

- trolled trial[J]. JAMA, 1998, 280: 159 - 165.
- 14 Rossi A, Rousso C. The role of the host defence and outcome of ARDS: pathophysiological correlations and response to glucocorticoid treatment[J]. Eur Respir, 1996, 9: 2650.
- 15 何权瀛. 循证医学与呼吸系统疾病的防治[J]. 临床内科杂志, 2001, 18(4): 317 - 318.
- 16 王家良, 主编. 临床流行病学[M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 48.
- 17 蒋知俭, 主编. 医学统计学[M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 168.
- 18 阮蕾, 秦方, 张延杰. 循证医学-医学临床实践的新模式[J]. 中华心血管病杂志, 1999, 27(3): 236 - 238.
- 19 Begg C, Cho M, Eastwood S. Improving the quality of reporting of randomized trials[J]. JAMA, 1996, 276(8): 637 - 639.
- 20 钱桂生. ARDS: 激素冲击是否有效[J]. 中国实用内科杂志, 2000, 20(7): 392.

(收稿日期: 2003-10-08)

修回日期: 2004-04-22)

(本文编辑: 李银平)

• 研究报告 •

呼吸机支持患者两种胃管插入方法的比较

王红艳 彭贺新

【关键词】 呼吸机支持; 胃管; 导丝

中图分类号: R605.973 文献标识码: B 文章编号: 1003-0603(2004)06-0370-01

已经气管插管呼吸机支持的昏迷患者行胃管插入较困难, 有人采用刺激法可提高插管成功率^[1]; 也偶有报道用金属导丝辅助插管成功率可达 100%^[2-3]; 还有报道用沙氏导丝支撑行三腔二囊胃导管插入安全有效^[4]。我们对常规方法插管失败的患者, 分别采用沙氏导丝支撑胃管插入法(支撑法)和胃镜下沙氏导丝交换胃管插入法(交换法), 均取得满意效果, 现对比评价, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例: 32 例呼吸机支持患者均为经常规方法插管失败者, 其中男 18 例, 女 14 例; 年龄 23~68 岁, 平均 50.5 岁; 中度昏迷 18 例, 重度昏迷 14 例。按照完全随机设计方法分成两组, 研究组(支撑法组)16 例, 对照组(交换法组)16 例, 两组患者在年龄、性别构成、病情严重程度方面具有可比性。

1.2 方法: 研究组 16 例采用沙氏导丝支撑法: 将检查消毒好的胃管前端涂上石蜡油, 胃管内注入石蜡油进行润滑(方便导丝抽出)。将消毒的沙氏导丝插入胃导管内, 导丝头端顶着胃管头端, 将胃管尾端带导丝用止血钳夹闭固定。将胃管从鼻孔轻轻插入, 在插入过程中动作应轻柔, 当感觉有阻力时, 不可强行插入, 需转动胃管, 再慢慢将胃管插入至 45~

55 cm 后, 抽出沙氏导丝检查证实在胃腔, 用听诊器于剑突处听到明显气过水声, 证实插管成功。对照组 16 例采用导丝交换插入法: 先剪去胃管盲端, 胃管前端涂上石蜡油, 胃管内也注入石蜡油进行润滑。直视下将胃镜插至胃腔, 从活检孔插入沙氏导丝, 留置导丝拔出胃镜, 再沿沙氏导丝插入胃管至 45~55 cm 后抽出导丝, 检查证实胃管仍在胃内, 按常规固定胃管, 插管成功。

1.3 统计学方法: 采用 χ^2 检验。

2 结果

支撑法组成功 15 例, 失败 1 例, 成功率为 93.75%; 交换法组 16 例全部成功, 成功率 100.00%。两组成功率比较无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

对于需要人工营养支持的患者, 胃肠内供给是首选也是最佳的途径^[5]。临床研究证实, 严重创伤、休克等患者常可因肠道功能屏障受损, 细菌移位, 产生败血症或内毒素血症, 最终导致多器官功能障碍综合征(MODS)的发生^[6]。因此, 危重患者尽早给予胃管插管、胃肠营养至关重要。常规鼻胃管放置方法需借助患者的吞咽动作送管, 昏迷和已行气管插管呼吸机者插管就出现困难。对呼吸机支持昏迷患者, 如按常规插管法“先仰头后托头”来增加咽喉通道弧度, 会造成病情加重或气管套管脱出。用一般介入治疗用的金属导丝辅助插管虽可提高插管成功率, 但存在导丝从胃管侧孔穿出损伤鼻咽、口咽、食管、胃黏膜的危险。沙氏导丝是食管狭窄扩张介入治疗用的引

导钢丝, 直径 1 mm, 导丝头端是 5 cm 的安全弹簧, 很柔软, 将其内置可适当提高导管硬度, 而不增加胃管头端的硬度, 方便胃管插入, 而且因为有导丝支撑可有效避免胃管被呕出。插管成功后抽出导丝不影响胃管的正常使用。

本组胃镜下沙氏导丝交换胃管插入法成功率 100%, 但有下列缺点: 需有经验的消化内镜医生操作、多名医护人员配合; 要有内镜设备; 胃管停留在口腔易脱出, 患者较痛苦; 不易护理。沙氏导丝支撑胃管插入法有 1 例失败, 是因为插管过程中患者激烈咳嗽、血氧饱和度下降, 心电监护显示频发室性期前收缩, 为安全起见停止插管, 给予吸痰等处理。

总之, 沙氏导丝支撑法插管方便、安全、有效, 尤其适合已行气管插管、机械通气的昏迷患者。

参考文献:

- 1 陈健春. 昏迷患者插胃管的方法探讨[J]. 广西医科大学学报, 1998, 15(3): 138.
- 2 聂林华, 彭贵祖. 导丝辅助与常规方法放置鼻胃管对比观察[J]. 实用护理杂志, 1999, 15(12): 37.
- 3 刘学芳, 程玉琴. 金属导丝内支撑胃管置入法[J]. 河南医药信息, 2002, 10(2): 57.
- 4 彭贺新. 三腔二囊管插入方法的改良[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(10): 623.
- 5 刘俊. 多器官功能障碍综合征患者的营养治疗[J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15(11): 700.
- 6 金惠铭, 主编. 病理生理学[M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 272, 269.

(收稿日期: 2003-12-22)

修回日期: 2004-03-21)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 518020 深圳市人民医院(王红艳); 暨南大学医学院第二附属医院(彭贺新)

作者简介: 王红艳(1968-), 女(汉族), 陕西省西安市人, 主管护师。