

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.17.027

交替灌肠法在小儿先天性巨结肠术前肠道准备中的应用研究*

彭先美, 纪建波, 冯 燕, 劳景茂

(广西壮族自治区钦州市第一人民医院护理部)

摘要:目的 探讨小儿先天性巨结肠(HD)术前肠道准备中应用交替灌肠法的临床效果。方法 将该院收治的 HD 患儿 60 例分为实验组和对照组,各 30 例。实验组应用交替灌肠法,对照组使用传统灌洗法。比较 2 组患儿灌肠难度、痛苦程度、住院费用、并发症发生率、肠道清洁程度、护理满意度。结果 实验组患儿灌肠难度、痛苦程度、住院费用、并发症发生率低于对照组,满意度高于对照组,肠道清洁度优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采用交替灌肠法能降低灌肠难度,减轻患儿痛苦、清洁肠道效果好,降低并发症发生率,减轻经济负担,减少临床工作量,促进护患关系和谐,值得临床推广。

关键词:交替灌肠法; 先天性巨结肠; 肠道准备**中图分类号:**R726**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2018)17-2614-02

先天性巨结肠(HD)又称“肠管无神经节细胞症”,是先天性消化系统发育畸形,患儿病变肠管段狭窄痉挛,引起低位梗阻或功能性便秘,促使近端肠管增厚增粗。根治 HD 术前肠道准备是回流灌肠,灌肠质量直接影响手术效果^[1]。影响灌肠质量主要包括灌肠方法、灌肠量、灌肠时间,临床治疗在传统灌肠基础上,增加灌肠时间或灌肠量,能提高治疗效果。现对 HD 患儿清洁灌肠采用交替灌肠法,效果满意。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2017 年 8 月该院小儿外科 HD 患儿 60 例,男 36 例,女 24 例,年龄 4 个月至 7 岁,平均年龄(2.58 ± 1.27)岁。包括 40 例常见型,11 例短段型,9 例长段型。按单双号分为实验组和对照组,各 30 例,2 组患儿的性别、年龄、病程、病情等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 灌肠方法

1.2.1 传统灌肠法 对照组患儿解净小便,取平卧位,臀部置于便盆沿上,两腿分开,40℃生理盐水 100 mL,肛管插入导管。一人轻柔按摩腹部,另一人用注射器将生理盐水注入肠腔,然后再吸出,如此反复操作,直至回流液变清为止,每天灌肠 1 次。术前 1 d 给予禁食,灌肠期间均给予半流质饮食。

1.2.2 交替灌肠法 实验组患儿第 1 天采用 10 mL 50%硫酸镁(江西省南昌市郊扬子洲, H20093036)+10 mL 开塞露(广东恒健制药有限公司, 140634)+500 mL 40℃的生理盐水(广西裕源药业有限公司, R14101904)挂于输液架上,生理盐水消毒瓶口后按输液法插上输液管,排气,弃去远端头皮针备用^[2]。选择适中的 10~16 号吸痰管或 12~16 号胃管,采用石蜡油(南昌白云药业有限公司, 140634)润滑导管,分开患儿两臀,吸痰管轻柔插入肛门,缓慢旋转向前推

进,插过狭窄处时有明显突破感,排出大量积气和积粪。轻柔按摩腹部 2 min,排出气体或粪便后,输液管连接灌洗导管,使盐水流入肠道,达到预定量时,旋紧输液器开关,旋转轻揉按摩腹部,稍加压力,盐水与粪便充分稀释,利用静水压力差快速排出粪水。如此反复操作,直至排出液澄清为止,第 2 天用生理盐水灌洗,第 3 天又采取硫酸镁、开塞露、盐水混合液灌肠,由此交替进行回流灌洗。

1.3 疗效观察 观察 2 组患儿痛苦程度、灌肠难度、肠道清洁程度、并发症发生率、住院费用、护理满意度。(1)肠道清洁度标准^[3]:“优”表示肠道内黏膜清晰、无水肿、无粪渣;“良”表示黏膜清晰,少量粪渣;“差”表示黏膜水肿且有少量成形粪便。(2)痛苦程度参照 WHO 疼痛分级标准:0 级表示无痛或稍感不适;I 级表示轻微疼痛可忍受;II 级表示明显疼痛,但可忍受;III 级表示剧烈疼痛,需药物控制。(3)护理满意度:采用问卷调查形式,分为“非常满意”“一般满意”“不满意”,满意率=(非常满意+一般满意)/总例数。

1.4 统计学处理 采用 SPSS11.5 统计软件进行数据分析,计数资料以例数或百分率表示,组间比较使用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较应用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患儿灌肠难度和痛苦程度结果比较 实验组灌肠难度、痛苦程度、平均住院费用低于对照组,护理满意度高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患儿洗肠清洁度结果比较 实验组肠道清洁度优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患儿并发症发生率结果比较 实验组肛周皮肤红肿、小肠结肠炎、伤口感染等并发症少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

* 基金项目:广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研课题(Z 2015288)。

表 1 2 组患儿灌肠难度和痛苦程度结果比较

组别	例数(n)	灌肠难度($\bar{x}\pm s$)	痛苦程度($\bar{x}\pm s$)	平均住院费用[($\bar{x}\pm s$)元]	满意度[n(%)]
实验组	30	16.26±4.29	10.46±1.13	16 728.22±152.41	29(96.67)
对照组	30	38.11±5.33	15.05±1.96	21 557.18±236.73	23(76.67)
t		22.451	11.112	23.499	5.192
P		<0.001	<0.001	<0.001	0.023

表 2 2 组患儿术中洗肠清洁度结果比较[n(%)]

组别	例数(n)	优	良	差
实验组	30	24(80.00)	6(20.00)	0(0.00)
对照组	30	16(53.33)	10(33.33)	4(13.33)
t		4.800	1.364	4.286
P		0.028	0.243	0.038

表 3 3 组患儿并发症发生率结果比较[n(%)]

组别	例数(n)	肛周皮肤红肿	小肠结肠炎	伤口感染	总发生率
实验组	30	2(6.66)	3(10.00)	0(0.00)	5(16.67)
对照组	30	4(13.33)	7(23.33)	1(3.33)	13(43.33)
t		0.741	5.292	1.017	5.079
P		0.389	0.021	0.313	0.024

3 讨论

传统的灌肠方法是肠腔插入肛管,生理盐水采用注射器抽取,肛管连接注射器,推入肠道内,再抽出粪水,如此反复操作,经常喷出粪水,污染操作环境和医护人员;导管插入不足一定深度,则液体只进不出,体内存在大量液体,引起水中毒等并发症^[4]。推注用力过小,不能有效将灌肠液注入体内,用力过大,刺激患儿疼痛,患儿哭闹;肛管粗硬,插入时易损伤直肠黏膜,严重者导致肠道穿孔;由于反复注入及抽出灌肠液,所用时间长,费时费力,不能达到清除肠内粪便的目的^[5]。本研究实验组患儿第 1 天使用开塞露,具有润滑作用,能刺激肠壁引起排便反射;硫酸镁中存在难吸收的硫酸根离子和镁离子,镁离子造成渗透压增高,吸收水分增加,容积增大,刺激肠壁形成腹泻,促进肠内粪便及毒物排出^[6];石蜡油也具有润滑作用,能刺激肠壁,使组织液渗透至肠腔,稀释并软化粪便。第 2 天再采用生理盐水灌洗,促进肠壁黏膜反应敏锐,避免镁离子长期刺激而导致的电解质紊乱^[7]。交替灌肠方法不用反复倒出液体,只需更换灌洗液瓶,省时、省力^[8]。由于顺、逆时针轻柔按摩腹部,液体在压力下快速流出,促进液体流尽;液体在静水压力差能自动流入肠道,且 10~16 号吸痰管或 12~16 号胃管代替传统的橡胶肛管,其管壁薄、柔韧性好^[9]。吸痰管前端及侧壁交错小孔,腔大壁薄,液体进出流速快,通过体位变换、振荡作用,液体流入较多,避免堵塞的发生,减少反复插管,降低结肠黏膜损伤,提高患儿的舒适度,降低恐惧感,避免水肿和出血等并发症

的发生,更容易达到清洁的目的^[10]。透明管有利于观察粪便颜色,避免发生堵塞。对于长段型巨结肠,肛管通过狭窄段困难,使用一次性胃管,以保证插入足够的长度,插管动作要轻柔,插管方向缓慢改变,操作过程只需控制输入管和输出管,操作过程简便,避免反复冲洗,1 名操作人员就可以独立完成,减少了工作量,提高了工作效率^[11]。

本研究结果显示,实验组患儿灌肠难度、痛苦程度、住院费用低于对照组,护理满意度高于对照组,肠道清洁度优于对照组,并发症发生率低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。表明采用交替灌肠法对 HD 患儿手术前肠道的准备,在保证肠道准备质量的前提下,还具有降低灌肠难度、减轻患儿痛苦、提高肠道清洁度、缩短灌洗时间、减少护士工作量、提高工作效率、减少住院费用等优点,有利于促进患儿康复。

综上所述,HD 患儿术前使用交替灌肠法,取得良好的临床疗效,能减轻护理工作量、省时省力、减轻患儿痛苦及其经济负担,值得临床推广与应用。

参考文献

- [1] 巩艳霞,刘玲,王雪,等.先天性巨结肠回流式清洁灌肠的护理体会[J].中国医药指南,2016,14(24):237-238.
- [2] 赵秋玲,姜桂芳,王连芳,等.先天性巨结肠症回流灌肠 34 例分析[J].滨州医学院学报,2001,24(6):126-127.
- [3] 胡慧娟.交替灌肠法在小儿先天性巨结肠术前肠道准备中的应用研究[J].医学信息,2010,5(1):1160-1161.
- [4] 郑加洪 安红银.先天性巨结肠手术前肠道灌洗的方法探讨[J].中国社区医师,2014,30(32):163-164.
- [5] 梅绍玲.小儿先天性巨结肠灌洗肛管插入深度的探讨[J].当代护士,2016,3(3):47-48.
- [6] 匡艳,刘凤麟,张晓玲.长段型巨结肠灌肠技巧的护理进展[J].医学美学美容,2015,5(3):798-799.
- [7] 简小贞.1 例经脐部单切口腹腔镜下先天性巨结肠根治术的手术配合[J].全科护理,2017,22(9):2815-2816.
- [8] 田姣,郝丽军,王娅,等.先天性巨结肠长链非编码 RNA 差异表达谱研究[J].中国实用儿科杂志,2017,19(6):458-462.
- [9] 韩晓强.腹腔镜辅助下经肛门 Soave 术治疗先天性巨结肠效果观察[J].山东医药,2017,30(7):92-94.
- [10] 梁晓璐,樊小刚.超声诊断小儿先天性巨结肠的价值[J].中国现代医生,2017,19(10):102-104.
- [11] 张杨.腹腔镜下巨结肠根治术对先天性巨结肠患儿的治疗作用研究[J].健康之路,2017,10(8):31-32.