

且胎龄越小,吸吮能力越差,甚至无吞咽反射^[3]。因此,合理的营养支持尤为重要。早期微量肠道内喂养具有明显的优越性,其能增加肠道组织细胞的发育,提高胃肠黏膜分泌及胃肠激素的活性,促进胃肠功能的成熟^[4],喂养耐受性增加,坏死性小肠炎(NEC)发生率降低。肠道内喂养方法主要有间歇喂养和持续喂养两种。多数 VLBWI 不能耐受经口喂养而需管饲。为避免 VLBWI 经鼻腔插胃管影响呼吸,本研究全部采用经口插胃管,对 105 例极低出生体重儿分别采用泵注法持续口饲喂养、灌注法间歇口饲喂养、滴注法持续口饲喂养三种方法。三组 VLBWI 出院标准:能适应室温、自己吸吮进奶、体重每天 20~30 g 稳定增长、体重达 2 000 g 以上。喂养过程中,灌注法间歇口饲喂养组出现胃食道反流、喂养不耐受情况明显多于泵注法持续口饲喂养组,可能与短期内注入一定量奶液,使肠道容量急剧增加,导致局部组织对血液的需求增加,而早产儿肠黏膜血管床的代偿能力不能满足其需求,造成相对缺血增加胃肠功能障碍有关。滴注法持续口饲喂养出现胃食道反流、喂养不耐受情况多于泵注法持续口饲喂养组,可能与奶液滴入速度不均匀有关。持续输注可增加营养素和矿物质的吸收,减少胃食管反流^[5]。泵注法持续口饲喂养时采用微量输液泵持续、微量、缓慢注入奶量,能

有效地控制胃内容物反流,成为 VLBWI 可以耐受的方法。本研究显示,泵注法持续口饲喂养所致的食物反流发生率显著低于其他两组,喂养耐受性好,恢复到出生体质量快,达到完全肠道内喂养时间短。由此可见,VLBWI 采用泵注法持续口饲喂养,能减少胃食管反流引起的窒息、感染等并发症,保证胃肠内营养的持续性,能满足其生长发育的需求,从而提高了低出生体重儿存活率和生存质量,值得在临床推广使用。

参考文献

- 1 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:208-212.
 - 2 薛辛东,芦惠.极低出生体重儿的肠道喂养[J].小儿急救医学,2002,9(1):51-52.
 - 3 金汉珍,黄德珉,官希吉,等.实用新生儿学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2002:192-200.
 - 4 张家骥,魏克伦,薛辛东.新生儿急救学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2006:183-185.
 - 5 吴国豪.实用临床营养学[M].上海:复旦大学出版社,2006:373.
- [收稿日期 2011-07-27][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

护理研讨

前列腺切除术后预防尿路感染的护理

刘彩霞

作者单位:475000 开封,河南大学淮河医院

作者简介:刘彩霞(1962-),女,大学本科,护理学士,副主任护师,研究方向:外科护理及感染管理。E-mail:liucaixia6046@163.com

[摘要] **目的** 探讨前列腺切除术后预防尿路感染的护理措施。**方法** 回顾分析 2008-01~2010-12 共 394 例行前列腺切除术患者资料,总结其临床护理体会。**结果** 394 例患者经过综合的护理措施和精心护理全部康复出院,住院时间短、术后恢复良好,未出现尿路感染。**结论** 加强留置导尿管的护理,缩短置管时间,行适宜的膀胱冲洗,严格无菌技术操作,做好术前心理护理等是降低前列腺切除术后尿路感染发生概率的关键。

[关键词] 前列腺切除术; 尿路感染; 预防; 护理

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)12-1189-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.36

前列腺增生是老年男性常见病,手术是常用的治疗方法。由于术后需常规留置尿管和持续膀胱冲洗,但如果尿管留置时间过长,尿路感染的发生概率也增高。因此,有效地预防和减少尿路感染是手术成功的关键。本文对 394 例前列腺切除术后患者预防尿路感染的护理体会总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我科 2008-01~2010-12 共行前列腺切除术 394 例(已剔除术前尿培养细菌阳性者),年龄 54~91 岁,前列腺良性增生 329 例,前列腺癌 65 例。手术方式分别为经膀胱前列腺切除术 69 例,经尿道前列腺电切术 325 例。

1.2 护理方法

1.2.1 术前心理护理

本组患者均为中老年人,年龄偏大,病程长且反复就医,以往疗效不明显,故患者常常担心能否耐受手术,术后手术效果好不好,留置尿管后是否会引起尿路

感染等问题。针对这些特点,我们加强心理护理,主动对患者及家属进行预见性护理,使其了解手术后必要的留置尿管知识,向患者说明留置尿管的目的及配合要领和注意事项。帮助其克服焦虑、紧张情绪,积极配合治疗及护理。

1.2.2 术前留置尿管的护理 18 例尿潴留患者术前留置尿管,定时放尿,鼓励其多饮水,加强膀胱功能锻炼。

1.2.3 术后护理 (1)膀胱冲洗护理:前列腺切除术后常规生理盐水行膀胱冲洗,以清除伤口处积血。根据患者病情和冲洗液情况随时调整冲洗速度,持续膀胱冲洗的最适宜温度为 35~37℃,其不仅能最大限度地减少膀胱痉挛的发生,而且可防止手术区域血管扩张而增加出血机会,同时对受伤尿道及膀胱黏膜有促进血液循环及炎症消散、减轻局部水肿及疼痛的作用。前列腺切除术后均会出现肉眼血尿,若血尿色深红或逐渐加深,提示有活动性出血,应加快冲洗速度、给予止血药、气囊尿管牵引,必要时行手术或内镜下止血。本组 9 例引流液出现深红色,经上述处理后出血得以控制。(2)留置导尿管护理:根据病情合理选择导尿管,妥善安放和固定导尿管位置。我们常规选用三腔气囊导尿管,其一腔为气囊管,一腔与集尿袋连接,另一腔连接冲洗管,向气囊内注入 10~20 ml 0.9% 氯化钠溶液即可固定。置入尿管时要严格执行无菌技术操作,注意护士手卫生,动作轻柔,防止损伤尿道^[1]。控制留置尿管时间,不宜频繁更换尿管。若尿管阻塞或不慎脱出时,应立即更换。也不宜频繁更换尿袋,宜 1 周更换 1 次。若出现尿液浑浊应留取尿标本复查尿常规,必要时给予抗生素^[2]。保持会阴部清洁,每天早晚用生理盐水或 5 000 mg/L 洗必泰棉球擦洗尿道外口及近端的导尿管,发生

堵塞时,用无菌注射器抽取少量生理盐水冲洗或更换导尿管^[3]。(3)膀胱痉挛护理:术中刺激和术后留置气囊尿管可引起膀胱逼尿肌不自主收缩,发生膀胱痉挛收缩,疼痛难忍时可给予解痉止痛治疗,或放出尿管气囊内部分液体;如仍未缓解,以 2% 利多卡因 20 ml 从尿管注入膀胱,夹管 10~20 min,反复使用 2~3 次,痉挛可解除。

2 结果

本组 394 例前列腺切除术后患者,经过护理人员的精心治疗和护理,全部于术后 7~15 d 出院,患者术后恢复良好,未出现尿路感染及其他并发症。

3 护理体会

前列腺切除术后尿路感染的预防和护理对患者术后恢复至关重要,如果护理不当会造成逆行感染、膀胱炎、脱管、阻管等。术后应彻底冲洗组织残渣、积血,选用合适的尿管,密切观察并及时调整冲洗速度,早期停止持续膀胱冲洗,缩短导尿管留置时间,严格进行无菌操作,加强护士责任心等,可降低尿路感染的发生率。

参考文献

- 1 李毅萍,谢艳华,郭健凌,等.导尿管相关尿路感染的原因分析及对策[J].中华医院感染学杂志,2009,19(23):3204-3206.
- 2 白建平.前列腺电切术后膀胱痉挛 138 例的护理[J].中国误诊学杂志,2010,10(17):4200.
- 3 雷伶俐,卢宗林.经尿道前列腺电切术后 287 例的综合尿道护理[J].中国误诊学杂志,2010,10(17):4213-4214.

[收稿日期 2011-06-03][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪]

护理研讨

早产儿鼻胃管蝶形固定法与传统固定方法的效果比较

李亚辉

作者单位:530021 南宁,广西壮族自治区人民医院儿科

作者简介:李亚辉(1972-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:儿科及新生儿护理。E-mail:1050296237@qq.com

[摘要] 目的 探寻早产儿鼻胃管稳固的固定法。方法 选 108 例患儿采用蝶形胶布在鼻头进行胃管固定(实验组),102 例患儿采用传统方法上唇部位胶布固定(对照组)。结果 将两组不同的固定法从胃管留置时间、胶布被污染及非计划性拔管三方面进行比较,实验组较对照组胃管固定时间延长,受污染比例明显降低,非计划拔管比例减少。结论 在早产儿护理中采用鼻胃管蝶形固定的方法方便、实用。

[关键词] 早产儿; 鼻胃管; 蝶形胶布; 固定

[中图分类号] R 473.72 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2011)12-1190-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.37