(J).内蒙古医学杂志,2019,51(1):51-52.

(文章编号) 1007-0893(2021)18-0130-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.18.052

## 改良盲插法放置鼻肠管技术在危重症患者治疗中的应用

王曼曼 傅伊菲

(河南科技大学第一附属医院,河南 洛阳 471000)

〔摘要〕 目的:对改良盲插法放置鼻肠管技术在危重症患者治疗中的应用及效果进行研究。方法:选取河南科技大学第一附属医院2018年1月至2020年1月收治的200例危重症患者作为研究对象,将其随机分成对照组和观察组,各100例。其中,观察组临床采用改良盲插法放置鼻肠管技术,对照组患者采用常规盲插法放置鼻肠管技术,对两组患者的应用效果进行比较。结果:观察组患者一次插管成功率为87.0%,高于对照组的59.0%,且观察组患者插管期间的各种不良反应发生率明显低于对照组,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ );两组患者的平均置管时间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:改良盲插法放置鼻肠管技术在危重症患者治疗中应用具有较好的效果。

〔关键词〕 鼻肠管技术;改良盲插法;危重症

〔中图分类号〕 R 459.3 〔文献标识码〕 B

### Application Study of Modified Blind Insertion Technique of Nasoenteric Tube in Critically Ill Patients

WANG Man-man, FU Yi-fei

(The First Affiliated Hospital of Henan University of Science and Technology, Henan Luoyang 471000)

〔Abstract〕 Objective To study the application and effect of modified blind insertion of nasoenteric tube in critically ill

〔收稿日期〕 2021-07-15

〔作者简介〕 王曼曼,女,住院医师,主要研究方向是盲置鼻肠管方面。

patients. **Methods** A total of 200 critically ill patients admitted to the First Affiliated Hospital of Henan University of Science and Technology from January 2018 to January 2020 were selected as the research objects, and they were randomly divided into two groups, with 100 cases in the control group and 100 cases in the observation group. Among them, the observation group was clinically placed with improved blind insertion technology, while the control group was placed with conventional blind insertion technology, and the application effects of the two groups were compared. **Results** The one-time success rate of intubation in the observation group was 87.0 %, higher than 59.0 % in the control group, and the incidence of adverse reactions during intubation in the observation group was significantly lower than that in the control group, with statistical significance ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the average time of catheterization between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** The improved blind insertion technique of nasogastric tube has a good effect in critically ill patients.

〔**Key Words**〕 Nasogastric tube technology; Modified blind interpolation method; Critical illness

临床中,对危重症患者开展救治过程中,为避免患者采用经胃喂养出现胃-食管反流<sup>[1]</sup>,从而引起肺炎或者是营养不良等症发生,对患者的救治效果产生不利影响,临床多项指南均明确指出,对不耐受经胃营养或者是存在反流与误吸等高风险的危重症患者,应以小肠营养作为患者救治过程中营养支持的最佳选择方式<sup>[2]</sup>。笔者选取本院 2018 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 200 例危重症患者,分别采用不同方法对患者进行营养支持,并观察其应用效果,以供参考。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2018 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 200 例危重症患者作为研究对象,将其随机分成对照组和观察组,各 100 例。其中,观察组中,男性 58 例,女性 42 例,年龄 14~82 岁,平均年龄为(47.2±5.8)岁,疾病类型包含重型颅脑损伤患者 42 例、重症胰腺炎患者 32 例、慢性阻塞性肺疾病患者 9 例、脑梗死患者 17 例;对照组中,男性 57 例,女性 43 例,年龄 14~82 岁,平均年龄为(47.4±5.7)岁,疾病类型包含重型颅脑损伤患者 41 例、重症胰腺炎患者 33 例、慢性阻塞性肺疾病患者 8 例、脑梗死患者 18 例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

纳入标准:(1)经胃喂养不耐受重症者;(2)年龄≥18 岁;(3)舒张压在 60~90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)、收缩压在 90~140 mmHg、心率在 60~120 次·min<sup>-1</sup>,血流动力学稳定者;(4)首次置管者。排除标准:(1)消化道出血者;(2)合并肠梗阻者;(3)胃底食管静脉曲张者;(4)无肠鸣音或肠鸣音消失者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 给予患者常规盲插法放置鼻肠管技术进行置管支持,具体方法为:先通过将导管置入患者的胃内,并且在置管操作前约 15~30 min 应对患者进行 10 mg 的甲氧氯普胺(河南润弘制药股份有限公司,国药准字 H41020322)肌内注射支持,同时使患者以半卧位或者是头高脚低位进行配合,然后由操作人员佩戴灭菌手套使用等渗盐水进行鼻空肠管润滑,完成后,使用带有刻度的鼻空

肠管对患者的剑突-前额发际距离进行测量,成人一般在 45~55 cm 之间,并对测量长度进行记录,再按照鼻胃管置入术将导管先置入患者的胃内,以导管抽出胃液或者是进行听诊存在气过水声音为标准,即表明导管置入胃内成功;完成上述操作后,再进行胃至空肠置管操作,即导管置入胃内后,通过向胃内进行 100~300 mL 的空气注入,然后往十二指肠送管,期间如果遇到阻力,应指导患者放松使导管自动回退,并且在阻力下降或者是消失后,继续进行置管操作,确保置管操作中插管长度至 105 cm 刻度以上,再从导管尾端进行 20 mL 的 0.9% 氯化钠注射液注入,然后进行导丝抽出并固定,完成对患者的置管操作。

1.2.2 观察组 采用改良盲插法放置鼻肠管技术,在对患者进行鼻肠管放置过程中,将导管向患者胃内置入的具体操作与对照组一致,在确认导管置入胃内后,通过向胃内进行 50~100 mL 的 0.9% 氯化钠注射液注入,操作过程中注意保持动作轻柔并不间断向前推进,推进力度以保持握持点至鼻孔一段的管体不发生弯曲为合适,置管操作中随着患者的每次呼吸运动,会带动导管克服摩擦力向前推动数毫米,至导管进入患者的十二指肠部位脂前,其推进力应保持不间断,其置管长度约为 75 cm;在导管经幽门进入十二指肠时会存在轻微的突破感,然后在导管进入到十二指肠的降部后,应从导管开口进行回抽检查,如果存在金黄色胆汁即表明导管已经进入十二指肠,对不符合上述标准的情况,应继续进行置管操作;此外,在确认导管置入十二指肠后,还应继续进行置管推进,至导管置入长度约达到 105 cm 为止,然后从导管的尾端进行 20 mL 的 0.9% 氯化钠注射液注入,并将导丝抽出后,对其进行固定。

### 1.3 观察指标

对两组患者的置管情况采用床旁腹部 X 线检查进行确认,将置管完成后,X 线检查显示导管尖端经幽门到达十二指肠或者是空肠,即表示置管成功,反之,则表示置管失败。同时,对两组患者置管期间的不良反应发生情况以及患者的置管时间进行统计比较,其中,置管时间以导管进入鼻腔开始计时,至导管固定完毕为止。

### 1.4 统计学分析

对上述数据资料采用统计学方法进行研究和分析,分析

工具为 SPSS 23.0 软件, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用  $t$  检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的插管情况比较

观察组患者一次插管成功率为 87.0%, 高于对照组的 59.0%, 且观察组患者插管期间的各种不良反应发生率明显低于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者的插管情况比较 ( $n = 100, n(\%)$ )

组别	一次插管成功	插管期间不良反应情况			
		鼻黏膜损伤	恶心	流泪	呕吐或呛咳
对照组	59(59.0)	3(3.0)	6(6.0)	5(5.0)	4(4.0)
观察组	87(87.0) <sup>a</sup>	1(1.0) <sup>a</sup>	3(3.0) <sup>a</sup>	1(1.0) <sup>a</sup>	1(2.0) <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患者的置管时间比较

观察组患者平均置管时间为  $(25.64 \pm 6.74)$  min, 对照组平均置管时间为  $(25.47 \pm 7.92)$  min, 组间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

## 3 讨论

临床中, 由于危重症患者的胃肠功能受到抑制, 严重情况下甚至呈“胃瘫”状态<sup>[3]</sup>, 因此, 对危重症患者进行救治期间, 需要通过留置小肠营养管对其进行经小肠营养支持。另一方面, 当前临床中对危重症患者的经小肠营养支持方法, 除在患者手术过程中进行放置以及内镜引导、X 线辅助、经皮内镜下空肠造口置管技术外<sup>[4]</sup>, 当前临床中还有较多的患者是采用床旁盲插法进行鼻肠管置管支持。其中, 床旁盲插法放置鼻肠管技术是指不利用任何辅助工具, 在一定的手法操作支持下, 通过将导管头经幽门置入十二指肠或空肠, 比如胃内注气法以及盲视鼻空肠管放置法、盲插鼻肠管法等<sup>[5]</sup>, 均在临床中有一定的应用和实现, 且具有较好的作用和效果。

本研究中, 对 200 例危重症患者分别采用不同的营养支持方法, 结果显示观察组患者营养支持过程中的一次插管成功率以及患者插管期间的不良反应发生率等效果指标均优于

对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 且两组患者的置管时间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 由此可见, 改良盲插法放置胃肠管技术在危重症患者治疗中应用具有较好的作用和效果。这是由于对危重症患者采用传统盲插法放置胃肠管过程中, 由于传统注入空气的胃肠管置管方法在临床应用的一次插管成功率较低, 导致其在临床中应用的作用和效果也受到了一定的制约和影响, 而改良盲插法胃肠管置管技术与传统盲插法置管技术相比, 其主要区别为改良方法是通过对患者进行胃内注入等渗盐水<sup>[6]</sup>, 并且在缓慢轻柔地不间断送管置入下完成置管操作, 而传统方法是采用注入空气来完成对患者的胃肠管置管操作, 其中, 改良方法中因等渗盐水的排空较快, 能够使导管随着液体的排空逐渐进入胃肠部, 而空气注入促进导管置入操作中, 空气在胃腔内注入后容易在胃的顶部进行积聚, 从而会对胃排空以及导管向十二指肠进入形成影响, 因此, 其临床置管的一次插管成功率较低, 且容易引起患者置管期间的各种不良反应发生, 不容易被患者接受和认可。

综上所述, 改良盲插法放置鼻肠管技术在危重症患者治疗中应用具有较好的效果。

## 〔参考文献〕

- (1) 崔玉萍. 改良式注气法鼻肠管置入术行肠内营养在重症胰腺炎患者中的应用及护理体会 (J). 实用中西医结合临床, 2018, 18(5): 159-160.
- (2) 赵春霞, 冯海葵. 1 例危重症患者鼻肠管置入气管误入胸腔致气胸的探讨与对策 (J). 中国老年保健医学, 2018, 12(6): 130-132.
- (3) 覃碧琼, 韦新理, 徐品贤, 等. 不同鼻空肠管置入法对行空肠营养支持治疗老年患者的影响 (J). 广西医学, 2018, 40(14): 1635-1636, 1645.
- (4) 元志玲, 贺银燕, 李宗强, 等. 超声引导下床旁鼻空肠管置入术在危重患者肠内营养中的应用 (J). 中西医结合护理 (中英文), 2019, 5(1): 110-113.
- (5) 王佩双, 钟少东, 张湛, 等. 床旁盲插置入复尔凯鼻肠管与 CORPAK 鼻肠管在肿瘤危重症患者中的应用分析 (J). 重庆医学, 2019, 48(14): 2490-2493.
- (6) 牛冬玲, 秦泽红, 时雯婷, 等. 循证护理在 ICU 脑卒中患者床旁盲插螺旋形鼻肠管中的应用 (J). 中华临床营养杂志, 2019, 27(1): 47-50.