

交替灌肠法在先天性巨结肠患儿术前准备中的护理应用研究

陈美丽

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000

【摘要】目的：探讨交替灌肠法在先天性巨结肠患儿术前准备中的护理应用效果。方法：选择我院儿外科在2022年1月至2023年1月收治的44例行手术治疗的先天性巨结肠患儿作为观察对象，按照随机法分为对照组与研究组，每组各22例。对照组施以常规灌肠法护理，研究组接受交替灌肠法护理，比较两组的并发症率、灌肠清洁度、舒适度评分等观察指标。结果：研究组的灌肠清洁度（100.00%）比对照组（81.82%）高， $P < 0.05$ 。研究组的并发症率（4.55%）低于对照组（27.27%）， $P < 0.05$ 。研究组的舒适度评分高于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的洗肠时间、住院时间均短于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的腹围差高于对照组， $P < 0.05$ 。结论：在先天性巨结肠患儿术前准备中应用交替灌肠法，可提高灌肠清洁度，降低并发症率，值得临床应用推广。

【关键词】交替灌肠法；先天性巨结肠；术前准备；护理

先天性巨结肠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。根治先天性巨结肠术前肠道准备是回流灌肠，灌肠质量直接关乎手术效果。但影响灌肠质量的因素较多，包括灌肠方法、灌肠量、灌肠时间等决定性因素^[1]。因此，要想提高整体疗效，优化灌肠方式显得尤为重要。交替灌肠法是一种交替使用不同灌洗液对患儿进行肠道清洁的方法，比传统结肠灌肠法的清洁度高，通过优质的术前准备，切实降低手术风险。要求儿外科护理人员明确掌握病情特点和护理要求，落实针对性的护理措施，达到预期的护理服务目的，实现医疗资源的整合优化与高效利用^[2]。本研究对本院收治的44例行手术治疗的先天性巨结肠患儿进行比较分析，探讨如何改进其术前准备环节的灌肠护理模式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2022年1月至2023年1月收治的44例行手术治疗的先天性巨结肠患儿作为观察对象。纳入标准：①家属均知情同意；②符合手术指征；③符合《褚福棠实用儿科学》内相关诊断标准，经过X线检查确诊。排除标准：①临床资料不全；②手术禁忌症；③合并其他病致肠道梗阻者。随机分组各22例，研究组年龄平均 1.3 ± 0.3 岁；男性11例，女性11例。对照组年龄平均 1.5 ± 0.3 岁；男性10例，女性12例。两组一般资料比较差异无统计学意义， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组施以常规灌肠法护理，患儿取平卧位，腰背处垫软枕，臀部置于便盆上。每日用100~150mL/kg与38℃~40℃的生理盐水，通过50ml注射器连接肛管注入肠腔，再抽出粪水，轻柔按摩腹部，加速粪便软化与排出。重复上述操作至抽出液体清晰为止。

研究组施以交替灌肠法护理，第1d将温度为38℃~40℃的生理盐水500ml+50%硫酸镁10ml+开塞露10ml混合挂于输液架上；再选择10~16号吸痰管，导管前端经石蜡油润滑处理，将吸痰管轻柔插入肛门，当有大量气体或粪便排出时，进行腹部顺时针按摩；气体与粪便排出后，将输液管和吸痰管连接，打开输液管阀门使清洗液流入肠道，以进行肠道清洗。3岁以下患儿灌入液体量为50~100ml/次，3岁以上患儿灌入液体量100~300ml/次，清肠的同时逆时针按摩患儿腹部，并不断改变患儿体位，以促进肠道粪便松散以及肠皱壁处的粪便脱落，从上往下进行腹部的轻柔按摩，加速粪便排出，至排出液清亮停止。第2d单用生理盐水灌洗，第3d重复第1天操作，以此反复交替使用。两组均于术前14d结束时

评估效果。

1.3 观察指标

1.3.1 灌肠清洁度

评价标准包括优（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）三项。

1.3.2 舒适度评分

参照GCQ量表进行舒适度评定，量表内容涉及生理、心理、精神、社会文化和环境的4个维度，共28项，采取百分计，分数与舒适度呈正相关。

1.3.3 并发症

参照肛周皮肤红肿、肠道感染、电解质紊乱等指标，比较两组的并发症发生率。

1.3.4 预后情况

参照洗肠时间、住院时间、腹围差等指标，了解两组的预后情况。

1.4 统计学方法

数据处理用spss22.0软件，以均数±标准差表示的计量数据，行t检验；以百分数表示的计数资料，行 χ^2 检验；组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 灌肠清洁度

护理管理干预后，研究组的灌肠清洁度（100.00%）比对照组（81.82%）高，组间数据比较存在统计学差异， $P < 0.05$ ，如表1所示。

表1 灌肠清洁度比较（n，%）

组别	n	差	良	优	总有效率
对照组	22	4 (18.18)	7 (31.82)	11 (50.00)	81.82
研究组	22	0	10 (45.45)	12 (54.55)	100.00
χ^2					4.400
P					0.036

2.2 并发症率

护理管理干预后，研究组的并发症率（4.55%）低于对照组（27.27%），组间数据比较存在统计学差异， $P < 0.05$ ，如表2所示。

表2 并发症率对比（n，%）

组别	n	肛周皮肤红肿	肠道感染	电解质紊乱	其他	总发生率
对照组	22	1 (4.55)	1 (4.55)	1 (4.55)	3 (13.64)	27.27
研究组	22	0	0	0	1 (4.55)	4.55

χ^2	4.247
P	0.039

2.3 舒适度情况

护理干预后,研究组的舒适度评分高于对照组,组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 舒适度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	n	生理	心理	环境	社会生活
对照组	22	65.45 ± 2.56	71.65 ± 2.15	80.07 ± 2.34	69.54 ± 2.16
研究组	22	96.22 ± 2.25	92.48 ± 2.24	95.19 ± 1.25	92.85 ± 1.17
t		28.134	23.497	14.134	24.234
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 预后情况

研究组的洗肠时间、住院时间均短于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的腹围差高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 预后指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	n	洗肠时间 (min)	住院时间 (d)	腹围差 (cm)
对照组	22	38.54 ± 2.21	23.65 ± 2.45	4.16 ± 0.19
研究组	22	15.17 ± 1.43	17.27 ± 1.85	7.35 ± 1.64
t		25.362	18.774	6.265
P		0.000	0.000	0.012

3 讨论

先天性巨结肠多由肠道神经节缺失所引发, 对患儿正常生长发育的影响较大。先天性巨结肠以手术治疗为主, 为确保手术得以顺利进行, 减少手术风险, 术前的灌肠准备护理工作不能忽视。采取改良的灌肠护理方式, 更利于提高整体疗效^[9]。

研究组的灌肠清洁度比对照组高, 组间数据比较存在统计学差异, 表示交替灌肠法可提升先天性巨结肠患儿术前肠道准备的工作质量。传统灌肠护理法, 主要是利用注射器抽取生理盐水, 连接肛管, 用手推入肠道内, 再抽出粪水, 如此反复进行清洗患儿的肠道。但在实际的操作中, 受肠腔压力较大等因素的影响, 易出现粪水溢出的情况, 会污染环境。常规灌肠法有频繁抽取和灌肠时间长等方面的不足, 易使患儿及其家属身心俱疲, 难以达到理想的护理效果^[4]。交替灌肠法主要是利用静水压力差使液体在肠道内自动流入流出, 操作便利性强, 可规避医生因长时间重复抽吸动作而出现操作失误的情况, 更利于推进灌肠质量的稳步提升。在交替灌肠法中不仅需提高操作技术水平, 还需加强护理干预, 包括家属宣教和患儿情绪疏导、严格执行无菌操作规程等, 落实护理工作标准, 尽快达到术前灌肠准备等护理服务目的^[5-6]。

研究组的舒适度评分高于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, 表示交替灌肠法护理的应激更小。在传统的灌肠法操作中, 导管插入深度不到位, 液体只进不出, 体内存在大量液体, 易引起水中毒等并发症。推注用力过小, 无法将灌肠液注入体内; 推注用力过大, 患儿疼痛应激引起哭闹, 患儿的焦虑与合作行为不理想。肛管过硬, 插入时易损伤直肠黏膜, 严重者导致肠道穿孔。反复注入及抽出灌肠液, 费时费力, 无法到清除肠内粪便的目的。交替灌肠法多采用多孔与透明的硅胶吸痰管, 且 10~16 号吸痰管或 12~16 号胃管代替传统的橡胶肛管, 吸痰管有管壁薄与柔韧性好等优势特点, 可减少对患儿结肠黏膜的损伤, 降低了患儿在灌肠时的不适感, 确保了灌肠护理工作的成效^[7]。受吸痰管多孔的影响, 可加快液体在患儿肠道内的进出速度。配合体位变换与振荡作用、改变液体流入量等护理操作, 促使肠道清洁效果更佳理想。应用透明的吸痰管操作, 便于医护人员及时发现和处理管道的堵塞情况, 提高了护理工作的人文性和个体化等特点。护理人员加强实践经验总结, 明确把握灌肠环节的患儿应激因素, 借鉴优秀的经验, 不断优化护理的薄弱环节

节, 减少灌肠操作对患儿的心理应激和生理应激, 稳定患儿的身心状态, 提高其整体舒适度和健康状况^[8]。

研究组的并发症率低于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, 表示交替灌肠法的护理干预更加安全可靠。交替灌肠法使用的溶液为生理盐水与开塞露、硫酸镁混合液, 其中开塞露有润肠的作用, 通过刺激肠壁引起排便反射, 从而促进粪便的排出。硫酸镁的硫酸根离子、镁离子难以被人体吸收, 可增加患儿的肠内渗透压, 使结肠因水分过多而增大, 从而刺激肠壁引发患儿腹泻, 促进肠内容物排出^[9-10]。生理盐水可提高肠壁黏膜的反应性, 避免机体的渗透压因镁离子过高而增高, 预防患儿机体的电解质紊乱。提高护理工作的预见性和前瞻性, 减少护理工作失误或差错引起的护理不良事件, 确保护理措施更加贴合病情以及患儿的医疗服务需求^[11]。

研究组的预后情况优于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, 表示交替灌肠法的护理干预更利于发挥效用。交替灌肠法每次换液只需更换换液瓶, 无需倾倒液体, 促使灌肠的时间少且不费力。在清肠过程中, 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, 医护人员只需控制输入管和输出管, 操作的便捷性强, 护理工作量和强度小。通过按摩患儿腹部, 通过压力差使肠道内液体更快的从患儿体内流出, 减少液体在体内的残留, 有助于提升肠道的清洁度。医护人员加强协作与监督, 不断规范临床操作行为, 突出科室护理工作的创造性和标准化等特点, 以此实现医疗资源的整合优化与高效利用^[12]。

综上所述, 在先天性巨结肠患儿术前准备中应用交替灌肠法, 可提高灌肠清洁度与患儿的整体舒适度, 降低并发症率, 确保护理成效, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]李翠莲, 莫莲霞, 杨月梅, 等. 临床护理路径在先天性巨结肠患儿术后护理中的应用[J]. 海南医学, 2020, 31(3): 3.
- [2]程玲, 高俊平. 益生菌在前列腺增生病人肠道准备中应用的效果评价[J]. 护理研究, 2019, 33(11): 1997-1999.
- [3]谷成起, 王至立, 孙玲玲, 等. 3 种辅助检查在 496 例儿童先天性巨结肠诊断中的比较研究[J]. 重庆医科大学学报, 2019, 44(9): 5.
- [4]朱丹, 余洪兴, 卞荆晶, 等. 先天性巨结肠患儿术前肠道准备的家庭参与式护理[J]. 护理学杂志, 2019, 34(22): 4.
- [5]孙璇, 尹强, 唐倩, 等. 电刺激生物反馈干预结合康复护理在先天性巨结肠术后肛门失禁患儿中的应用[J]. 中国医药导报, 2021, 18(21): 4.
- [6]陈莉萍, 陈海燕. 改良护理干预在儿童常见型先天性巨结肠术前肠道准备中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(33): 5.
- [7]张宇. 临床护理路径结合 ERAS 优质护理在儿童先天性巨结肠切除术后应用效果[J]. 中国医药导报, 2021, 18(27): 4.
- [8]姚秀峰. 健康宣教结合营养干预在先天性巨结肠术后患儿中的应用分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(7): 2.
- [9]方艳丽, 陈咏梅, 黄艳, 等. 以护士为主导的先天性巨结肠患儿的延续护理实践[J]. 川北医学院学报, 2020, 35(1): 3.
- [10]张丽娟, 楚志芬, 徐菲, 等. 小儿长段型先天性巨结肠术前洗肠的护理改进[J]. 河北医药, 2019, 41(14): 4.
- [11]张建军, 刘丰丽, 唐维兵, 等. 深化的加速康复外科理念在婴儿先天性巨结肠症围手术期的应用[J]. 中华小儿外科杂志, 2019, 40(3): 4.
- [12]史雯嘉, 黄燕, 龚莹莹, 等. 目标管理在先天性巨结肠患儿围手术期加速康复中的实践[J]. 护理学杂志, 2019, 34(10): 4.