

# Nursing Care Of Improved Gastric Tube in Patients with Coma Tracheotomy

Hong Li

Tianshui Combine Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Tianshui, Gansu, 741020, China

## Abstract

**Objective:** To investigate the effect of nursing intervention on patients with coma tracheotomy treated with modified gastric tube. **Methods:** Sixty-six patients with coma tracheotomy who came to our hospital from March 2018 to March 2019 were selected and grouped according to the computer table method, 38 cases each. The reference group was routinely inserted into the gastric tube method and the basic nursing, and the experimental group was treated with modified gastric tube and targeted nursing. The blood oxygen saturation decline of the two groups of patients, the aspiration after 24 hours after surgery, and the success rate of one intubation were analyzed. **Results:** The success rate of one intubation in patients with coma tracheotomy in the experimental group was 94.74% (36/38). The success rate of one intubation was significantly higher in 76.32% (29/38) compared with the reference group in patients with coma tracheotomy, the difference between the groups was significant ( $p < 0.05$ ). The decrease of blood oxygen saturation and the aspiration of 24 hours after operation in the experimental group were lower than those in the reference group, and the data comparison between groups showed  $p < 0.05$ . **Conclusion:** The patients with coma tracheotomy should be treated with modified gastric tube, and the nursing intervention on this basis can reduce the incidence of repeated intubation, and the success rate of one intubation is obviously improved, which significantly reduces the patient's pain and is worthy of widespread recommendation and popularity in the clinic.

## Keywords

coma tracheotomy; improved gastric tube insertion; nursing intervention

## 改良插胃管术在昏迷气管切开患者中的护理探讨

李红

解放军第960医院, 中国·山东 淄博 255000

## 摘要

**目的:** 探讨对昏迷气管切开患者予以改良插胃管术治疗的同时予以相应的护理干预效果。**方法:** 在2018年3月到2019年3月期间来我院就诊的昏迷气管切开患者中选取76例, 依据计算机表法分组, 各38例。对参照组行常规插胃管术方法和基础护理, 对实验组行改良插胃管术和针对性护理。分析2组患者的血氧饱和度下降情况、术后24小时误吸情况以及一次插管成功率等。**结果:** 实验组昏迷气管切开患者的一次插管成功率为94.74% (36/38) 相比于参照组昏迷气管切开患者的一次插管成功率为76.32% (29/38) 明显较高, 组间差异显著 ( $p < 0.05$ )。实验组昏迷气管切开患者的血氧饱和度下降情况、术后24小时误吸情况相比于参照组均较低, 组间数据对比呈现为  $p < 0.05$ 。**结论:** 对昏迷气管切开患者予以改良插胃管术治疗, 并在此基础上实施护理干预, 可降低反复插管发生率, 一次插管成功率明显提升, 患者的痛苦明显减轻, 值得临床上广泛推荐和普及。

## 关键词

昏迷气管切开; 改良插胃管术; 护理干预

## 1 引言

因昏迷气管切开患者具有较高的应激系数, 会消耗大量能量, 其自主进食恢复时间较长, 常需采取留置胃管, 帮助患者维持机体营养的供给和治疗需求。此类患者因气管导管挤压气管内壁情况, 对其食管造成影响, 导致食管管腔变窄<sup>[1]</sup>。因患者昏迷, 丧失吞咽功能, 因此实施留置胃管操作时具有较大难度。有关研究表明, 普通插胃管一次成功的几率较

低, 会出现反复插管情况, 但反复插管会使患者黏膜受损, 使患者的痛苦增加, 因此将临床插胃管成率提升, 可减轻患者的痛苦<sup>[2]</sup>。现对昏迷气管切开患者予以改良插胃管术治疗, 并在此基础上实施护理干预的价值作研究。

## 2 基线资料与方法

### 2.1 基线资料

在2018年3月到2019年3月期间来我院就诊的昏迷气

管切开患者中选取 76 例, 依据计算机表法分组, 各 38 例。参照组: 有 22 例男性患者, 有 16 例女性患者, 年龄选取范围为 31 岁至 78 岁, 年龄均值为 (54.31 ± 2.47) 岁, 其中有 8 例脑出血患者、有 16 例脑梗死患者、有 14 例颅脑外伤患者。实验组: 有 23 例男性患者, 有 15 例女性患者, 年龄选取范围为 30 岁至 78 岁, 年龄均值为 (54.28 ± 2.45) 岁, 其中有 10 例脑出血患者、有 12 例脑梗死患者、有 16 例颅脑外伤患者。分析以上所有患者的基线资料, 经统计学软件分析, 组间数据对比呈现为  $p > 0.05$ , 证实无统计学意义。

纳入标准: 所有患者在入院后, 意识状况逐渐由浅昏迷转为深昏迷, 昏迷时间与气管切开时间均在 24 小时之上, 昏迷评分在 3~12 分之间的患者。同意本组研究内容, 并积极参与的患者。

排除标准: 对本组研究不知情同意的患者; 存在认知障碍的患者; 伴有严重系统疾病的患者; 存在精神障碍的患者。

## 2.2 方法

对参照组患者行常规插胃管术方法和基础护理, 让患者取平卧位, 选择一侧鼻腔, 将导丝放入直至到达胃管顶端, 不抽出, 保证胃管注入长度为 15~20cm, 将患者头部抬高, 使患者下颌与胸骨靠近, 胃管置入长度为 45~55cm 之间, 为发际至剑突位置。使用常规方法判断胃管在胃内, 将导丝除去并进行固定<sup>[9]</sup>。

对实验组患者行改良插胃管术和针对性护理, 让患者取平卧位, 放出气管套管气囊内气体, 由助手辅助将气管套管进行固定, 使患者头部略向健侧倾斜 20° 左右, 在健侧鼻腔, 将带有导丝的胃管进行置入, 当其插入长度为 5cm 时将导丝退出 3cm, 随后将其缓慢置入 10cm, 将导丝送回胃管顶端。当胃管置入长度为 15~20cm 之间时, 将患者头部抬高 20° 左右, 将气管套管提起 0.5cm 左右, 直至胃管插入食管中上段, 在插入 45~50cm 时将导丝退出 5cm, 如遇到阻力, 需使用右手拇指、食指将胃管捏紧, 并顺时针进行旋转, 并将其送入, 长度在 60cm 左右, 将导丝送至顶端。当胃管置入长度在 70cm 左右时, 将导丝退出, 并将胃管退出, 使其插入长度为 65cm。最终胃管留置长度为发际至剑突距离多 10cm。明确胃管是否在胃内, 并对胃管进行固定, 并对气管套管气囊进行充气, 并将气管套管进行固定。

护理干预: 让患者保持平卧位的体位, 护理人员需指导

患者抬颌, 使颈部、头部、躯干处于同一水平线上。在置入胃管前, 将口腔和鼻腔分泌物予以清理彻底, 使用吸痰器将气管中分泌物予以吸净, 保证患者呼吸畅通。根据患者的不同情况, 选择适宜型号的硅胶胃管。操作者需将胃管置入长度进行测量, 使用液体石蜡对胃管外壁进行充分润滑, 使用左手将胃管后端托起, 右手持镊子将胃管前端夹住, 沿一侧鼻孔鼻中隔将其缓慢插入, 并选择合适的距离, 将胃管进行固定<sup>[4]</sup>。

## 2.3 判定指标

分析 2 组患者的血氧饱和度下降情况、术后 24 小时误吸情况以及一次插管成功率等。

## 2.4 统计学分析

将本组研究的所有数据均录入到 Excel 表格中, 使用 SPSS 19.0 统计学软件进行统计分析, 其计数资料以  $[n(\%)]$  形式表示, 对其进行卡方检验; 其计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  形式表示, 对其进行 t 检验, 经相关公式计算分析, 其结果中  $p < 0.05$ , 说明组间数据经对比呈显著差异, 统计学意义存在。

## 3 结果

分析 2 组患者的血氧饱和度下降情况、术后 24 小时误吸情况以及一次插管成功率等。

实验组昏迷气管切开患者的一次插管成功率相比于参照组昏迷气管切开患者的一次插管成功率明显较高, 组间差异显著 ( $p < 0.05$ )。实验组昏迷气管切开患者的血氧饱和度下降情况、术后 24 小时误吸情况相比于参照组均较低, 组间数据对比呈现为  $p < 0.05$ 。见表 1。

表 1 分析 2 组患者的血氧饱和度下降情况、术后 24 小时误吸情况以及一次插管成功率等 [例 (%)]

组别	血氧饱和度下降情况	术后 24 小时误吸情况	一次插管成功率
实验组 (n=38)	4 (10.53)	1 (2.63)	36 (94.74)
参照组 (n=38)	30 (78.95)	8 (21.05)	29 (76.32)
X <sup>2</sup> 值	35.9776	6.1758	5.2084
p 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05

## 4 讨论

对于危重病患者抢救中, 气管切开为有效缓解呼气不畅的治疗方法, 此种方法在行插胃管术治疗时存在一定难度。对于昏迷患者而言, 以往置管成功率低、误吸率高。现对昏

迷气管切开患者行改良插胃管术治疗, 临床效果显著<sup>[5]</sup>。

有关研究显示, 改良插胃管术主要表现为: (1) 在插管到咽喉部时, 让患者头部略向健侧倾斜并将头抬高 20° 左右, 使咽喉部通道弧度增加, 有助于胃管的顺利插入。(2) 需选择健侧鼻腔进行胃管置管, 可使咽部肌肉的吞咽功能明显好转。(3) 将气囊放气, 将气管套管提起 0.5cm 左右, 将气管套管对食管挤压, 使食管呈狭窄情况予以避免, 有助于胃管顺利插入。(4) 改良胃管深度相比于以往胃管深度长 10cm, 将鼻饲管全部插入危重患者胃部, 将食物反流情况予以减少, 常规插胃管的长度在 45~55cm, 改良法可将插胃管的长度延长 5~10cm, 有助于对胃液回抽情况进行观察。(5) 口咽部和食管狭窄处将导丝退出, 可将导丝对狭窄处挤压情况予以避免, 保证置管顺利进行<sup>[6]</sup>。

针对特殊方法插胃管, 对不配合的患者, 需向患者进行详细介绍插胃管方法, 以及实施效果, 提升患者的配合度。对于不知道配合的患者, 护理人员需帮助患者进行相应操作, 将注意事项告知患者, 积极指导患者进行工作<sup>[7]</sup>。对于不知道吞咽的患者, 需与患者进行良好交流, 让患者积极配合, 可有效的提高插胃管成功率。对于知道吞咽却不能配合的患者, 需采取手势方法, 指导患者尽量配合插管工作。

使用硅胶胃管主要因管壁柔软, 组织相容性较大, 对患者刺激性较小, 头端比较硬, 有利于胃管插入, 管腔较透明, 方便观察。其胃中管口侧孔较大, 有利于鼻饲营养物质和药物关注, 将末端与封闭塑料塞子进行连接, 可防止胃液外流和细菌污染<sup>[8]</sup>。每天鼻饲供给后, 需对其进行冲洗。对于需要长时间鼻饲的患者, 胃管更换频率要根据具体材料来决定, 不可频繁更换, 否则对鼻部咽喉粘膜极易造成损伤, 出现炎症, 使患者和家属精神处于紧张状态。通常来讲, 硅胶材质的胃管保持 4 周更换一次是比较科学安全的, 如果是更好材质的胃管比如进口复尔凯, 可以根据使用说明延长胃管的使用时间。在更换胃管时, 需对两侧鼻腔进行交替插入, 防止一侧

鼻腔粘膜胃管长时间压迫导致局部坏死或者出现炎症。对于长时间鼻饲的患者, 需使用浓度为 1% 的薄荷油滴鼻, 每天 2~4 次。避免鼻部或者鼻粘膜炎症出现不适。对行改良插胃管术的昏迷气管切开患者, 行护理干预, 可使患者尽早恢复健康。此操作十分简单、安全、使用, 可一人独立完成。

以上数据对比得出, 实验组昏迷气管切开患者的一次插管成功率为 94.74% (36/38) 相比于参照组昏迷气管切开患者的一次插管成功率为 76.32% (29/38) 明显较高, 组间差异显著 ( $p < 0.05$ )。实验组昏迷气管切开患者的血氧饱和度下降情况、术后 24 小时误吸情况相比于参照组均较低, 组间数据对比呈现为  $p < 0.05$ 。

综上所述, 昏迷气管切开患者予以改良插胃管术治疗, 并实施护理干预, 将一次插管成功率予以提升, 使患者的痛苦减轻, 使不良反应发生率降低。

#### 参考文献:

- [1] 刘丽, 曾芝云, 张锦莲等. 改良插胃管术在昏迷气管切开患者中的护理体会 [J]. 外科研究与新技术, 2016, 5(2):136-138.
- [2] 单娟. 改良胃管置入法在昏迷气管切开患者临床护理中的应用研究 [J]. 医药前沿, 2016, 6(34):228-229.
- [3] 李双琴, 殷建华, 王俊超等. 高压氧治疗时昏迷气管切开病人的护理体会 [J]. 特别健康, 2017(16):105-106.
- [4] 张洁. 昏迷气管切开病人留置胃管方法 [J]. 全科护理, 2016, 14(16):1688-1689.
- [5] 薛燕萍, 郑洁, 陈蓉芳等. 酸性氧化电位水冲洗在气管切开患者口腔护理的效果研究 [J]. 护士进修杂志, 2013, 28(14):1253-1255.
- [6] 谭莉娟. 持续高压氧雾化湿化法在昏迷气管切开患者中的护理效果 [J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(9):1203-1205.
- [7] 张海英, 沈梅芬, 吴超等. 口咽舌部辣椒素刺激改善急性脑卒中昏迷患者吞咽效果的评价 [J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(6):32-34.
- [8] 姜红. 颅脑昏迷患者气管切开后应用呼吸机的护理 [J]. 中国急救医学, 2015(z1):91-92.