



硅胶胃管旋转插入法在小儿保留灌肠中的应用观察

汪暂婷 (厦门市妇幼保健院 福建厦门 361000)

摘要:目的 观察硅胶胃管旋转插入法在小儿保留灌肠中的应用疗效。方法 我院2017年8月-2018年8月收治的66例行保乳灌肠患儿为本次研究对象,按照是否行硅胶胃管旋转插入法将所有患者分为对照组(33例:硅胶胃管旋转插入法)与实验组(33例:常规保留灌肠法),比较两组患儿临床治疗效果。结果 实验组患儿一次性插管成功率(96.97%)明显高于对照组(84.85%), $P<0.05$ 。实验组患儿灌肠液外溢发生率(6.06%)明显低于对照组(15.15%), $P<0.05$ 。实验组患儿平均插管时间、药液保留时间、药液损失量等相关指标均明显优于对照组, $P<0.05$ 。实验组患儿治疗2w后治愈率、有效率均明显高于对照组, $P<0.05$ 。结论 采用硅胶胃管旋转插入法行小儿保留灌肠可有效提升一次性插管成功率、减少灌肠液外溢、药液损失,提升治疗效果。

关键词:硅胶胃管 旋转插入法 小儿保留灌肠

中图分类号: R473.72 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2019)01-255-02

保留灌肠该给药方式是将药液自个体肛门经直肠灌入结肠的无创性给药方式,由于婴幼儿临床治疗耐受能力低,口服给药及静脉给药依从性低,保留灌肠给药可通过婴幼儿肠道粘膜吸收药物有效成分,该给药方式操作简便、可重复性高^[1]。目前临床小儿保留灌肠给药主要是患儿取膝胸位,选用12号至14号橡胶管作药液置入,本次研究比较我院2017年8月-2018年8月33例行硅胶胃管旋转插入法的保留灌肠患儿与33行常规保留灌肠法保留灌肠患儿一次性插管成功率、灌肠液外溢发生率、保留灌肠相关指标以及单位时间内治疗效果,从而论证硅胶胃管旋转插入法在小儿保留灌肠中的应用价值,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2017年8月-2018年8月收治的66例行保乳灌肠患儿按照是否行硅胶胃管旋转插入法将所有患者分为对照组(33例)与实验组(33例),实验组33例患儿中男(17例)女(16例)比例为17:16,年龄最小为年龄最小为4个月,年龄最大为5岁,中位年龄为(2.12±0.12)岁。对照组33例患儿中男(18例)女(15例)比例为6:5,年龄最小为年龄最小为4个月,年龄最大为6岁,中位年龄为(2.121±0.123)岁。参与本次研究的两组患儿在年龄、性别等方面不存在统计学差异, $P>0.05$ 。

1.2 病例选择标准

本次研究经我院医学伦理会、患儿家长同意,参与本次研究的患儿均因不耐受口服给药、静脉给药,行保留灌肠治疗。排除标准:(1)排除合并阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核、放射性肠炎等肠道疾病患儿。(2)排除结肠镜检查显示患儿肠道粘膜组织改变患儿。(3)排除合并严重心脏病、动脉瘤患儿。(4)排除合并严重贫血或凝血功能障碍患儿。(5)排除合并严重肝、肾系统疾病患儿。

1.3 方法

1.3.1 对照组患儿均给予常规保留灌肠法,保留灌肠前患儿应排空大小便,对灌肠液进行加温,保证灌肠液温度达38℃左右以减少灌肠液对婴幼儿肠粘膜的刺激,利于肠粘膜吸收药效。除此之外,医护人员应向患儿家长讲解保留灌肠操作步骤以及注意事项,稳定患儿家长情绪,嘱患儿家长怀抱婴幼儿、言语鼓励婴幼儿,稳定患儿情绪后实施保留灌肠,从而避免患儿哭闹影响保留灌肠一次性成功率,导致灌肠液外溢率。常规保留灌肠,患儿取膝胸位,操作者根据患儿肛门直径选择合适直径的橡胶管,石蜡润滑橡胶管后将管直置入患儿肛门结肠,采用10mL注射液抽取灌肠液,经肛管将药液置入,灌肠液置入后应嘱患儿尽量取静卧,避免坐位、站立位,患儿进食、饮水过程中应避免呛咳。

1.3.2 实验组患儿采用硅胶胃管旋转插入法行保留灌肠治疗,操作前准备步骤均参对照组,患儿屈曲双膝取左侧卧位充分保留患儿肛门,将患儿臀部垫高,在硅胶胃管前端涂布适量石蜡

油后旋转硅胶胃管,将其缓慢置入患儿肛门结肠,参考对照组注射器给药方式。

1.4 观察指标

(1)观察比较两组患儿一次性插管成功率、灌肠液外溢发生率。(2)观察比较两组患儿平均插管时间、药液保留时间、药液损失量等相关指标。(3)观察比较两组患儿治疗2w后治疗效果,治愈:患儿保留灌肠给药2周后不适症状消失,肠镜检查显示肠粘膜完整,未出现不适症状。有效:患儿保留灌肠给药2周后不适症状明显改善,肠镜检查显示肠粘膜完整伴有轻度充血、水肿症状。无效:患儿保留灌肠给药2周后不适症状未明显改善,肠镜检查显示患儿肠粘膜充血、水肿症状较重,患儿不耐受保留灌肠。总有效率等于治愈率与有效率的和。

1.5 统计学处理

选择SPSS21.0统计软件包,各计量数据以($\bar{x}\pm s$)的形式表示,统计学方法采用两样本均数间t检验,各计量数据以(%)的形式表示,统计学方法采用两样本百分数 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿一次性插管成功率、灌肠液外溢发生率

观察比较两组患儿一次性插管成功率、灌肠液外溢发生率,具体情况(见表1),实验组患儿一次性插管成功例数多于对照组,灌肠液外溢例数少于对照组。

表1: 两组患儿一次性插管成功率、灌肠液外溢发生率 [n/%]

组别	n	一次性插管成功率	灌肠液外溢发生率
实验组	33	32 (96.97%)	2 (6.06%)
对照组	33	28 (84.85%)	5 (15.15%)
χ^2 值		5.984	5.106
P 值		< 0.05	< 0.05

2.2 两组患儿插管相关指征

观察比较两组患儿相关指征,具体情况(见表2),实验组患儿平均插管耗时长,药液保留时间长、药液损失量少。

表2: 两组患儿插管相关指征 [$\bar{x}\pm s$, n]

组别	n	平均插管时间 (min)	药液保留时间 (min)	药液损失量 (mL)
实验组	33	2.75±0.52	8.52±2.52	0.75±0.32
对照组	33	4.41±0.53	30.52±11.85	1.78±0.42
T 值		3.625	2.851	1.842
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 两组患儿治疗效果

观察比较两组患儿治疗效果,具体情况(见表3),实验组患儿治疗2w后临床治疗效果明显优于对照组。

(下转第256页)



· 综合医学 ·

培养卫生专业士官教学能力的初探

王亚飞 (空军西安飞行学院保障门诊部)

摘要: 随着部队的不断改革发展, 基层卫生军官的数量远远不足的现状, 卫生专业士官在基层的教学层次及教学能力需不断完善。在卫生专业士官的培养过程中, 如何有效的提高基层卫生专业士官的教学能力成为了部队卫勤教学体系中的重要组成部分之一。在改革新形势的背景下, 建立一套适合卫生专业士官教学模式具有十分重要的意义和价值。因此, 本文基于卫生专业士官教学能力培养发展的重要性, 对卫生专业士官教学能力的培养措施进行分析, 并提出可行性发展建议。

关键词: 卫生专业士官 教学能力 重要性 措施

中图分类号: R-4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 01-256-01

1 卫生专业士官教学能力培养的需求及重要性

卫生专业士官大多具有专业基础理论知识扎实, 能力较强, 但很多时候专业思想不够牢固, 重理论轻实践等特点。除此之外, 卫生专业士官教学能力培养也是部队卫勤实践中的重要一环, 在对非卫生专业的卫生士兵及广大官兵的健康教育过程中具有十分重要的价值。目前卫生专业士官的教学注重理论知识及实践能力培养, 对于教学能力培养较为欠缺, 这是今后发展卫生专业士官教育中需要突出培养的能力。首先, 培养卫生专业士官的教学能力是保障在基层部队有效开展健康教育的前提, 以及帮助广大官兵知道怎样做, 并知道在必要时如何寻求适当的帮助; 其次, 培养卫生专业士官的教学能力可以促进其在理论知识方面、综合能力、实践能力等各个方面的提升, 为部队输送全面型卫生专业士官队伍, 对部队卫勤工作的开展具有重要作用。

2 培养卫生专业士官教学能力的具体措施

基于卫生专业士官在教学能力上的欠缺以及新形势下对卫勤人员教学能力的要求。具体而言, 对于卫生专业士官的教育需注重能力的培养, 发挥其潜能。第一, 教学能力的培养需要围绕着重能力培养, 让卫生专业士官在毕业后走向工作岗位能胜任卫勤保障任务的同时还能有效完成教学任务, 这就需要我们在理论和实践教学安排中安排经验丰富的老师授课, 从而可以在学习专业知识的同时有

效的学习老师的授课方法, 在实践教学则可安排卫生专业士官为驻地部队官兵或中小学生讲课, 由此来增加卫生专业士官的教学能力和实践能力。第二, 在教学实践中, 可以通过让卫生专业士官设计教学方案, 预讲等措施来评估每一个卫生专业士官的教学水平, 促使卫生专业士官在学习中更为严格要求自己, 为将来在部队卫勤岗位上的实践打下坚实基础。

3 培养卫生专业士官教学能力的发展展望

卫生专业士官教学能力的培养需要从各项工作, 各个细节入手, 才能不断完善培养措施, 因此本文就培养卫生专业士官教学能力的发展提出以下几点建议: 1) 认清卫生专业士官教学中的不足, 优化教学模式。将卫生专业士官教学能力的培养纳入考核中, 有效督促其在学习中理论知识与教学能力提升相兼顾。2) 以提高部队战斗力为目标, 提升卫生专业士官的教学能力。3) 提高教学投入, 提高卫生专业士官的教学能力。卫生专业士官教学能力的培养需要从教学理论, 实践条件等各方面增加指导和投入, 提高对卫生专业士官毕业进入工作岗位教学意义的认识, 从而保障卫生专业士官的教学水平的培养。

结语: 卫生专业士官教学能力的培养是一项复杂的工作, 但只要我们能对卫生专业士官教学能力的培养给予相当的重视, 那么就一定能够为提高卫生专业士官的教学能力培养提供有力的支持。

(上接第255页)

表3: 两组患儿治疗效果 [n/%]

组别	n	治愈	显效	无效	总有效率
实验组	33	17 (51.52%)	14 (42.24%)	2 (6.24%)	93.76%
对照组	33	15 (45.45%)	12 (36.36%)	6 (18.19%)	81.81%
χ^2 值					5.891
P 值					< 0.05

3 讨论

保留灌肠其操作对设备要求低、操作简单, 保留灌肠即肠粘膜给药, 肠粘膜血管丰富, 肠粘膜血管壁较薄, 对于口服给药、静脉给药困难患儿给予保留灌肠给药, 患儿肠道相关药效吸收率明显高于成人, 婴幼儿经肠道给药后肠粘膜直接吸收灌肠液药效, 而后由肠粘膜转运至患儿全身血液循环, 该给药方式与口服给药相比可有效降低对患儿肾脏以及肝功能的影响。常规保留灌肠治疗主要采用橡胶管, 橡胶管其质地坚硬, 在置管过程中难以一次性插至结肠, 且径直插入可对患儿肠道粘膜造成不同程度的损伤, 诱使患儿肠粘膜发生充血、水肿等症状, 降低患儿临床治疗耐受性^[2]。除此之外, 橡胶管其管径较大, 灌肠给药过程中可造成管腔内药物残留, 保管灌肠操作结束后, 拔出橡胶管时易造成灌肠液外溢, 难以控制给药剂量, 反复操作给药增加了患儿肠粘膜损伤以及医院内感染率。硅胶胃管与橡胶管相比其质地柔软, 将硅胶管旋转插入可在一定程度上减少直肠阻力, 和置管操作对肠道粘膜的刺激, 减小该操作对患儿肠粘膜的损伤, 提升一

次性插管成功率。除此之外, 硅胶胃管其管壁光滑, 可减少管腔内药液残留, 有利于医师合理掌控患儿每日给药量。邹丽君临床研究显示对于行保留灌肠的观察组患儿行硅胶胃管旋转插入法患儿一次性置管成功率为94.25%, 患儿平均插管耗时, 药液保留时间、药液损失量分别为(2.51±0.21) min、(8.62±2.52) min、(0.75±0.25) mL, 相关保留灌肠指征明显优于给予常规保留灌肠的对照组, 本次研究显示实验组患儿一次性置管成功率明显高于对照组(96.97% VS 84.85%), 实验组患儿平均插管耗时、药液保留时间均少于对照组, 药液损失量少, 与上述研究结果一致^[3]。本次研究结果在既往临床研究的基础上随访观察两组给予保留灌肠治疗患儿治疗2w后病情康复情况, 研究具有一定的进步意义。本次研究结果显示实验组患儿治疗2w后病情好转例数明显多于对照组, 由此可见, 对于保留灌肠患儿给予用硅胶胃管旋转插入法明显优于传统橡胶管径直插入法。

综上所述, 对于小儿保留观察患儿给予硅胶胃管旋转插入法有较高的临床推广价值。

参考文献

- [1] 吴旭芬, 庚雪琴. 温开水在旋转体位清洁灌肠中的应用[J]. 医药前沿, 2015, 5(36):253-254.
- [2] 孟雪燕. 旋转体位保留灌肠治疗慢性结肠炎60例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2013, 12(33):104-105.
- [3] 邹丽君. 硅胶胃管旋转插入法在小儿保留灌肠中的应用实践[J]. 临床护理杂志, 2014, 13(6):65-67.