

术后不留置鼻胃管对腹腔镜全胃切除术患者的影响研究

郭 菲

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061

摘要：目的：探讨腹腔镜全胃切除术后不留置鼻胃管对患者并发症、功能恢复及心理状态的影响，为优化围手术期护理方案提供依据。方法：选取2022年11月至2023年10月在西安交通大学第一附属医院行腹腔镜全胃切除术的74例患者，按随机数字表法分为观察组（37例）和对照组（37例）。对照组术后常规留置鼻胃管至术后第3天（排气排便后拔除），观察组术后不留置鼻胃管（术中若需排气则临时留置并于麻醉苏醒前拔除）。比较两组术后并发症发生率、功能恢复指标及心理状态。结果：观察组并发症总发生率（8.1%）显著低于对照组（40.5%），其中肺部感染、咽部炎症发生率差异尤为显著（ $P < 0.05$ ）；观察组首次排气时间 $[(48.2 \pm 6.5) \text{ h}]$ 、首次进食时间 $[(72.5 \pm 8.3) \text{ h}]$ 及住院时间 $[(10.2 \pm 1.8) \text{ d}]$ 均显著短于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组术后第3天SAS $[(40.2 \pm 5.1) \text{ 分}]$ 、SDS $[(41.5 \pm 4.8) \text{ 分}]$ 评分显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：腹腔镜全胃切除术后不留置鼻胃管可降低并发症发生率，加速患者功能恢复，改善心理状态，符合加速康复外科理念，值得临床推广。

关键词：不留置鼻胃管；腹腔镜全胃切除术；影响效果

胃癌作为全球高发消化道恶性肿瘤，手术切除是主要治疗手段，其中腹腔镜全胃切除术因创伤小、恢复快成为主流术式。传统观念认为术后留置鼻胃管可通过胃肠减压降低吻合口漏等并发症风险，但近年研究发现其可能增加肺部感染、咽部不适等不良事件，延缓康复进程。中国加速康复外科指南（2021）提出择期腹部手术不推荐常规留置鼻胃管，但腹腔镜全胃切除术因其手术复杂性，术后鼻胃管留置仍存在争议^[1]。本研究通过对比术后留置与不留置鼻胃管的临床效果，为明确最优护理方案提供实证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年11月至2023年10月在本院行腹腔镜全胃切除术的患者74例。纳入标准：①年龄 ≥ 18 岁；②术前胃镜及病理活检确诊胃癌，具备外科手术指征；③术前评估肿瘤可根治性切除；④神志清楚，无沟通障碍。排除标准：①术前存在幽门梗阻或仅能进食流食；②合并严重心肺肝肾功能障碍；③急诊手术；④既往有胃手术史。剔除标准：①患者拒绝配合研究方案；②手术方式改为近端/远端胃大部切除术；③术中需行十二指肠或空肠造瘘。本研究经医院伦理委员会批准（伦理号：2022-068），患者及家属均签署知情同意书。

1.2 样本量计算

根据既往研究结果，对照组术后并发症发生率约40%，观察组约8%，采用StatBox样本量计算工具，设定 $\alpha = 0.05$ 、 $\beta = 0.2$ ，计算得每组需33例，考虑10%失访率，

最终确定每组37例，共74例。

1.3 分组方法

采用随机数字表法分为观察组和对照组。两组患者在年龄、性别、肿瘤分期、手术时长等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.4 干预措施

两组患者均由同一手术团队实施腹腔镜全胃切除术（D2淋巴结清扫+Roux-en-Y吻合），围手术期管理均遵循ERAS理念，具体措施如下：（1）术前准备：术前1天口服碳水化合物溶液（12.5%葡萄糖500ml），术前6h禁食、2h禁饮；不进行肠道准备。（2）术中管理：采用全身麻醉联合硬膜外阻滞，维持患者体温在36-37℃（使用加温毯、加温输液装置）；限制液体输入量（晶体液 $< 1000 \text{ ml}$ ），优先使用胶体液。（3）术后管理：采用多模式镇痛（静脉自控镇痛联合口服非甾体药物），维持视觉模拟评分（VAS） ≤ 3 分；术后24h内协助患者床上翻身、活动肢体，48h后鼓励床边站立。

在此基础上，两组鼻胃管管理措施如下：对照组（术后留置鼻胃管）：（1）鼻胃管置入：手术当日清晨由病房责任护士经鼻置入16Fr聚氨酯鼻胃管，置入长度为鼻尖至剑突距离（约55-65cm），X线确认尖端位于胃部；或术中由麻醉医师在腹腔镜监视下置入。（2）胃肠减压管理：术后连接一次性负压引流袋，维持低负压吸引（压力设置为-5~-10kPa）；每日观察引流液颜色、性质及量，正常情况下引流液为墨绿色或淡黄色，24h引流量 $< 500 \text{ ml}$ ；若引流液突然增多（ $> 800 \text{ ml/d}$ ）或出现

血性液体，及时报告医师。（3）鼻胃管维护：妥善固定鼻胃管（使用胶布固定于鼻部及面颊部），标记置入长度并每日核对；保持管路通畅，若发生堵塞，用生理盐水（20ml）低压冲洗（压力 < 20kPa）；口腔护理每日2次（使用氯己定漱口水），预防口腔感染。（4）拔除时机：术后第3天，患者出现自主排气、排便，且无明显腹胀（腹部叩诊鼓音范围 < 腹围1/3），经主治医师评估后拔除鼻胃管；拔除前夹管观察2h，无恶心、呕吐即可拔除。

观察组（术后不置留鼻胃管）：（1）术中处理：腹腔镜探查若发现胃内积气（因麻醉气管插管时气体进入胃内），则临时置入14Fr鼻胃管，一次性抽气减压（抽气量 < 500ml），确认胃内气体排空后，于手术结束、患者麻醉苏醒前拔除，拔除后压迫鼻腔5min预防出血。（2）术后监测：无需胃肠减压，重点观察患者腹胀程度（每日测量腹围，记录腹胀评分：0分无腹胀，1分轻度腹胀，2分中度腹胀，3分重度腹胀）；若患者出现恶心、呕吐（> 2次/24h），遵医嘱给予甲氧氯普胺（10mg肌肉注射）；术后6h可少量饮用温水（< 50ml），24h后无不适可进食流质饮食（米汤、稀藕粉），每次50-100ml，每日6-8次，逐步过渡至半流质饮食（术后48-72h）。

1.5 观察指标

（1）术后并发症：记录术后1个月内并发症，包括：①肺部感染（发热、咳嗽伴胸片示炎症浸润）；②咽部炎症（咽部疼痛、红肿）；③吻合口漏（腹腔引流液含消化液或造影证实）；④恶心呕吐；⑤二次鼻胃管留置（因腹胀、呕吐需重新置入）。（2）功能恢复指标：①首次排气时间（术后至自主排气的时长）；②首次进食时间（术后至开始流质饮食的时长）；③术后住院时间（手术当日至出院的天数）。（3）心理状态：术后第3天采用SAS和SDS评估，SAS标准分 ≥ 50分为焦虑，SDS标准分 ≥ 53分为抑郁，得分越高表示情绪障碍越严重。

1.6 统计学方法

采用SPSS26.0软件分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较用独立样本 t 检验；计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症比较

观察组并发症总发生率为8.1%，显著低于对照组的40.5%（ $P < 0.05$ ）。两组吻合口漏发生率差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者术后并发症比较 $[n(\%)]$

并发症类型	观察组（ $n = 37$ ）	对照组（ $n = 37$ ）	χ^2 值	P 值
肺部感染	0（0.0）	6（16.2）	4.529	0.033
咽部炎症	0（0.0）	8（21.6）	6.327	0.012
吻合口漏	1（2.7）	2（5.4）	0.000	1.000
恶心呕吐	2（5.4）	5（13.5）	1.015	0.314
二次鼻胃管留置	1（2.7）	5（13.5）	3.927	0.047
总发生率	3（8.1）	15（40.5）	9.643	0.002

2.2 两组患者功能恢复指标比较

观察组均显著短于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者功能恢复指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标	观察组（ $n = 37$ ）	对照组（ $n = 37$ ）	t 值	P 值
首次排气时间（h）	48.2±6.5	65.3±7.2	10.258	0.000
首次进食时间（h）	72.5±8.3	96.8±10.5	11.364	0.000
术后住院时间（d）	10.2±1.8	13.5±2.3	7.182	0.000

2.3 两组患者术后心理状态比较

表3。

术后第3天，观察组均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见

表3 术后第3天SAS、SDS评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

量表	观察组（ $n = 37$ ）	对照组（ $n = 37$ ）	t 值	P 值
SAS	40.2±5.1	52.6±6.3	9.872	0.000
SDS	41.5±4.8	53.8±5.7	10.125	0.000

3 讨论

胃癌是全球发病率第三的恶性肿瘤，腹腔镜全胃切除术通过完整切除胃及区域淋巴结，结合消化道重建

（如Roux-en-Y吻合），成为局部进展期胃癌的标准术式。术后胃肠减压作为传统措施，其理论依据是减少胃内容物潴留，降低吻合口张力，从而预防吻合口漏^[2]。

然而,随着手术技术进步(如吻合器的精准应用)及ERAS理念的推广,鼻胃管留置的必要性受到质疑。既往研究显示,鼻胃管可能通过以下机制影响康复:①刺激咽部黏膜导致炎症、水肿,增加误吸风险;②抑制胃肠蠕动,延缓排气排便;③引起患者不适(如恶心、异物感),加剧焦虑情绪。中国加速康复外科指南(2021)明确提出“择期腹部手术不推荐常规留置鼻胃管”,但腹腔镜全胃切除术因吻合口多、操作复杂,临床仍存在顾虑,相关实证研究较少^[3]。

本研究显示,观察组并发症总发生率(8.1%)显著低于对照组(40.5%),尤其肺部感染和咽部炎症发生率为0,与对照组差异显著。这一结果与黄海等的研究一致,其发现全腹腔镜远端胃切除术后不留置鼻胃管可使肺部感染风险降低60%。分析原因:①鼻胃管作为异物刺激咽部,导致分泌物增多,易引发误吸和肺部感染;②持续胃肠减压可能破坏胃肠黏膜屏障,增加肠道菌群移位风险。值得注意的是,两组吻合口漏发生率无显著差异(2.7%vs5.4%),提示不留置鼻胃管并未增加吻合口漏风险。这可能得益于:①腹腔镜手术的精准操作减少了吻合口张力;②ERAS理念下的早期进食可促进胃肠蠕动,通过“生理性扩张”降低吻合口漏风险^[4]。此外,观察组二次鼻胃管留置率仅2.7%,说明多数患者可通过非侵入性措施(如少量饮水、早期活动)缓解腹胀,无需重新置管。

观察组首次排气时间、首次进食时间及住院时间均显著短于对照组,印证了不留置鼻胃管对胃肠功能的促进作用。传统观点认为胃肠减压可“休息”胃肠道,但现代研究表明,适度胃内容物(如术后早期流质)可通过神经-体液调节刺激胃肠蠕动,激活肠黏膜屏障功能。观察组术后24h开始流质饮食,通过食物刺激促进胃肠激素(如胃动素)分泌,加速排气和进食进程,进而缩短住院时间。此外,不留置鼻胃管减少了管路维护的操作负担(如冲洗、固定),使护理重点转向早期活动和营养支持^[5],这与ERAS“减少医疗干预、促进自然恢复”的核心思想一致。本研究中观察组平均住院时间缩短3.3

天,不仅降低患者经济负担,也提高了床位周转率。

鼻胃管带来的异物感、吞咽困难等不适,常导致患者焦虑、抑郁情绪。本研究中,观察组SAS、SDS评分显著低于对照组,说明去除鼻胃管这一应激源可显著改善心理状态。心理压力的缓解可能通过神经内分泌通路(如降低皮质醇水平)间接促进胃肠功能恢复,形成“心理-生理”良性循环。临床护理中,需关注患者对“无管化”的疑虑,术前通过健康教育(如讲解ERAS证据)增强其信心,术后及时评估腹胀、恶心等症状,避免因心理紧张放大不适感^[6]。

综上所述,腹腔镜全胃切除术后不留置鼻胃管可降低并发症发生率,加速患者功能恢复,改善心理状态,符合加速康复外科理念。基于本研究结果,腹腔镜全胃切除术后不留置鼻胃管是安全可行的,其核心在于:①严格把握适应症,排除幽门梗阻等需减压的情况;②术中必要时临时减压,避免胃内积气影响吻合;③术后加强监测(如腹胀评分、腹部体征),及时处理异常情况。临床可结合患者个体情况(如手术时长、吻合方式)制定个性化方案,进一步优化ERAS流程。

参考文献

- [1]袁海硕,靳君华.胰十二指肠切除术后鼻胃管留置的意义[J].中外医疗,2025,44(7):149-152.
- [2]胡凯利,周雁荣,李冰冰,等.鼻胃管留置对心脏大血管手术患者术后肺部并发症及预后的影响[J].中华护理杂志,2021,56(12):1778-1782.
- [3]孟金平,赵瑞.利多卡因鼻腔滴注联合勾头吞咽法用于喉癌术后患者鼻胃管留置[J].护理学杂志,2022,37(19):55-57.
- [4]汪凌飞.老年鼻咽喉部疾病患者行胃癌根治术后选择性留置胃管的循证护理[J].国际护理学杂志,2021,40(13):2466-2469.
- [5]黄艳,李青桃.留置鼻胃管对正颌手术患者术后营养指标及相关并发症的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(11):2020-2023.