

小儿肠造口还纳术后不留置胃管的可行性分析

张 锋 苏义林

〔摘 要〕 目的 探讨在小儿肠造口还纳术后不常规留置胃管的安全性和可行性。方法 回顾性分析中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)小儿外科自2015年8月至2020年7月完成的41例确诊为肠造口术后状态并行小儿肠造口还纳术患儿的临床资料,其中留置胃管组22例,未留置胃管组19例。统计比较两组患儿的术后肛门通气时间、术后住院时间、住院费用以及术后并发症(恶心呕吐、吻合口瘘、咽喉不适、肠梗阻)。结果 未留置胃管组患儿咽喉不适的发生率为52.63%,留置胃管组患儿为100.00%,两组差异有统计学意义($P<0.05$);未留置胃管组患儿术后肛门通气时间、术后住院时间平均分别为 (1.90 ± 0.74) d和 (10.79 ± 3.03) d,留置胃管组患儿为 (4.27 ± 1.03) d、 (14.96 ± 4.90) d,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);未留置胃管组患儿住院费用平均为 $(24\,889.00\pm18\,071.01)$ 元,留置胃管组患儿为 $(14\,889.00\pm8\,071.41)$ 元,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。未留置胃管组患儿咽喉不适的发生率为52.63%,留置胃管组患儿为100.00%,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 小儿肠造口还纳术不常规留置胃管是安全可行的,可减轻患儿痛苦,加快术后肠功能恢复,缩短术后禁食时间及术后住院时间,降低住院费用,减轻家庭负担。

〔关键词〕 肠造口还纳术;留置胃管;快速康复外科
doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2022.09.024

近年来,加速康复外科(enhanced recovery after surgery,ERAS)管理途径^[1]已被大家熟悉并得到广泛认可,并广泛应用于各手术科室的围手术期中^[2-4],但其中的部分管理途径备受质疑,尤其是术后是否留置胃管问题。留置胃管1933年开始用于治疗胃肠道术后肠梗阻^[5],目前留置胃管仍然是胃肠道手术广泛应用的^{操作},近年来,随着ERAS理念的提出和推广^[6],对于围手术期是否留置胃管出现争议,本研究通过回顾性对照研究探讨小儿肠造口还纳术后不常规留置胃管的安全性和可行性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)小儿外科自2015年8月至2020年7月完成的41例肠造口还纳术患儿的临床资

料,其中留置胃管组22例,未留置胃管组19例。所有患儿均行肠造口还纳术。纳入标准:结合既往手术病史,诊断为肠造口术后状态;未伴有严重多器官畸形;体质量 ≥ 4 kg,肠造口时间 ≥ 3 个月。排除标准:先天性巨结肠及肛门闭锁等未行根治手术解决原发病;伴有多系统疾病或多器官畸形。两组患儿一般资料及造口原因分布的差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患儿一般资料比较见表1,两组患儿造口原因分布比较见表2。

表1 两组患儿一般资料比较

组别	例数	性别(男/女,例)	体质量(kg)	年龄(岁)
未留置胃管组	19	14/5	11.02 $\pm$ 3.01	0.91 $\pm$ 0.40
留置胃管组	22	13/9	10.95 $\pm$ 3.58	0.71 $\pm$ 0.31
χ^2 值		0.508	3.718	1.771
P 值		0.476	0.557	0.086

表2 两组患儿造口原因分布的比较(例)

组别	例数	新生儿坏死性小肠结肠炎	先天性巨结肠	肛门闭锁	肠套叠	嵌顿疝	肠闭锁	胎粪性腹膜炎	肠扭转	粘连性肠梗阻	外伤
未留置胃管组	19	6	3	0	3	3	0	0	1	1	2
留置胃管组	22	9	1	3	1	1	2	2	2	1	0
P 值											0.199 ^①

注:①为Fisher确切概率法。
1.2 围手术期处理 未留置胃管组仅术晨开塞露通便,术前4小时吃1次奶,术前2小时饮5%葡萄糖液

5 mL/kg。留置胃管组按照传统肠道准备及术前禁食水要求准备。未留置胃管组患儿手术结束时仅放置腹腔引流管,术后第1天开始试饮水,后渐渐过渡为流质、半流质饮食,术后第4~5天根据情况可予以拔除腹腔引流管;留置胃管组患儿在手术结束时需同时放置胃肠减压管及腹腔引流管,术后第5天当患儿血象、体温正常、肛门排气排便、无吻合口瘘征象时拔除胃管后开始试饮水,后过渡为流质、半流质饮食;术后第4~5天根据情况拔除腹腔引流管。出院指征如下:①一般情况良好,无发热;②完全经口喂养,无恶心呕吐,大小便正常;③所有导管均拔除;④血常规、生化、腹部B超均正常

1.3 观察指标 观察指标包括患儿的一般资料,术后住院时间,术后肛门通气时间及住院总费用,术后并发症包括恶心呕吐、吻合口瘘、咽喉不适、肠梗阻等。

1.4 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件进行

数据分析,正态分布计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间均数比较使用 t 检验,计数资料使用例或百分比表示,组间比较使用 χ^2 检验或Fisher确切概率法。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿术后肛门通气时间、术后住院时间及住院费用比较 未留置胃管组患儿术后肛门通气时间及术后住院时间均较留置胃管组缩短,两组差异有统计学意义($P < 0.05$);未留置胃管组患儿平均住院费用低于留置胃管组,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.2 两组患儿术后并发症比较 未留置胃管组患儿咽喉不适的发生率为52.63%,留置胃管组患儿为100.00%,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表3 两组患儿术后康复情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后排气时间(d)	术后住院时间(d)	住院总费用(元)
未留置胃管组	19	1.90 ± 0.74	10.79 ± 3.03	14 545.00 ± 3 362.72
留置胃管组	22	4.27 ± 1.03	14.96 ± 4.90	24 889.00 ± 18 071.41
t 值		8.568	3.318	2.455
P 值		<0.001	<0.001	0.002

表4 两组患儿术后并发症发生情况比较[例(%)]

组别	例数	咽喉不适	恶心呕吐	吻合口瘘	肠梗阻
未留置胃管组	19	10(52.63)	6(31.58)	0(0.00)	0(0.00)
留置胃管组	22	22(100.00)	8(36.36)	1(4.55)	3(13.64)
χ^2 值		15.314	0.104	-	-
P 值		<0.001	0.747	1.000 ^①	0.235 ^①

注:①为Fisher确切概率法。

3 讨论

肠造口还纳术是较为常见的胃肠道择期手术之一,但是术后住院时间长,术后胃肠功能麻痹及肺部感染等并发症发生率仍较高^[7]。临床上,胃管主要用于胃肠减压和/或肠内营养,胃管在术后的主要作用是持续胃肠减压,减少胃肠道负担,增加围术期的安全性,这一观点目前在国内仍被普遍认可^[8]。但在临床实际诊疗过程中,大家发现留置胃管的并发症也较多,胃管本身的刺激可引起反射性干咳、恶心呕吐及咽喉部不适,也会引起肺部感染,同时大量的引流液易致电解质紊乱^[9]。随着循证医学的发展,以及对ERAS理念更深入的研究,越来越多的临床证据证实围术期不常规使用胃管减压引流方法安全、可行。

由于在本研究中患儿年龄普遍偏小,可通观察患

儿哭闹时是否有声音嘶哑、有无喘鸣音等表现来判断有无咽喉部不适。本研究结果显示,留置胃管引起咽喉部不适的发生率高达100.00%,明显高于未留置胃管组,两组差异有统计学意义($P < 0.05$),提示留置胃管对患者鼻咽喉部刺激很大,使咽喉部产生异物感,从而引起咽喉部不适。这与潘华光等^[10]的研究结果相吻合,且易诱发恶心呕吐等其他症状。但对于患者出现恶心呕吐的报道不一。本研究结果提示,留置胃管与否,患者恶心呕吐的发生率无明显差异。另外,关于留置胃管与否与术后并发症之间相关性的文献研究结论不尽相同。陈垚等^[11]认为留置胃管对于降低术后并发症并无重要意义,且可能会增加术后呼吸道并发症的发生率。这与樊晓静^[12]的研究结合相吻合。但也有学者^[13]认为胃肠减压可降低胃肠道内的压力,对吻合口瘘的发生有良好的预防作用。本研究结果显示未

留置胃管并未增加吻合口瘘、肠梗阻等并发症的发生率。

有研究^[14-15]表明胃肠手术后胃肠运动功能虽有减弱,但对肠道吸收能力影响不一定大,且胃肠道术后肠麻痹是短暂的、自然的生理过程,留置胃管不能有效消除肠麻痹。由于本研究中大部分患儿无法明确表达肛门排气时间,可通过观察患儿腹胀缓解情况、胸鸣音是否恢复、有无排便等指标来判断肛门排气时间。本研究结果显示不常规留置胃管能够促进患者肛门排气,从而早期进食,推测可能是胃肠液适当地刺激胃肠道,促使其蠕动变得有节律,从而促进胃肠功能恢复,进而缩短术后住院时间,降低住院费用,这也与其他研究^[10-14]报道相一致。另外,留置胃管不仅影响患者术后的活动,而且会增加患者及其家属的心理负担,同时增加了护理工作的难度。

综上,小儿肠造口还纳术不常规留置胃管是安全可行的,可减轻患儿痛苦,加快术后肠功能恢复,缩短术后禁食时间及术后住院时间,降低住院费用,减轻家庭负担。

本研究尚存在不足之处。本研究结果仅来自1家医院,样本量少,且只是消化道远端肠造口还纳再通手术后的资料,为回顾性分析,严谨性相比前瞻性的研究,可能存在差距,如能进行多中心、大样本及随机对照研究,将对临床工作借鉴意义更大。

参考文献

- [1] 陈凇,陈亚进,董海龙,等.加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J].中国实用外科杂志,2018,38(1):1-20.
- [2] KLEIVE D,SAHAKYAN M A,LABORI K J,et al. Nasogastric tube on demand is rarely necessary after pancreatoduodenectomy within an enhanced recovery pathway[J]. World J Surg,2019,43(10):2616-2622.
- [3] 王琼,叶京英,曹葆强.加速康复外科理念护理对腹腔镜胆囊切除术后恢复的影响[J].安徽医学,2020,41(3):343-346.
- [4] 张凡,李伦兰,戴晴,等.加速康复护理清单在胸腰椎骨折

患者围手术期的应用效果[J].安徽医学,2020,41(7):846-849.

- [5] WANGENSTEEN O H,PAINE J R. Treatment of acute intestinal obstruction by suction with the duodenal tube[J]. J AM Med Assoc,1933,101(20):1532-1539.
- [6] KEHLET H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation[J]. Br J Anaesth,1997,78(5):606-617.
- [7] CHUSILP S, YAMOTO M, VEJCHAPIPAT P, et al. Nasogastric decompression after intestinal surgery in children: a systematic review and meta-analysis[J]. Pediatr Surg Int,2021,37(3):377-388.
- [8] 黎介寿,吴孟超,黄志强.手术学全集[M].北京:人民军医出版社,1996:344-548.
- [9] 孟祥宁.腹腔镜辅助胃癌根治术不留置胃管对缩短术后住院时间及降低肺部并发症发生率影响研究[J].中国全科医学,2021,24(S1):46-48.
- [10] 潘华光,于在诚,张仁泉,等.微创食管癌术后不留置胃肠减压管的安全性和可行性研究[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(9):920-923.
- [11] 陈垚,高志慧,蔡丙华,朱雁飞.腹腔镜结直肠癌切除术术前不留置胃管对患者术后恢复的影响探析[J/CD].中华普外科手术杂志(电子版),2019,13(6):579-581.
- [12] 樊晓静.胃肠手术患者胃管不同处理策略对术后并发症风险及胃肠恢复的影响[J].实用医学杂志,2016,32(18):3060-3063.
- [13] OLSEN M F,WENBERG E. Fast-track concepts in major open upper abdominal and thorabdominal surgery: a review[J]. World J Surg,2011,35(12):2586-2593.
- [14] KLINGER A L, GREEN H, MONLEZUN D J, et al. The role of bowel preparation in colorectal surgery: results of the 2012-2015 ACSNSQIP data[J]. Annals of Surg,2017,269(4):1.
- [15] SHAO Y, ZOU L, ZHOU Q. Fast-track surgery for gastroenteric neoplasms: a meta-analysis[J]. Tumori,2014,100(5):197-203.

(2021-12-17收稿)

(本文编校:彭松)