DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.01.032

高位胆管空肠内引流术。通过狭窄胆管切开，不仅解除了狭窄，并可通过胆管的开口，在直视下或胆道镜辅助下尽量取石。

参考文献：

[1] 黄志强. 应重视肝内胆管结石的诊断和治疗研究[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(2): 65—66.
[2] Jan Y Y, Chen M F, Wang C S, *et al*. Surgical treatment of hepatolithiasis: long-term results[J]. Surgery, 1996, 120(3): 509—514.
[3] Kusano T, Isa T T, Muto Y, *et al*. Long-term results of hepaticojejunostomy for hepatolithiasis[J]. Am Surg, 2001, 67(5): 442—446.
[4] 黄志强, 刘永雄. 肝内胆管结石的外科治疗[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(3): 140—144.
[5] Hung C J, Lin P W. Role of right hepatic lobectomy in the treatment of isolated right-sided hepatolithiasis[J]. Surgery, 1997, 121(2): 130—134.
[6] Chen M F, Jan Y Y, Wang C S, *et al*. Role of hepatic resection in surgery for bilateral intrahepatic stones[J]. Br J Surg, 1997, 84(9): 1229—1232.
[7] Otani K, Shimizu S, Chijiiwa K, *et al*. Comparison of treatments for hepatolithiasis: hepatic resection versus cholangioscopic lithotomy[J]. J Am Coll Surg, 1999, 189(2): 177—182.
[8] Huis M, Balija M, Szerda F, *et al*. Biliary duct reoperations[J]. Acta Med Croatica, 1999, 53(3): 153—156.
[9] Uchiyama K, Onishi H, Tani M, *et al*. Indication and procedure for treatment of hepatolithiasis[J]. Arch Surg, 2002, 137(2): 149—153.
[10] Jeng K S. Treatment of intrahepatic biliary stricture associated with hepatolithiasis[J]. Hepatogastroenterology, 1997, 44(14): 342—351.

（编辑 张大春）

文章编号：1000-5404(2004)01-0083-02

个案与短篇

置胃管失败的原因分析与对策

Analysis of the causes of failure in putting stomach tube and the countermeasures

陈显春，封 悦，杨 英，宋 爽 （第三军医大学西南医院乳腺疾病中心，重庆 400038）

置胃管是临床常用的护理技术操作，但也是一种侵袭性操作，置胃管失败的现象时有发生，为提高一次性置胃管成功率，保证置入胃管的有效性，现将置胃管失败的原因分析及对策报告如下。

1 临床资料

本组病人共 100 例，其中男 62 例，女 38 例，年龄 7～89 岁，平均 59 岁，主要诊断为急性肠梗阻、急性腹膜炎、肠瘘、胃癌、大肠癌等。置胃管失败情况见表 1。

表 1 100 例置胃管中失败情况

置胃管失败类型	例 数	发生率(%)
拒绝置胃管	9	9
胃管在食道内	6	6
胃管无法置入	2	2
胃管在气管内	1	1

2 置管失败的原因分析

2.1 病人方面

2.1.1 恐惧心理导致拒绝置胃管 置胃管是一种侵袭性操作，当胃管通过咽喉部时刺激分布在咽喉上的神经末梢，使病人出现痛苦体验。无论是初次体验还是再次体验置胃管者，均有拒绝置胃管现象，本组有 9 例病人拒绝置胃管。对本组病人发放问卷调查表 100 份，回收 90 份，有效答卷 84 份。本组有 61.90%(52/84)的病人见到胃管感到紧张，25.00%(21/84)的病人见到胃管感到恐惧，只有 13.10%(11/84)病人见到胃管无所谓。因此，紧张、恐惧心理是导致病人拒绝置胃管的主要原因。

2.1.2 配合不好导致置管不顺利 病人正确配合是保证置管顺利的前提之一。紧张、恐惧心理导致置胃管时咽喉部肌肉收缩，胃管不易通过咽喉部进入食道；同时，病人对痛苦体验的敏感性增加，容易出现恶心、咽喉部疼痛导致配合不好，也影响胃管的置入。本组病人在置胃管过程中，出现流泪现象占 90.48%(76/84)，恶心占 57.14%(48/84)，咽喉部疼痛占 40.48%(34/84)，没有特别感觉占 3.57%(13/84)。有 2 例病人因咽喉部肌肉收缩、紧闭使胃管无法置入，经鼻咽喉镜检查证实并协助置入。

2.1.3 体位的影响 置胃管常用的体位是平卧位、半卧位、坐位。本组病人一次置胃管成功率分别为平卧位 54.76%(65/84)，半卧位 77.38%(46/84)，坐位 44.05%(37/84)。因此，体位对胃管的置入也有一定影响。

2.2 护士方面

2.2.1 交流技巧 置胃管前，如何有的放矢地向病人强调置胃管的目的与意义是值得护士思考的问题。热情、耐心、重点突破的解释会赢得病人的信任和配合。泛泛而谈、无足轻重的交流不能引起病人的重视甚至拒置胃管。

2.2.2 置管经验 虽然置胃管是常用的护理技术操作，但要提高一次性置管成功率，仍然需要临床实践经验的积累。如

（下转 86 页）

作者简介：陈显春(1964—)，女，四川省邛崃市人，副主任护师，主要从事临床护理方面的研究，发表论文 18 篇。电话：(023)68754000-73075
收稿日期：2003-02-24；修回日期：2003-07-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

的污染分子。因此，可以认为，第一次回收的产物中不仅含有小于目的片段的DNA分子，而且也含有大于目的片段的DNA分子，只是后者远未达到肉眼可见的程度。归纳起来即是：琼脂糖凝胶电泳对不同大小DNA片段分离的有效性（即电泳分离得到的目的DNA分子的纯度）是一个相对概念，难以达到100%的纯度。

关键词：DNA；琼脂糖凝胶电泳；回收
中图法分类号：Q781 文献标识码：B

参考文献：

[1] 高凌云，陈一峰，李一伟. 琼脂糖凝胶电泳法的探讨[J]. 福建医科大学学报，2001，35(1)：93.
[2] J. 萨姆布鲁克，E. F. 弗里奇，T. 曼尼阿蒂斯，著，金冬雁，黎孟枫，等 译. 分子克隆实验指南[M]. 第2版. 北京：科学出版社，1996. 304－306.
[3] Duro G，Izzo V，Barbieri R. Methods for recovering nucleic acid fragments from agarose gels[J]. J Chromatograph，1993，618(1-2)：95－104.
[4] Sigmon J，Larcom L L. The effect of ethidium bromide on mobility of DNA fragments in agarose gel electrophoresis[J]. Electrophoresis，1996，17(10)：1524－1527.
[5] Wang M，Lai E. Pulsed field separation of large supercoiled and open-circular DNAs and its application to bacterial artificial chromosome cloning[J]. Electrophoresis，1995，16(1)：1－7.

（编辑 陈聪连）

（上接83页）

怎样使胃管从鼻咽部顺利进入食道，怎样确定置入胃管的长度，如何判断胃管进入胃内，都需要临床经验。本组病人中有6例胃管在食道内，在手术中调整到位或在胃肠减压期间无胃液引流出而进行调整有效；1例胃管在气管内，在麻醉时进行气管插管发现；这都与置管经验不足有关。

2.2.3 置管技巧的掌握 目前临床使用的透明胃管绝大多数由高分子材料制成，具有一定的韧性，又是盘旋包装，因此取出来使用时一般都有一定的弧度，置胃管时如果掌握不好方向，盲目从鼻腔内插入，会使胃管不容易进入咽喉部而增加了病人的痛苦体验。置管过程中，快速、慢速、深吸气、吞咽动作运用时机不当，分寸掌握不够，也会导致置管失败。

3 对策

3.1 置胃管前认真对病人进行评估

置胃管前应认真查阅病人情况，如性别、年龄、文化程度、职业、诊断、病情，了解体验史、心理状态以及对置胃管的反应。从临床观察的情况看，男性病人对置胃管的耐受性好于女性病人，老年病人对置胃管的耐受性好于中青年病人。针对病人对置胃管所持的不同态度，问题而采取个体化措施。

3.2 耐心进行心理疏导，进行有效的健康交流

从一个健康人成为一个身体有疾患的人，必然导致心理的改变甚至出现一些心理问题，再看到又长又粗的胃管要从鼻腔插入胃内，容易产生紧张、恐惧心理而拒绝治疗，因此，在置胃管前，护士必须根据不同性别、年龄、心理问题耐心对病人进行个体化的心理疏导，也可让有过轻松体验的病人进行现身说法，以减轻紧张、恐惧心理。在对本组病人的问卷调查中，92.60%的病人认为护士在置胃管前很有必要给予鼓励和安慰，这会缓解他们的紧张情绪，增强他们战胜疾病的信心。强调置胃管的目的与意义，加强对置胃管重要性的认识，有助于病人的配合。

3.3 正确卧位

体位对胃管能否顺利置入有一定影响，护理操作常规对置胃管采取的体位并未作规定，因此，病人可以采取任何体位，但提倡半卧位，即床头摇高45°，头部自然靠枕，从临床观察的结果来看，半卧位一次置管成功率比其它体位高，主要是半卧位和平卧位相比，前者更有利于吞咽和深呼吸，半卧位和坐位相比，前者更能使病人处于自然、放松状态，且在经受痛苦体验时，头部位置不易变动。

3.4 掌握置管技巧

置管技巧掌握得好就能提高一次性插管成功率，应从以下几点着手。

若为手术前置胃管，最好在麻醉前给药5 min后达到中等镇静时（浅睡眠，呼之易醒）置管[1]，可明显减轻置胃管的痛苦反应而容易成功，因适量麻醉前用药可降低病人对置管的敏感性，从而消除恐惧心理，有利于病人配合。

置胃管前让病人从吸管吸入液体石蜡油20 ml，再从鼻腔滴入5滴，以润滑咽喉部及食道，减少胃管对组织的刺激。

当确定了胃管长度时，一般采用快速插胃管法或饮水法[2]，即嘱病人深吸气、吞咽，操作者迅速插入胃管15 cm，休息片刻后，再慢速下行到既定长度。

判断胃管是否进入胃内很重要。本组有1例病人采取胃管末端放入水内的检验方法，操作者因未见气泡逸出，病人也不咳嗽，因此判断胃管就在胃内，结果是在气管内；另外在胃较空虚、胃液较少的情况下，向胃管内注入空气，也不容易听见气过水声，所以最可靠的检验方法还是抽取胃液。但要注意鉴别抽出的是胃液还是唾液，在置胃管过程中，刺激可诱发唾液分泌，当胃管经过食道3个狭窄盘旋在食道时就可抽出唾液，误认为是胃液而判断胃管在胃内，其实在食道内，本组就有6例。有时胃管已经到达胃内，但不易抽出胃液，这就需要变换体位，右侧卧位较其它体位容易抽出胃液[3]，主要是右侧卧位时，胃底层面积小，胃液面高出胃管开口端，胃液才很快被抽出。

关键词：置胃管；失败原因；对策
中图法分类号：R473.5 文献标识码：B

参考文献：

[1] 周 平，曹瀚中，陈桂英，等. 给药镇静后插胃管的临床研究[J]. 实用护理杂志，1999，15(6)：37.
[2] 彭雪娟. 留置胃管的护理研究进展[J]. 中华护理杂志，2001，36(7)：532－533.
[3] 刘荣娟. 空腹侧卧位放置胃管抽取胃液的效果[J]. 实用护理杂志，2002，18(7)：32.

（编辑 张大春）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net