

改良式清洁回流灌肠在先天性巨结肠患儿中的应用

赵爱春

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院普外·儿外科

作者简介: 赵爱春(1973-), 女, 大学本科, 医学学士, 主管护师, 研究方向: 普通外科、小儿外科临床护理。E-mail: 954903181@qq.com

[摘要] 目的 观察改良式清洁回流灌肠法对先天性巨结肠患儿的灌肠效果, 以提高患者满意度和护理工作效率。方法 将 70 例先天性巨结肠患儿按住院时间顺序分为对照组和观察组, 对照组采用单一传统的回流灌肠法, 观察组采用改良式回流灌肠法, 对两组患儿平均每次灌肠时间、使用液体量、患儿舒适度、患儿家属满意度、肠道清洁度等进行比较。结果 观察组患儿平均每次灌肠时间短于对照组 ($P < 0.05$), 使用液体量少于对照组 ($P < 0.05$), 患儿舒适度优于对照组 ($P < 0.05$), 患儿家属满意度高于对照组 ($P < 0.05$), 观察组肠道清洁度优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 改良式清洁回流灌肠法具有省时、高效、舒适等优点, 值得在先天性巨结肠患儿灌肠中应用。

[关键词] 先天性巨结肠; 改良; 灌肠

[中图分类号] R 473.72 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)10-1012-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.10.32

先天性巨结肠是以肠道末端肠壁神经节细胞完全缺如为特征的常见的先天性消化道畸形。临床表现以腹胀、便秘为主的完全性或不完全性功能肠梗阻。该病可影响生长发育^[1]。回流灌肠是巨结肠根治术前必不可少的肠道准备, 其质量好坏直接影响手术效果。而传统的回流灌肠法存在操作繁琐、费时费力、灌肠液量大, 患儿痛苦等缺点, 为改进患儿灌肠效果, 提高灌肠效果满意率和护理工作效率, 我科于 2004-01 ~ 2012-10 对 70 例先天性巨结肠患儿分别采用单一回流清洁灌肠法和改良式清洁灌肠法进行对照观察。现将临床观察结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 70 例患儿中, 男 51 例, 女 19 例, 年龄最小 3 个月, 最大 15 岁, 诊断依据: 术前所有病例均有胎粪排出延迟、顽固性便秘、腹胀、营养不良、发育迟缓等先天性巨结肠的症状和体征。入院后结合病史体征及钡剂灌肠 X 线检查诊断为先天性巨结肠。术后病理均确诊为先天性巨结肠。按住院时间顺序分为对照组 34 例(2004-01 ~ 2007-01), 男 22 例, 女 12 例, 年龄 6 个月 ~ 13 岁, 平均(5.93 ± 4.37) 岁; 观察组 36 例(2007-02 ~ 2012-10), 男 26 例, 女 10 例, 年龄 3 个月 ~ 15 岁, 平均(6.19 ± 4.16) 岁。两组患儿在年龄、性别、病情等方面比较差异均无统

计学意义 ($P < 0.05$), 具有可比性。

1.2 主要材料 一次性硅胶透明肛管、一次性硅胶透明吸痰管、一次性输液器、50 ml 甘油注射器、一次性便盆、50% 硫酸镁、甘油、0.9% 生理盐水。

1.3 灌肠方法 灌肠前患儿排空膀胱, 年龄小不合作的患儿采取家长抱持截石位, 年龄稍大合作的患儿采用仰卧屈膝截石位或左侧卧位, 臀部垫一次性中单, 将瓶装生理盐水加热至 38 ~ 41 °C, 每天灌肠一次。灌肠操作由经验丰富的同一组人员严格按操作规程完成。灌肠过程中注意保暖, 避免感冒, 注意观察患儿面色、脉搏、呼吸及流出液的颜色及量, 发现异常立即停止操作, 以防肠穿孔。注意保持出入平衡, 使出入量基本平衡, 或出量大于入量, 防止水中毒。两组患儿灌肠期间饮食婴幼儿以母乳、牛奶为主, 年长儿以稀饭、鱼汤、肉汤、面条等为主, 禁食水果、蔬菜, 以防在灌肠中易造成堵塞。

1.3.1 观察组 采用改良式清洁回流灌肠法。回流灌肠前 30min, 先将 50% 硫酸镁 + 甘油 + 温开水配成 1:2:3 液, 温度 38 ~ 41 °C, 根据患儿年龄、体重, 每次 5 ~ 10 ml/kg 注入扩张肠段保留 5 ~ 10 min, 年龄小的患儿由家属抱患儿至厕所排便, 年龄大的由其自行蹲厕。对排便反射差的患儿护士戴上手套并擦石蜡油后用手指扩肛, 激发患儿排便反射, 排便

后再以生理盐水行回流清洁灌肠。患儿取截石位或侧卧位,充分暴露肛门,臀下铺一次性中单,将预热好瓶装生理盐水挂于输液架上,高度为液面距离肛门30~60 cm,常规消毒瓶口,插上输液器进行排气,去掉头皮针,接上F14~16号硅胶吸痰管,头端涂润滑油,然后轻柔插入肛门,一般到达扩张段前痉挛时段有轻微的阻力感觉,阻力消失,即有大量的奇臭的气体和潴留粪便喷出,说明已到达扩张的肠腔。此时固定吸痰管,注入温生理盐水,灌入的生理盐水量根据患儿体重及病情而定,一般100~150 ml/kg^[2],灌入生理盐水达预定量后,关闭输液器开关,稍停让盐水与粪便充分稀释,然后分离输液管与吸痰管,让水由吸痰管自行流出,接于便盆内,同时轻柔按摩患儿腹部,上下左右移动吸痰管,帮助粪便随灌洗液排出。每次灌肠生理盐水量以最后排出液无粪,肉眼观察排出液清亮为止。

1.3.2 对照组 采用单一回流灌肠法:患儿取截石位或侧卧位,充分暴露肛门,臀下铺一次性中单,根据患儿年龄选择合适的肛管,石蜡油润滑肛管,轻柔插入肛门,到结肠狭窄段时有阻力感,当肛管通过狭窄段时进入扩张时,有落空感,同时有大量的奇臭的气体和潴留粪便喷出,说明已到达扩张的肠腔。两人操作,一人用50 ml甘油注射器吸生理盐水接肛管注入肠腔,然后再吸出,如液体抽取不畅,可抽动肛管,调整肛管位置;另一人按摩腹部,让粪石充分溶解并能促进粪便及液体排出,如此反复灌洗,直到吸出液清亮为止。

1.4 评价方法 (1)灌肠过程中将患儿舒适度分为好、一般、差3个等级。好:患儿无哭闹,肛管未脱出或不需更换肛管,灌肠液未污染衣裤及床单;一般:患儿有哭闹,肛管脱出或需更换肛管≤2次,灌肠液污染小部分衣裤及床单;差:患儿有哭闹,肛管脱出或需更换肛管≥2次,灌肠液污染大部分衣裤及床单。(2)患儿家属对灌肠过程满意度分为满意、不满意。满意:患儿无哭闹,灌肠无需停顿,灌肠时间少于40 min;不满意:患儿有哭闹,灌肠需停顿,灌肠时间>40 min。(3)术中由一名主刀医师对灌肠效果进行评价,根据术中所见将肠道清洁程度分优、良、差三级。优:肠管缩小,肠道内黏膜清晰无粪水;良:肠道内黏膜有少许不成形蛋花样粪水;差:肠道内有少量成形粪便^[3]。

1.5 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间均数比较采用 t 或 t' 检验;计数资料两组间比较

采用 χ^2 检验,若有一个格子理论频数<5时,则行连续校正的 χ^2 检验;等级资料用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿每次灌肠时间和使用液体量比较 结果表明,观察组的灌肠时间和液体使用量优于对照组。见表1。

表1 两组患儿每次灌肠时间和使用液体量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	每次灌肠时间(min)	每次灌肠使用液体量(ml)
观察组	36	33.22 ± 6.93	1728.06 ± 508.45
对照组	34	51.68 ± 10.16	2535.29 ± 652.22
t/t'	-	8.831	5.793
P	-	<0.05	<0.05

2.2 两组患儿舒适度及患儿家属满意度比较 结果表明,观察组患儿的舒适度及家属满意度优于对照组。见表2。

表2 两组患儿舒适度及患儿家属满意度比较[n(%)]

组别	例数	患儿舒适度分级			患儿家属满意度	
		好	一般	差	满意	不满意
观察组	36	14	20	2	32(88.9)	4(11.1)
对照组	34	6	19	9	23(67.6)	11(32.4)
Z/χ^2	-	-2.641			4.686	
P	-	0.008			0.030	

2.3 两组患儿肠道清洁程度比较 观察组患儿的肠道清洁度优于对照组。见表3。

表3 两组患儿肠道清洁程度比较(n)

组别	例数	优	良	差
观察组	36	33	2	1
对照组	34	23	8	3

注:两组比较, $Z = -2.464, P = 0.014$

2.4 两组患儿灌肠期间并发症及呼吸道感染发生率比较 两组患儿灌肠期间均无脱水、电解质紊乱和肠道感染;无水中毒、肠出血、肠穿孔等并发症发生。因灌肠时间长,对照组出现呼吸道感染6例,观察组1例,但差异无统计学意义。见表4。

表4 两组患儿呼吸道感染发生率的比较[n(%)]

组别	例数	呼吸道感染	
		有	无
观察组	36	1(2.8)	35(97.2)
对照组	34	6(17.7)	28(82.3)

注:两组比较, $\chi^2 = 2.802, P = 0.094$

3 讨论

3.1 先天性巨结肠是由于直肠或结肠远端病变段肠管肠壁神经节缺如致肠管持续性痉挛,粪便淤滞在近段结肠而使肠管壁肥厚、扩张所致,是小儿常见的先天性消化道畸形^[4]。巨结肠根治术是目前先天性巨结肠患儿的主要治疗措施,而灌肠又是术前准备的重要环节。术前清洁灌肠的目的是排出积粪,缓解腹胀,增进食欲,改善营养状况,同时也使扩张的肠管尽快恢复正常,以确定手术切除肠段的范围,是手术成功的关键,是减少术后并发症的重要环节。先天性巨结肠患儿由于排便困难,粪便干结,大多已形成粪块、粪石,在灌肠时常因粪块堵塞肛管而使灌洗不畅,导致肠道准备效果不佳。临床上多年来按常规采取单一回流灌肠法,但在长期临床工作中发现,按常规的方法难以将存储大便充分排除,难以保证效果,该法只能进行低位结肠灌洗,对于高位巨结肠患儿灌洗效果不理想。由于传统回流灌肠法采用大注射器抽吸灌肠液反复多次灌入肠腔并抽出,护士操作费时费力,达不到尽快清除肠腔内粪便目的,且由于注液时用力不均匀,冲击力较大,患儿烦躁不安,哭闹、合作不好,肛管较短,易滑脱,需要多次重新插管,易损伤肠黏膜,灌肠液污染衣裤及床单,护士劳动强度大。

3.2 改良回流灌肠法是利用患儿残存的排便反射功能刺激其自主排便,在便秘情况下直肠壶腹空虚无粪,直肠指诊,可激发排便反射,拔出手指后,随着粪便排出,伴有大量气体,同时腹胀也好转^[5]。将1:2:3液灌入肠道,50%硫酸镁不易被肠黏膜吸收,在肠腔内形成高渗盐溶液,阻止水分被肠道吸收,使肠内容积增大;它还有直接刺激肠管蠕动作用,有利于肠内容物排出^[6]。在扩张的结肠内形成高渗状态可吸收组织间液以松解和软化陈旧大便,并使其后灌入的盐水不易被肠黏膜吸收,该法可缩短肠道内操作时间和使灌肠所需生理盐水显著减少^[3]。甘油是矿物油,在肠道不被消化和吸收,且阻止肠壁对水的吸收,起到润滑肠壁,软化粪便,刺激直肠收缩,引起排便反射作用。由于患儿回流灌肠前已排出部分粪便,使肠道内操作时间和灌肠所需生理盐水均明显减少,提高了灌肠效率。选用一次性多孔硅胶透明吸痰管代替单孔、粗短的肛管,改正了长段

型巨结肠患儿灌肠时,常规使用的肛管短,难以达到所需要插入的深度,灌肠效果不理想的缺点。由于其质地柔软硬度适中,对黏膜刺激性小,且该管多孔、腔大壁薄,液体进出流速快,管道透明便于观察粪便颜色。而且吸痰管的前端及侧壁有直径为0.3~0.4 cm的小孔,减少了堵管的机率,从而避免了反复插管引起的肠黏膜损伤和水肿致插管困难或造成严重并发症。

3.3 与传统回流灌肠相比,改良回流灌肠有以下优点:(1)将生理盐水挂于输液架上,高度固定,根据患儿年龄调节每次输液量,液体流入快而均匀,没有冲击力,不会引起患儿不适。(2)肠道内操作时间缩短和灌肠所需要生理盐水明显减少,灌肠效率提高了,肠道清洁率高于传统回流灌肠。(3)一次性多孔硅胶透明吸痰管代替粗短而较硬的肛管,减少了损伤肠管的可能性。高度腹胀的患儿,灌肠后短时间内即可排出大量陈旧性大便,腹胀迅速缓解。(4)利用密闭式输液系统进行连续肠道灌洗,只要更换输液管,不用反复倒出液体,省时省力,只需一人即可完成操作,减轻了护理工作量,提高护理工作效率。(5)操作时间缩短,减少了患儿暴露时间,减轻患儿心理和生理的痛苦,减少患儿机体消耗,提高了手术耐受性。

综上所述,采用改良式清洁回流灌肠法给先天性巨结肠患儿进行清洁灌肠,克服了传统回流灌肠法的缺点,缩短了患儿每次灌肠时间、减少了每次灌肠生理盐水用量,提高了患儿舒适度,减轻患儿痛苦,减轻护理工作量,省时省力,提高了工作效率。

参考文献

- 1 顾沛. 外科护理学[M]. 北京: 科学出版社, 2000: 464-466.
 - 2 孟玮亿. 小儿外科护理手册[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 93.
 - 3 邢辉, 朱耀明, 王怀英. 改进小儿先天性巨结肠术前灌肠方法[J]. 临床小儿外科杂志, 2003, 2(4): 309-311.
 - 4 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1348.
 - 5 刘锡钧, 主编. 实用药物指南[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000: 463.
 - 6 林瑞燕, 区雨兰, 梁明娟, 等. 硫酸镁在 PPH 术前灌肠的效果研究[J]. 岭南现代临床外科, 2009, 9(4): 316-318.
- [收稿日期 2013-05-20][本文编辑 吕文娟 韦所芬]