

中晚期口腔癌手术患者胃管置入管理方法的改进

徐春¹, 王惠芬², 郑利媛¹, 叶三霞¹, 左宁玉¹, 刘迎春³, 戴欣怡³

摘要:目的 改进中晚期口腔癌手术患者胃管置入管理方法,提高术中置管率、术后一次置管成功率。方法 将 72 例中晚期口腔癌行手术治疗的患者按入院时间段分为对照组 42 例、观察组 30 例。对照组采取常规管理,观察组采取医护协作改进后的胃管置入流程。结果 观察组术中置管率、术后一次置管成功率显著高于对照组,置管后疼痛评分显著低于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。结论 实施改进后的胃管置入管理法有利于提高术中置管率和术后一次置管成功率,减轻患者术后置胃管的疼痛体验。

关键词:口腔癌; 中期; 晚期; 手术; 留置胃管; 流程改进; 疼痛控制

中图分类号:R472.3;R473.78 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.20.042

Optimizing management for gastric tube placement in patients with moderate-to-advanced stage oral cancer Xu Chun, Wang Huiifen, Zheng Liyuan, Ye Sanxia, Zuo Ningyu, Liu Yingchun, Dai Xinyi, Department of Head and Neck Surgery, Hubei Cancer Hospital, Wuhan 430079, China

Abstract: Objective To optimize management for gastric tube placement in patients undergoing surgical treatment for moderate-to-advanced stage oral cancer, and to enhance intraoperative placement rate and one-attempt success rate after the operation. **Methods** Seventy-two patients with moderate-to-advanced stage oral cancer were divided into a control group of 42 and an intervention group of 30 according to their admission time, receiving either routine management or optimized gastric tube placement process cooperated by surgeons and nurses. **Results** The intervention group had higher intraoperative placement rate and one-attempt success rate after the operation, as well as milder pain intensity compared with the control group ($P < 0.05, P < 0.01$). **Conclusion** The optimized management for gastric tube placement can not only enhance intraoperative placement rate and one-attempt success rate after the operation, but also alleviate pain experience of patients.

Key words: oral cancer; moderate stage; advanced stage; surgery; gastric tube placement; process improvement; pain control

口腔癌(Oral Carcinoma, OC)包括舌癌、颊癌、口底癌、牙龈癌、唇癌、腭癌、上颌窦癌、中央性颌骨癌等^[1]。中晚期口腔癌常见术式包括口腔癌联合根治术,原发灶扩大切除及淋巴结清扫后游离皮瓣移植术^[2-3]。为了促进切口愈合、预防感染,术后 1~2 周不能经口进食,需要留置胃管进行营养支持^[4-6]。因疾病的特性,常规留置胃管分为术中与术后 2 种方式。术中留置胃管为术者于术毕经鼻腔置入胃管;若术中留置胃管失败,或由于术者不同的手术习惯,或因患者不能按原治疗计划如期经口进食,通常需于术后次日置入胃管。但术后由于患者咽部水肿、伤口肿胀等引起咽腔狭窄,或是术后患者因伤口疼痛而导致胃管难以一次性置入,极大地增加了患者的痛苦和恐惧心理。鉴此,本课题小组于 2019 年开始对中晚期口腔癌手术患者常规留置胃管流程进行改进,经 2020 年应用于 30 例患者,效果良好,报告如下。

作者单位:湖北省肿瘤医院 1. 头颈外科 2. 护理部 3. 手术室(湖北武汉,430079)

徐春:女,硕士,副主任护师,科护士长

通信作者:王惠芬,1875129103@qq.com

科研项目:湖北省卫生健康委 2021~2022 年度面上项目(WJ2021M191)

收稿:2021-05-02;修回:2021-06-26

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象纳入标准:①年龄 18~70 岁;②经细胞学或组织学诊断为口腔癌,影像学等诊断属于中晚期(Ⅲ期、Ⅳ期),拟行口腔癌根治术及淋巴结清扫,或原发灶扩大切除术及淋巴结清扫后游离皮瓣移植术;③术后经胃管进行肠内营养;④知情同意,自愿参与本研究。排除标准:①并发其他肿瘤;②术后转入 ICU 者;③存在认知或心理障碍者。按上述标准共纳入患者 72 例,按时间段分组,将 2019 年 6~12 月入院的 42 例患者分为对照组,2020 年 6~12 月入院的 30 例患者分为观察组。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 胃管置入管理方法

对照组按常规方法进行胃管置入操作:①术前准备。由医生向患者及家属介绍口腔癌术式相关知识及术前准备,患者签署手术知情同意书。手术同意书说明术中可能会留置胃管。护士根据医嘱对患者进行围术期宣教及术前护理。②术中留置胃管。医生根据患者病情及手术方式进行预判,决定是否于术中留置胃管;若术中无留置,则于患者返回病房次日由医生下达医嘱、护士置入胃管。③术后次日置入胃管。遵置管、疼痛评估医嘱,运用 NRS 疼痛量表进行疼痛评估;若疼痛 < 3 分,按常规置入胃管;若疼痛评分 ≥ 3 分,护士按照常规置管流程对患者进行心理疏

导,指导患者深呼吸、放松后进行胃管置入;置管后再次进行疼痛评估。观察组采用改进方法,包括制订胃

管置入标准化流程,置管前风险评估,术后次日置管时疼痛控制等。具体如下。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	疾病(例)				临床分期(例)		手术方式(例)	
		男	女		舌癌	颊癌	口底癌	其他	Ⅲ期	Ⅳ期	根治术	扩大切除+皮瓣移植术
对照组	42	32	10	57.37±5.34	12	10	10	10	28	14	23	19
观察组	30	22	8	58.76±4.35	10	7	6	7	19	11	18	12
χ^2/t		0.076		1.174	0.248				0.086		0.196	
<i>P</i>		0.783		0.245	0.970				0.770		0.658	

1.2.1.1 成立医护协作管理小组,制订标准化流程

管理小组由 2 名医生、1 名麻醉师、3 名护士、护士长共 7 人组成;护士长担任组长。小组成员通过文献检索,分析中晚期口腔癌手术患者胃管置入的合适时机,针对常规方法存在的主要问题(术中置管与否缺乏标准,导致术后置管率过高;术后伤口疼痛不配合胃管置入致置管再后延等),参考相关文献^[1-3,7]制订“胃管置入流程”“胃管置入风险评估单(见图 1、样表 1)”“胃管置入知情同意书”,共同把控口腔癌手术患者留置胃管的合适时机。胃管置入知情同意书主要知晓内容为 3 项。①术前置胃管。口腔癌根治术通常情况下采取经鼻腔插管全身麻醉,术前置胃管一方面可能会给麻醉插管带来不便;另一方面会对手术视野造成影响,进而可能会影响手术方案。因此,医生和麻醉师不推荐术前置胃管。②术中置胃管。考虑到术前胃管置入对手术视野的影响,医生推荐在术毕麻醉插管拔管前置入胃管。此时患者尚在麻醉期,对疼痛不敏感,且尚未发生组织水肿,是胃管置入的恰当时机。③如果术中不能留置胃管,则在术后次日留置胃管,护士遵医嘱运用 NRS 疼痛量表对患者进行疼痛评估,结合患者意愿,医护协作有效控制疼痛后再行置管。

1.2.1.2 胃管置入流程实施 患者签署知情同意后,由护士进行置胃管风险评估,医生根据评估结果、患者病情及手术方式确定置管时间。若为术中置管,由医生与巡回护士核对后在术毕置入胃管,医生对术中置入胃管情况做出评价;若术中留置失败,或术毕由于伤口肿胀、出血过多引起的不能按原治疗计划需经口进食者,术后次日由医生下达置管、疼痛评估医嘱,护士对患者进行置管前宣教、疼痛评估。根据评估结果,对 NRS 疼痛评分 ≥ 3 分的患者,遵医嘱在置管前 30 min 给予双氯芬酸钠栓剂 25~50 mg 纳肛。胃管置入毕再次进行疼痛评估。

1.2.1.3 质量控制 加强过程环节控制,包括术前置胃管风险评估、评估结果报告、查看置管医嘱;手术备物中增加胃管,术毕巡回护士提醒术者留置胃管;术后及时遵医嘱置入胃管,详细记录等,由护士长(管理小组成员)进行专项检查,确保落实到位。

1.2.2 评价方法 ①统计术中置入胃管率;②术后

置入胃管及一次性置管成功率;③置入胃管前后疼痛评分。置入胃管前 30 min、置管毕采用 NRS 疼痛评分量表进行疼痛评分。

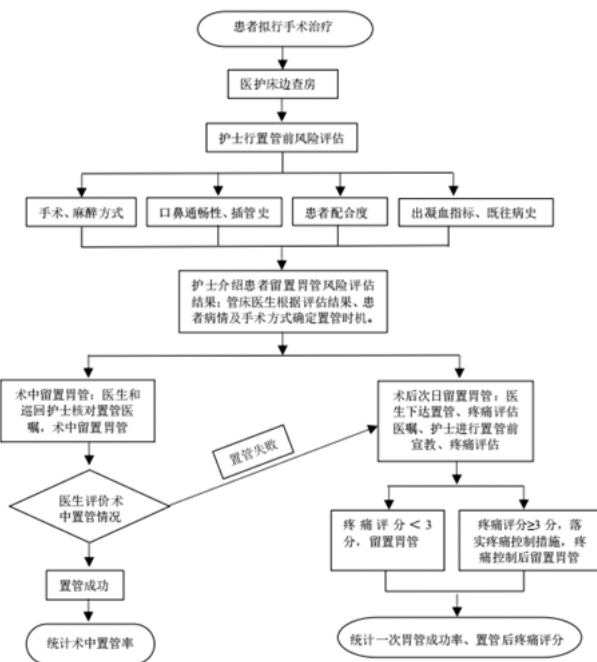


图 1 口腔癌手术患者胃管置入流程图

样表 1 口腔癌手术患者胃管置入风险评估单

病区: 床号: 姓名: 性别: 年龄: 住院号:

评估内容	是/否 (或描述)	与胃管置入 难度的关联性
1. 口鼻通畅性;口腔有无痰液聚集及痰痂形成,鼻腔有无息肉、出血、炎症和鼻中隔弯曲等		
2. 有无吞咽功能障碍		
3. 出凝血指标是否异常		
4. 有无心脏病史		
5. 手术是否需要气管插管		
6. 患者是否恐惧插管		
7. 手术方式、插管途径是否会触及伤口		
8. 留置胃管史,以往耐受程度		
9. 是否愿意配合		
建议胃管置入时机:		

1.2.3 统计学方法 采用 GraphPad 6.0 软件进行 *t* 检验、 χ^2 检验、Fisher 确切概率法。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组术中置管率及术后置管一次成功率比较见表2。

表2 两组术中置管率及术后置管一次成功率比较

组别	例数	术中置管		术后置管(例)	
		例数	例数	一次成功	多次成功
对照组	42	14	28	16	12
观察组	30	22	8	8	0
χ^2		11.200		—	
P		0.001		0.033*	

注：*为 Fisher 确切概率法。

2.2 两组置入胃管前后疼痛评分比较 见表3。

表3 两组置入胃管前后疼痛评分比较

组别	置管前		置管后	
	例数	评分($\bar{x} \pm s$)	例数	评分($\bar{x} \pm s$)
对照组	42	3.75±0.34	28	4.02±0.75
观察组	30	3.64±0.57	8	1.97±0.81
t		1.023		6.704
P		0.310		0.000

3 讨论

3.1 口腔癌手术患者胃管置入流程标准化的重要性

中晚期口腔癌术后患者,因口腔特殊的生理功能,及行原发灶扩大切除及淋巴结清扫后游离皮瓣移植、舌成形、气管切开等术后需头颈制动等引起的置管难度大,疼痛明显,加剧其恐惧心理^[8],与普通置胃管相比有很大的差异性,值得关注和探讨。在分析胃管置管成功率的原因时,单从护士操作技能层面不能完全解决这一临床问题。基于置管过程受主客观因素的影响,对胃管置入管理方法进行改进,通过医护协作管理模式^[9],医护双方以患者为中心,协同对置管时机的选择、置管时患者疼痛的控制,以及因疼痛不配合置管引起的护士心理压力等维度进行原因分析,结合临床实践,进行置管流程的改进,增加置管中各环节的质量控制,达到胃管置入时机的有效把控,及置管时疼痛的精细化管理,进而提升一次置管成功率,为患者提供了优质的诊疗护理服务。

3.2 术前置胃管风险评估有利于提升术中置管率
管理小组成立之前,胃管置入时机把控不严谨,除术中留置失败或不能按原治疗计划经口进食需次日留置胃管者,因中晚期口腔癌手术复杂,术者更多地关注手术本身而忽略术中留置胃管,导致术后置胃管率过高(达 66.67%),增加患者术后置入胃管的不适。管理小组成立后,护士进行术前胃管置管风险评估并将评估结果报告给医生,有助于医生选择胃管留置的最佳时机;且医生和巡回护士核对置管医嘱,术中留置胃管,减少了术中胃管漏置现象,保证了口腔癌患

者术中置管率。表2示,观察组术中置管率显著高于对照组($P < 0.01$),较好地证实了术前置胃管风险评估的必要性和效果。

3.3 胃管置入流程的改进有利于控制疼痛,提升术后一次置管成功率
术中未留置胃管的患者返回病房次日,对照组置管后疼痛评分为 4.02 ± 0.75 ,术后一次置管成功率为 57.14%;观察组置管后疼痛评分显著低于对照组、一次置管成功率显著高于对照组($P < 0.05, P < 0.01$)。分析原因为,术后次日患者局部伤口肿胀,置管难度增加;同时伤口疼痛,影响配合度,所以对照组置管后疼痛评分高、一次置管成功率低;而观察组采用改进后的胃管置入流程,对中重度疼痛患者应用非甾体类抗炎镇痛药物,既有效缓解疼痛,又避免局麻药对吞咽功能的影响,取得了患者较好的配合,从而提高了术后一次置管成功率。与赵淑兰^[10]的研究结果相符。

4 小结

本研究针对中晚期口腔癌手术患者胃管置入过程中的影响因素,制订胃管置入标准化流程、增加置管前的风险评估及置管过程中疼痛的控制,有效提升了术中置管率及术后一次置管成功率,缓解了患者留置胃管疼痛。本研究仅观察了临床指标,今后将扩大样本量、增加时间效益成本等指标检验和进一步完善本研究方案。

参考文献:

- [1] 黄彩霞,刘建军. 复尔凯经鼻胃管在口腔癌患者中的效果观察[J]. 中国保健营养(下旬刊), 2013, 23(10): 5803.
- [2] 叶慧铭,朱曼群. 口腔癌联合根治术后患者插胃管的护理体会[J]. 广东牙病防治, 2002, 10(2): 143-144.
- [3] 冯金洁,郭丽娟,王淑艳,等. 口腔癌患者术后胃管置入时机[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(6): 1419-1420.
- [4] 温玉明. 口腔颌面部肿瘤学: 现代理论与临床实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 562-582.
- [5] Wagner C. Nutritional management during treatment for head and neck cancer[J]. Memo, 2020, 13(6): 405-408.
- [6] Müller-Richter U, Betz C, Hartmann S, et al. Nutrition management for head and neck cancer patients improves clinical outcome and survival[J]. Nutr Res, 2017, 48: 1-8.
- [7] 王颖,杨雪柯,尹世玉,等. 风险管理策略在鼻胃管喂养护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2018, 33(18): 5-8.
- [8] 郭欢,毕小琴. 触摸喉结置胃管法在口腔癌术后患者中的应用[J]. 华西口腔医学杂志, 2016, 34(6): 617-619.
- [9] 徐春,满莹,陈凤,等. 胸外科构建医护一体化工作模式的实践及效果[J]. 护理学杂志, 2016, 31(8): 66-68.
- [10] 赵淑兰. 提高口腔癌术后插胃管成功率的研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2005, 26(2): 206-206.

(本文编辑 王菊香)