维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 4

口服中毒插管洗胃研究进展

Research progress of inserting stomach tube for intoxication gastrolavage

王贵梅，谢少清 （安徽省立医院急救医学中心，安徽 合肥 230001）

［关键词］中毒；洗胃；进展
［中图分类号］R595 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2007)04-0275-02

插管洗胃是抢救口服中毒病人的一项重要措施，目的是彻底清除胃内毒物，减少毒物吸收。洗胃技术运用是否得当，将影响抢救成功率。近年来对洗胃技术进行了大量研究，有了很多新认识，现综述如下。

1 胃管侧孔的改良

胃管侧孔距指的是胃管侧孔之间的距离。传统的胃管侧孔距为2.5 cm，最高侧孔距顶端的间距为11.0～13.5 cm。郑红等通过对90例病人的对比观察发现，将胃管侧孔距改为1.5 cm，最高侧孔距顶端的间距改为6.0～7.5 cm，能避免过高侧孔以下的液体潴留，提高洗胃效果，认为低侧孔距胃管优于高侧孔距胃管[1]。

2 插入途径及方法

2.1 插入途径

经口腔或鼻腔插入胃管均可，刘尚洁[2]将184例药物中毒患者分成两组，分别经口和经鼻插管进行对比，结果发现，经口插管首次成功率88.5%，而经鼻插管为62.3%。认为经口插管优于经鼻插管。对个别过分紧张，恶心反射敏感的病人，操作前可用1%地卡因喷雾后再行插管[3]。对于牙关紧闭拒绝洗胃、经口插管困难以及小儿最好选择经鼻插管，便于固定[4-5]。

2.2 插管方法

为了提高插管的成功率，增加患者的舒适感，许多学者对插管的方法进行了改进。主要有以下几种：①口含液体置胃管。常乃秀等[6]通过对88例口服中毒且清醒合作的患者，以口含液体和传统插胃管进行对照。让患者口含温开水5～8 ml，勿吞，当胃管插至咽喉部时，嘱患者将温开水吞下，随着患者的吞咽动作，将胃管徐徐插入至所需长度，证实在胃内后，即固定胃管。结果发现，口含液体组一次插管成功率95.4%，对照组65.9%。认为对各种口服中毒且清醒合作的患者，宜采用口含液体，不仅能提高一次插管成功率，而且能减少胃肠道刺激症的发生，增加患者的舒适感。②气管插管后置胃管。对于重度口服中毒合并呼吸衰竭或呼吸停止患者，采用气管插管接呼吸机建立呼吸通道后再置胃管，不仅维持了病人的呼吸功能，利于痰液清除，且封闭了呼吸道与食道相通，避免了窒息等并发症发生[7]。③喉镜明视下插胃管。王宝兰等[8]将60例中毒致昏迷患者，分成传统组和喉镜协助组。喉镜协助组将病人平卧，头后仰，术者左手将喉镜置入口腔，顺舌背伸入，注意在胃管插入食管口后即退出喉镜，避免局部黏膜损伤，并减少对咽喉的刺激。结果表明，喉镜协助组胃管误入气管数为0，胃管盘旋口腔数为0，死亡数为0，平均操作时间为(6.7±1.5) min，首次操作成功率为100%。而传统组胃管误入气管数为3，胃管盘旋口腔数为3，死亡数为2，平均操作时间为(20.5±1.9) min，首次操作成功率为80%。因此认为，喉镜协助组可明显缩短插管时间，加快了毒物排出，提高抢救成功率[8]。有通过研究提出，对置入胃管困难者，也可置入导丝于胃管内，再以喉镜、导丝引导明视下插胃管，可提高插管成功率。④以气管内导管为套管置管[9]。将选好的洗胃管及气管内导管外涂适量液体石蜡，病人取仰卧位并保持呼吸道通畅。操作者左手持喉镜，右手持气管内导管(导管内不用金属导丝)将气管导管沿喉镜外侧缘缓缓推至食道内，且管后端无气体溢出，即证明导管已插入食道内，再经气管内导管插入洗胃管。刘静[9]通过对32例病人经口或经鼻腔多次插入失败后，运用气管内导管为套管，插胃管均获成功。

3 插入长度

胃管插入的长度是否适宜，将影响洗胃的效果。插入的长度应根据患者的身高及年龄确定。成人传统洗胃胃管插入长度为45～55 cm，但有研究表明应插入55～70 cm能缩短洗胃时间，减少并发症，洗胃更彻底[10]。对儿童，传统胃管插入深度是发际至剑突。但有学者认为胃管插入深度改为发际至脐部，能大大缩短洗胃时间，减少毒物吸收，提高治愈率[11]。

4 洗胃方法

常规的胃管洗胃，存在一定缺陷，如无法清洗食道内壁、胃黏膜皱襞存留的毒物等，针对这些不足，国内许多学者对洗胃的方法进行了大量的研究改进，并取得了很好的疗效。洗胃方法主要有：①先催再吐洗胃，对能合作的病人，采用先催吐，将食道内残留毒物冲入胃内，再插入胃管彻底洗胃；②洗胃－洗食管－再洗胃，适用于昏迷或不能合作的病人[12]；③洗胃过程中变换体位，利于彻底清洗胃黏膜皱襞内不易排出的毒物[13]；④胃镜直视下洗胃，利于吸净胃内所有存留液体以及对黏膜糜烂处直接给予喷洒治疗[14]。胃镜直视下洗胃还能避免常规洗胃术的盲插、盲灌、盲洗及不必要的黏膜擦伤，并能明显减少阿

［收稿日期］2007-03-30 ［修回日期］2007-05-01

维普资讯 http://www.cqvip.com

托品及解磷定用量,缩短住院时间,降低病死率[15]。⑤输液器洗胃,对群体性中毒病人选用取材方便、操作简单的一次性输液器,可避免医源性感染[16]。

5 洗胃液的选择

传统的洗胃液是根据不同的中毒药物来选择,常用的洗胃液有0.9%生理盐水、清水、高锰酸钾等。近年来在传统的洗胃液基础上,对其配方进行改良研究,并取得了较好效果。如使用生理盐水加去甲肾上腺素配置成0.001%溶液洗胃,可以减少洗胃时毒物的继续吸收,避免胃黏膜出血,且对血压没有明显影响[17];使用0.45%的低渗盐水洗胃,可以产生极强的利尿作用,促进毒物的排泄,又不致发生溶血反应[11];使用传统治疗方案加活性炭胃肠灌洗,可以加速阿托品化,减少阿托品用量,降低死亡率,效果明显高于传统治疗方案[18];使用思密达加大黄,既可提高黏膜的屏障功能;又有导泄作用,可对抗阿托品引起的顽固性腹胀不能排便等胃肠功能不全的表现,因此认为,思密达加大黄辅助治疗要优于活性炭[19]。

6 洗胃量的认识

逐渐增加洗胃液量及重复洗胃 常规方法:洗胃量幼儿每次50~100 ml;成人每次在300~500 ml。张培英通过研究认为逐渐增加洗胃液量及重复洗胃,可以明显减少阿托品用药总量及其副作用,明显降低死亡率[20]。

综上所述,洗胃是减少急性中毒病人毒物吸收最直接的方法,掌握科学的洗胃技术,选择合适的插管洗胃方法,适当延长胃管插入长度等,可发挥最佳的洗胃效果,提高抢救成功率。

[参考文献]

[1] 郑 红,刘军红,王 浩. 洗胃管侧孔不同孔间距的洗胃效果研究[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(3):11.
[2] 刘尚洁. 两种置胃管法对急诊洗胃的影响[J]. 中原医刊,2005,32(4):31.
[3] 梁俊玲,赵德美. 不同途径置胃管洗胃对药物中毒病人影响的观察[J]. 实用护理杂志,2003,19(10):14-15.
[4] 潘运霞,李丽停. 经鼻腔插管低流量洗胃法的临床应用[J]. 黑龙江护理杂志,2000,6(11):72-73.
[5] 王晓军. 小儿洗胃改良法[J]. 护理研究,2001,15(3):152.
[6] 常乃秀,鞠贞会,曲 静,等. 口含液体置胃管法用于中毒洗胃的研究[J]. 中国实用护理杂志,2005,21(1):5-6.
[7] 西 铮,杨淑霞,田东岩,等. 重症口服中毒气管插管后的洗胃方法[J]. 河北职工医学院学报,2006,3(1):572.
[8] 王宝兰,尹凤玲,李先红,等. 喉镜在急诊洗胃操作中的应用[J]. 护理研究,2002,16(7):432.
[9] 刘 静. 气管内导管在口服中毒洗胃中的应用[J]. 河北医学,2002,8(8):750-751.
[10] 冯小梅. 延长胃管插入长度洗胃抢救有机磷农药中毒护理研究[J]. 护士进修杂志,2002,17(5):337-338.
[11] 仵凤云,葛秀芝. 小儿洗胃胃管插入深度的探讨[J]. 菏泽医学专科学校学报,2002,14(1):75.
[12] 武柳青,谢云峰. 对洗胃法的几点改进[J]. 中华实用医学,2002,4(2):65.
[13] 黄淑绸. 洗胃效果的影响因素及护理[J]. 护士进修杂志,2001,16(5):381.
[14] 武桂玲,王爱红."胃镜洗胃术"的临床应用及护理操作[J]. 中国实用护理杂志,2004,20(9):72.
[15] 张德建,高志英,张保福,等. 内窥镜直视下洗胃治疗急性有机磷中毒[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2004,7(2):156.
[16] 陈艳玲,陈智玲. 输液器洗胃的临床应用[J]. 中国实用护理杂志,2006,22(5):43.
[17] 史爱珍,严 翎. 去甲肾上腺素液洗胃抢救重度有机磷农药中毒的护理[J]. 中华护理杂志,2002,37(2):118-119.
[18] 周丰美,冯志娟,鲍琴华,等. 活性炭胃肠灌洗抢救重症有机磷农药口服中毒患者的临床研究[J]. 实用护理杂志,2000,16(9):5-6.
[19] 张随玉. 思密达、大黄辅助治疗有机磷农药中毒的疗效分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2003,6(2):156-157.
[20] 张培英,申民强,董秀芹,等. 不同方法洗胃抢救急性有机磷农药中毒效果分析[J]. 实用护理杂志,2002,18(3):10.

(编辑:兰阳军)

关于单位符号的使用

各种单位除在无数值的叙述性文字中和科普读物中可使用中文名称或中文符号外,均应使用单位符合。单位符号都是正体拉丁和希腊字母,无复数形式,符号后不附加圆点(正常语法名字尾标点符号除外)。来源于人名的单位,例如:Pa、Gy、W等和10^6以上的词头,例如:M、G、T等的首字母大写以外均为小写,"升"的符号可用大写(L)也可用小写(l),一般在单位使用不加词头时用大写。数值与单位符号之间、单位符号与相邻的其他符号(例如:化学元素符号)之间应留半个阿拉伯数字空隙,词头与其所组合的单位符号之间不需空隙。词头不能单独使用,也不能重叠使用(例如:"mμm"应为"nm")。

(本刊编辑部)