2001,17(2):131～132.
[11]施兆银.手术室整体护理的实施及体会[J].工企医刊,2001,14(2):72～73.
[12]区 丽.术中护理在手术室的实施及体会[J].华夏医学,2000,13(5):632～633.
[13]朱建丽,王 蓓,卢 映,等.手术室开展整体护理的初步实践[J].天津护理,2000,8(5):258～259.
[14]奚晶晶.浅谈护理程序在手术室的实施[J].天津护理,2000,8(4):195～196.
[15]杨晓莹,吴元琼,胡正洁.手术室实施整体护理存在的问题及对策[J].黑龙江护理杂志,2000,6(10):50～51.
[16]钟桂芳.影响手术室整体护理开展的因素及措施[J].现代中西医结合杂志,2000,16(8):1616.
[17]谢 卫.巡回护士在整体护理中的角色功能[J].九江医学,2000,15(1):54～55.
[18]刘志荣.组长在手术室管理中的作用[J].解放军护理杂志,2003,29(5):94.

(本文编辑:仇瑶琴)

置入胃管法的进展

万 荣
(解放军第532医院 护理部,安徽 黄山 245041)

摘要:为提高置入胃管的一次成功率,综述了1998年以来临床常用的一些置管方法。主要介绍了刺激置管法、气管切开置管法、支撑辅助置管法、给药后置管法、舌后坠置管法、不同体位置管法和引导下置管法。

关键词:置入胃管;护理进展
中图分类号:R472.9 **文献标识码**:A **文章编号**:1008-9993(2004)02-0041-02

置入胃管是临床常用的基础护理操作技术,但由于患者个体差异大,置管异常的现象屡见不鲜。近年来,为提高置管的一次成功率,置管的技术和手段不断创新。现将置入胃管的方法综述如下:

1 刺激置管法

陈健春[1]认为将胃管插入15 cm时,先用一些刺激手段使患者产生吞咽反射,在患者吞咽时喉头上提的一瞬间迅速送入胃管10 cm,然后徐徐插入预定长度。满建英[2]提出常规置管达咽部时,嘱患者饮温开水100～150 ml,同时术者随患者吞咽动作迅速将胃管送入胃内。但此法对消化道穿孔、肠梗阻、诊断不明的腹痛、腹部外伤、昏迷无吞咽反射者禁用。

2 气管切开置管法

王春芝[3]认为气管切开患者,在胃管达咽喉部以下2～3 cm(气管切开部位)时,助手将气管套管轻轻外拔0.5～1.0 cm,操作者顺势将胃管向下插入,待胃管通过气管切开部位后,助手再将气管套管放回原位,操作者继续按常规法置入胃管。王洪筱等[4]提出气管切开患者取平卧位,插至口咽部,感到有阻力时再垫高肩部,使头后仰,继续插入至所需长度。苏素等[5,6]提出气管切开患者取平卧位或头下垫一软枕,保持头、颈、躯干在同一水平线上,当胃管置入16～18 cm感阻力增加时由助手拔出气管套管0.5～1.0 cm,操作者将胃管顺势插入,待胃管通过气管切开部位后再将气管套管返回原位,操作者继续将胃管插入胃内。

3 支撑辅助置管法

范建群等[7]提出将插入螺纹管的胃管从鼻腔插入,沿鼻中隔向后上轻轻推行,待胃管进入14～16 cm时稍停顿,缓慢插入,无不适则用手轻柔快速地将胃管推送至食管,插至所需长度后固定,证实在胃内后从胃管末端缓慢将螺纹管拔出。聂林华等[8]认为将介入导丝插入胃管后,对胃管能起到良好的支撑作用,使胃管易于通过食管狭窄处。

4 给药后置管法

周平[9]报道在麻醉前给药(盐酸哌替啶、氟哌啶)镇静后置管,可消除患者对手术及胃管置入的恐惧心理,利于情绪稳定,且有较强的抗吐作用,易获成功,同时适量的盐酸哌替啶、氟哌啶能使患者对外界反应淡漠,但意识存在,利于胃管吞咽配合。蔡洁等[10]报道置管前3～5 min沿鼻前庭环行滴入盐酸利多卡因胶浆0.6～0.8 ml,待患者诉鼻咽部有麻木感即可插管,插管至15 cm时,嘱患者配合作吞咽动作,插管至食道3个狭窄处时,速度稍慢。

5 舌后坠置管法

徐亚金[11]报道采用侧卧位常规置管,当胃管插入口咽部(12～14 cm)遇有阻力时,助手用舌钳将患者舌头拉出,术者即可将胃管顺利插入。汪金美[12]认为患者仰卧,当胃管插至口咽部时,术者左手托起患者下颌,使其头呈后仰状态,右手持胃管自口腔插入所需长度。

6 不同体位置管法

朱玉红等[13]对采用端坐位、半卧位、仰卧位的300例患者进行观察,结果端坐时一次插管成功率较高,且患者反应最轻,需时最短。张金华[14]报道将双枕直接放于患者头下,使其下颌尽量贴近胸骨柄,双手交替快速插管,此法可使躁动患者的头部固定,方便护士1人操作。但脑干损伤的患者禁用此法。

7 引导下置管法

宋丽娟[15]报道对昏迷患者,可采用胃镜引导下置管,患者取左侧屈膝卧位,术者将胃管前端用棉线系紧,棉线的另

收稿日期:2003-03-21;**修回日期**:2003-10-23
作者简介:万 荣(1965-),女,安徽合肥人,副主任护师,本科,主要从事护理管理和临床护理工作.

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

一头则系在胃镜前端,在胃镜冷光源照射下,见患者吸气时立刻进镜使胃管同时进入胃内,然后从胃镜活检通道伸入剪线剪,剪断棉线即可。杨燕等[16]报道应用气管导管引导插胃管,方法是先将气管导管插入食管后,将胃管插入气管导管腔内,沿气管导管向前推进约 60 cm。一边用左手向外拔出气管导管,一边用右手向前推进胃管,使胃管达所需长度。林志萍[17]采用鼻咽通气管协助插胃管,方法是用液体石蜡油润滑整根鼻咽通气管,待鼻咽通气管插入食管后,将胃管插入鼻咽通气管内,按一般胃管插入法置入胃管至所需长度,证实胃管在胃内后,慢慢退出鼻咽通气管。李兵发等[18]尝试了利用引导钢丝辅助营养胃管置入,一次性插管成功率为 96 %。

综上所述,置管前应根据患者病情的需要,选择不同的置管方法,才能提高置管的成功率。但个别差异较大的患者,采用何种方法置管尚有待于进一步的探讨。

[参考文献]

[1]陈健春. 昏迷病人插管方法探讨[J]. 广西医科大学学报,1998,15(3):138.

[2]满建英. 改良法胃管置入 100 例报告[J]. 黑龙江护理杂志,1999,5(7):3.

[3]王春芝. 气管切开伴意识障碍病人的胃管安置[J]. 实用护理杂志,1999,15(1):14.

[4]王洪筱,滕中华,夏　纯. 气管切开伴意识障碍病人的胃管安置[J]. 中华护理杂志,2001,36(2):89.

[5]苏　素,王　青,王美婷,等. 气管切开病人胃管置入的改进[J]. 护理学杂志,2000,15(1):61.

[6]苏　素,王　青,朱玉民. 重型颅脑损伤气管切开病人水平卧位胃管置入法[J]. 中华护理杂志,2001,36(2):160.

[7]范建群,白姣姣. 特殊病例插胃管的方法[J]. 护士进修杂志,1998,13(6):5.

[8]聂林华,彭贵祖. 导丝辅助与常规方法放置鼻胃管对比观察[J]. 实用护理杂志,1999,15(12):37.

[9]周　平. 给药镇静后插胃管的临床研究[J]. 实用护理杂志,1999,15(6):37.

[10]蔡　洁,林世红,乔丽珍,等. 常规插胃管技术进行改良的临床应用[J]. 护士进修杂志,2002,8(17):628.

[11]徐亚金. 舌后坠病人插胃管方法探讨[J]. 中华护理杂志,1999,34(5):308.

[12]汪金美. 也谈深昏迷并舌根后坠病人插胃管法[J]. 山西护理杂志,1999,13(1):41.

[13]朱玉红,白清芬. 不同体位留置胃管的临床观察[J]. 护理研究,2000,14(2):81.

[14]张金华. 双枕垫头快速插胃管在重型颅脑损伤病人中的应用[J]. 实用护理杂志,2000,16(4):36.

[15]宋丽娟. 一例昏迷患者在胃镜引导下插胃管的体会[J]. 现代护理杂志,2001,7(6):62.

[16]杨　燕,仲秀荣,于荣英. 应用气管导管引插胃管的方法[J]. 中华护理杂志,2001,36(9):707.

[17]林志萍. 用鼻咽通气管协助插胃管[J]. 中华护理杂志,2001,36(10):783.

[18]李兵发,唐春炫. 介绍一种利用引导钢丝辅助营养胃管置入法[J]. 解放军护理杂志,2003,20(3):10.

(本文编辑:仇瑶琴)

手术粘贴巾的新用途

手术粘贴巾具有透明、透气、防水、防过敏等特点,主要用于保护手术切口免受细菌污染。但在实际工作中,我们发现还可以用于以下几个方面,临床使用证明,操作简单,效果优越。

1　用于气管导管的固定　以往颌面部的手术气管导管用胶布固定于面部一侧,留有胶布痕迹,还有皮肤对胶布过敏者反映较强烈。且由于消毒剂的作用,胶布潮湿松动而发生气管导管固定不稳定,有发生脱出的危险,为此,我们采用 2 条 2 cm ×2 cm 粘贴巾固定导管,再覆盖 5 cm ×4 cm 的粘贴巾,因其有较强的防水、防过敏特点,固定良好,消毒彻底,使用方便,在临床上很受欢迎。

2　固定硬膜外管　现代医学可达到无痛的要求,硬膜外止痛泵是其方法之一。以往用胶布固定硬膜外管,但潮湿和体位的改变,使管固定不牢,移位和脱出,导致止痛效果不满意或失败,且有引起感染的可能。我们改用一条长 20～25 cm,宽为 5 cm 的粘贴巾固定硬膜外管,既无菌又防潮,确保了硬膜外管的牢靠。

3　巧堵细吸引器头的侧孔　在脑外科、骨科等手术中必须使用细吸引器头以便及时吸引出手术部位的出血及冲洗的液体。目前,我们应用的细吸引器头均有一侧孔,吸引时,需要手指堵住此孔,才能保证吸引效果,不用时,吸引器会有噪声,尤其是遇深部组织吸引时堵侧孔的手就影响操作。为此手术开始前我们用剪刀剪约 1.5 cm 的无菌粘贴巾一块,贴于细吸管器头侧孔。既利于术中操作,又减小了噪声,保证了吸引效果。多余的粘贴巾放于无菌贮槽内备用。

4　保护手术切口邻近的皮肤　以往头枕部手术时,多用棉球塞入耳道,防止消毒剂烧坏耳膜。但是随着手术的进行,血液、冲洗液会流入耳道,引起中耳炎等一些并发症。另外,颌面部手术时,消毒剂对眼睛有刺激作用,可致角膜上皮细胞损害脱落。为此,术前我们用一大小适宜的粘贴巾贴于耳廓、眼部,既保证了手术消毒彻底,又防止了并发症的发生。注意粘贴巾要紧贴皮肤不留空隙。

5　覆盖穿刺点　以往动、静脉穿刺后使用无菌小纱布和多条胶布固定,操作繁琐,且胶布被血或液体浸湿后容易脱落、污染和留有胶布痕迹。用 5 cm ×5 cm 大小的粘贴巾覆盖穿刺点,既无菌又防潮,且操作简单,固定牢靠,为保证无菌,粘贴巾应在无菌操作下剪好备用。

6　固定管道、线路　术中吸引管,电刀线可用 10 cm ×10 cm 的粘贴巾固定在手术单上,可避免布巾钳穿刺手术单的固定法,从而保证了手术的无菌整洁。

(作者单位:何雪英,解放军第 252 医院 护理部,河北 保定 071000)

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net