

洗 胃

【目的】

1. 清除毒物，凡吞服有毒药物的早期急需清除胃内毒物或刺激物，以减少吸收中毒。
2. 减轻胃粘膜水肿，防止急性胃扩张：如幽门梗阻病人，进食后常有潴留现象，通过胃灌洗，将胃内潴留食物吸出；亦可避免呕吐所致窒息或误吸造成肺部感染。
3. 为某些手术或检查作准备。

【适应证】

1. 清除胃内各种毒物。
2. 治疗完全或不完全性幽门梗阻。
3. 急、慢性胃扩张。

【禁忌证】

1. 丧失气道保护反应能力，如昏迷病人，除非建立了人工气道。
2. 强腐蚀性毒物，如强酸强碱中毒。
3. 肝硬化伴有食道胃底静脉曲张，近期有上消化道出血及胃穿孔。
4. 食道或贲门狭窄或阻塞。
5. 严重的脏器疾患，如心肺功能不全、胸主动脉瘤、严重的凝血障碍。

【物品及器材】

1. 准备物品：
 - (1) 洗胃包：洗胃盆、胃管、压舌板。
 - (2) 治疗盘：液状石蜡、弯盘、胶布、棉签、治疗巾、注射器、量杯、开口器、舌钳、牙垫、检验标本容器、听诊器。
2. 洗胃溶液：

常用的有生理盐水、温开水、2%~4%碳酸氢钠溶液，1: 5000 高锰酸钾溶液等。用量一般 2000~5000ml，中毒患者则需 10000ml 以上或更多。
3. 洗胃机（由控制台、溶液桶及污水桶组成）。
4. 心电监护仪。

【操作关键步骤】

1. 如果病人清醒，需向病人解释洗胃操作，获得其口头同意。也可向病人简要描述：在胃里放一根管子，以洗除毒药。
2. 备齐用物，有呕吐的病人，在洗胃前需确保有可靠功能的吸引装置。
3. 在昏迷无咽反射的病人在洗胃前需建立人工气道（经口或经鼻气管插管），并在牙齿间放置口咽通气道，防止病人恢复意识或抽搐时咬闭通气道。
4. 协助患者取斜坡卧位或左侧卧于床边。有活动假牙应先取出。测量好胃管插入的长度并标记。
5. 成人胃管为36~40G（法国）或30G（英国），外径约12~13.3mm；儿童约7.8~9.3mm；从发髻至剑突测量应插入深度，胃管前段涂液状石蜡，经口腔将胃管缓慢送入胃内，先抽尽胃内容物，必要时留标本送检验。一般不主张使用鼻胃管，因其冲洗效率不佳并可导

致严重的鼻粘膜损伤。

6. 在病人挣扎时不要使用暴力插管；可使用下列方法判断胃管是否到位（抽得胃液；或在胃管内注入空气，同时将听诊器放在剑突下胃区听诊，如可听到气过水声；行PH检验），一般实验室取血液和尿液送检而不需取胃液。
7. 自动洗胃机操作方法：
 - (1) 按常规方法插入胃管。
 - (2) 将配好的胃灌洗液放入塑料桶（或玻璃瓶）内。将3根橡胶管分别与洗胃机的药管、胃管和污水管口连接。将药管的另一端放入灌洗液桶内（管口必须在液面以下），污水管的另一端放入空塑料桶（或玻璃瓶）内。胃管的一端和病员洗胃管相连接。调节好药量大小。
 - (3) 接通电源后按“手吸”键，吸出胃内容物，再按“自动”键，机器即开始对胃进行自动冲洗。冲洗干净后停机。洗胃过程中，如发现有食物堵塞管道，水流缓慢、不流或发生故障，可交替按“手冲”和“手吸”两键，重复冲吸数次直到管道通畅后，再将胃内存留液体吸出。胃内液体吸净后，再按“自动”键，自动洗胃即继续进行。
8. 成人洗胃灌注量为300~500ml，最好为38℃温水或生理盐水；儿童使用10ml/kg的液量；洗出液量约与灌入量相当。温水避免造成低体温风险；在儿童尽量避免使用清水，因可导致低钠血症及水中毒。
9. 整理用物并消毒，记录灌洗液及洗出液总量及性质。

【注意事项】

1. 对于一些服毒患者，如果病人神志清醒，能够配合，应从速采用口服催吐法，减少毒物吸收。
2. 按医疗程序在洗胃前让患者或监护人签字。
3. 严格把握洗胃适应证，有洗胃绝对或者相对禁忌证的，要严格按规范操作，避免洗胃并发症。插管时动作要轻快，切勿损伤食道及误入气管。
4. 昏迷病人洗胃时，采用去枕平卧，头偏向一侧，防止误吸，引起窒息及吸入性肺炎。
5. 洗胃注意病人的配合，对与神智不清不配合的病人要妥善固定胃管。固定不当时，病人有可能咬住或咬断胃管。
6. 用洗胃机之前要检查压力及进出胃水的液体量，应保持吸引器通畅，不漏气，压力适中。
7. 为幽门梗阻病人洗胃时，要记录胃内潴留量，以了解梗阻情况，供临床输液参考。
8. 用自动洗胃机洗胃，使用前必须接妥地线，以防触电，并检查机器各管道衔接是否正确，接口及运转是否正常。打开控制台上的按钮向胃内注入洗胃液的同时观察正压表（一般压力不超过40kPa），并观察洗胃液的出入量。如有水流不畅，进、出液量相差较大，可交替按“手冲”和“手吸”两键；进行调整。用毕及时清洗。

【并发症】

1. 吸入性肺炎，尤其在无气道保护（如气管插管）的意识丧失病人。
2. 喉痉挛，尤其在半清醒状态下的病人。
3. 伴有 PaO_2 的下降，可从 95 ± 13 降至 $80\pm19\text{mmHg}$ ，在清醒病人更为明显。
4. 心率加快、心律失常，偶有ST抬高。
5. 可有食道、消化道穿孔的报道。
6. 有低钠血症及水中毒的发生，多见于儿童。
7. 结膜出血，见于洗胃过程不配合患者。
8. 张力性气胸及活性碳脓胸亦有见报道。

【临床经验】

1. 吞入腐蚀性毒物（如强酸、强碱），新近上消化道出血，食管或贲门狭窄或梗阻，主动脉瘤患者，均禁忌洗胃。
2. 当中毒性质不明时，应抽出胃内容物送验，洗胃液可选用温开水或等渗盐水，待毒物性质明确后，再采用对抗剂洗胃。强腐蚀性毒物中毒时，禁止洗胃，并按医嘱给予药物及物理性对抗剂，如牛奶、蛋清、米汤、豆浆等保护胃粘膜。
3. 每次灌入量以 300ml~500ml 为限。如灌入量过多，有导致液体从口鼻腔内涌出而引起窒息的危险，并可使胃内压上升，增加毒物吸收；亦可引起迷走神经兴奋，导致反射性心跳骤停。心肺疾病患者，更应慎重。
4. 洗胃过程中，如有阻碍、疼痛、流出液有较多鲜血或出现休克现象，应立即停止施行洗胃。洗胃过程中随时观察患者呼吸，血压，脉搏的变化，并做好详细记录。
5. 幽门梗阻患者洗胃，须记录胃内滞留量（如洗胃液 2000ml，洗出液为 2500ml，则胃内滞留量为 500ml）。服毒患者洗胃后，可酌情注入 50% 硫酸镁 30~50ml 或 25% 硫酸钠 30~60ml 导泻。