

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。术后应彻底冲吸组织残渣、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

早产儿在出生后吸吮时口腔内压力不足足月儿的 40% ; 连续吸吮的时间及次数明显低于足月儿,其吸奶时易发生乳汁吸入和胃食管返流^[1],而引起腹胀、呕吐。为保证患儿能摄入足够的热量,常需插入胃管进行鼻饲喂食,以往传统的鼻胃管固定为唇部胶布固定法,但当受潮、患儿张口哭闹时、患儿上肢活动时胃管容易脱落或自行拔出。我科于 2008-01 开始改进传统的胃管固定方法,采用蝶形胶布粘贴在患儿鼻头上,经临床观察牢固性好、胃管留置时间延长。现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009-01 ~ 2010-12 在我院新生儿室住院的早产儿 210 例,随机选出 108 例患儿为实验组,采用蝶形胶布在患儿鼻头进行胃管固定;102 例患儿为对照组,采用传统方法用胶布在上唇部皮肤固定胃管。实验组中男 53 例,女 55 例,平均体重 (1576.58 ± 346.73) g, 平均孕周 (30.31 ± 2.40) 周,平均出生日龄 (2.4 ± 4.7) d; 对照组中男 50 例,女 52 例,平均体重 (1536.76 ± 332.54) g, 平均孕周 (30.42 ± 2.33) 周,平均出生日龄 (2.4 ± 4.2) d。两组患儿在性别、体重、孕周、出生日龄上差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 (1)实验组:采用苏州市麦克林医疗器械制品有限公司产 6F 一次性硅胶胃管,昆明双龙卫生材料有限公司产 JB-R 医用橡胶胶布一块,剪成 2.5 cm × 2 cm 块状,从胶布中间楔形剪出缺口,使胶布上下两翼之间连接约 0.5 cm 宽,按常规插入胃管,到达预定位置后先以胶布的一侧蝶形翼竖向在胃管上环形缠绕粘紧管壁,蝶形胶布另一侧翼贴在患儿鼻头皮肤上,标识签上注明插胃管的日期时间。(2)对照组:采用胃管、胶布相同,以常规方法将胶布剪成两块 4 cm × 0.7 cm 的布条,常规插胃管到预定位置后以一条胶布绕胃管 1 周,左右交叉固定于患儿上唇皮肤,另一条胶布在面颊部交叉环绕胃管一周后固定在皮肤上,标识签上注明插胃管的日期时间。分别观察两种胃管固定的留置时间、胶布被分泌物呕吐物等污染的情况、非计划性拔管的发生率。

1.3 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行统计学处理,计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组比较采用 t 检

验,计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

实验组的胃管留置时间长于对照组 ($P < 0.01$),受污染发生率和非计划拔管率均明显低于对照组 ($P < 0.01$)。两组效果比较见表 1。

表 1 两组胶布固定法效果比较 [$(\bar{x} \pm s, n(\%))$]

组 别	例数	留置时间(h)	受污染	非计划性拔管
实验组	108	78.24 ± 1.21	5(4.63)	11(10.18)
对照组	102	53.6 ± 1.80	48(47.06)	35(34.31)
t/χ^2	-	3.187	43.146	9.528
P	-	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

部分早产儿出生后各项器官功能发育不成熟,消化功能低下,吸吮和吞咽反射差,需采用鼻饲管喂养。传统的胃管固定法固定部位在上唇,常常受到患儿口腔、鼻腔分泌物及呕吐物的影响,粘贴的胶布极易受潮、松脱;另外患儿面部表情肌运动多,粘贴胶布后限制表情肌运动,患儿感觉不适,面部肌肉运动时增加了胶布与皮肤脱离的概率,导致胃管固定不稳而脱落。在患儿上肢活动的过程中,由于固定位置较低,容易被患儿手指抓到,导致非计划性拔管^[2]。我们通过实践,对胶布固定方法进行改良,即将胶布固定在患儿的鼻头部位,其特点一是该部位皮肤张弛运动较少,固定好后胃管游离段不会直接接触面颊,减少了不适感;二是固定位置较高,受患儿呕吐物及分泌物污染机率明显减少,可持久地保持胶布的粘性;三是患儿上肢运动时手指不会误抓,避免了非计划性拔管的发生,四是胃管固定的时间较长。

参考文献

1 周 伟.实用新生儿治疗技术[M].北京:人民军医出版社,2010: 227.
2 魏 丽,金姚珍.早产儿胃管固定方法改良的探讨[J].护理与康复,2007,4(6):35.

[收稿日期 2011-05-11][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

作者书写统计学符号须知

本刊已执行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意以下规格:1. 样本的算术平均数用英文小写 $\bar{x}$ 表示,不用大写 $\bar{X}$ 表示,也不用 $Mean$ 或 M (中位数仍用 M);2. 标准差用英文小写 s ,不用 SD ;3. 标准误用英文小写 $s\bar{x}$,不用 SE ,也不用 SEM ;4. t 检验用英文小写 t ;5. F 检验用英文大写 F ;6. 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ;7. 相关系数用英文小写 r ;8. 自由度用希腊文小写 ν (钮);9. 样本数用英文小写 n ;10. 概率用英文大写 P ;11. 以上符号 $\bar{x}$ 、 $s\bar{x}$ 、 t 、 F 、 χ^2 、 r 、 ν 、 n 、 P 均用斜体。望作者注意。

· 本刊编辑部 ·