

溃疡性结肠炎患者保留灌肠插入不同深度的效果比较

王 静

[摘要] 目的: 比较溃疡性结肠炎患者药物保留灌肠进行不同插入深度的疗效。方法: 观察组插入 25~30 cm 以上, 对照组插入 15 cm, 比较两组的药物保留时间及治疗 2 周后的结肠镜下效果。结果: 观察组与对照组在保留时间及镜下效果方面差异均有显著性($P < 0.01$)。结论: 保留灌肠适当加大插管深度至 25~30 cm 以上, 可延长药物的存留时间, 提高灌肠的疗效。

[关键词] 结肠炎; 溃疡性; 灌肠术; 深度; 疗效

[中国图书资料分类法分类号] R 574.62 [文献标识码] A

溃疡性结肠炎是一种原因不明的直肠和结肠的慢性炎症性疾病。多发于直肠和乙状结肠, 因其具有直肠受累、连续性、上升性分布的特点, 故多采用药物保留灌肠作为治疗方法之一。而保留灌肠时, 药液在肠道内存留时间的长短将直接影响治疗的效果。为探讨肛管插入深度对药物保留时间及治疗效果的影响, 1999 年 3 月~2003 年 2 月, 我们对住院的轻、中度溃疡性结肠炎患者采用不同的插管深度进行保留灌肠, 观察其药物的保留时间及治疗 2 周后的结肠镜下效果, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 40 例均符合 1993 年全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制定的溃疡性结肠炎诊断标准^[1], 且均为结肠镜确诊的活动期溃疡性结肠炎住院患者。肠镜下表现为: 黏膜弥漫性充血、水肿, 黏膜糜烂和(或)有多发性浅溃疡(大小形态不一, 散在分布, 亦可融合), 附有脓血性分泌物。其中, 男 28 例, 女 12 例; 年龄 25~70 岁。随机分为观察组 20 例, 对照组 20 例, 两组的年龄、性别、病情、肠黏膜的病变部位及程度均有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法 两组患者均为同一药方: 锡类散 1 g, 庆大霉素 16 万 u, 地塞米松 5 mg, 溶于 100 ml 生理盐水中。灌肠时间均在晚间临睡前 8~9 时。插入深度: 观察组插入 25~30 cm 以上, 对照组插入 15 cm^[2]。均采用软质 12 号细导尿管作为导管。操作方法按《护理学基础》中保留灌肠的方法进行^[2]。2 周为一疗程。

1.3 疗效标准^[3] 采用单盲法, 治疗 2 周后由医师在肠镜下评价两组患者的灌肠效果。优: 黏膜充血、水肿消失, 糜烂修复, 浅溃疡恢复正常或仅留瘢痕,

无脓血性分泌物。良: 黏膜充血、水肿及糜烂明显减轻, 溃疡面明显缩小, 无脓血性分泌物。差: 黏膜仍存在充血、水肿及糜烂, 浅溃疡未恢复, 有少量脓血性分泌物。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

观察组与对照组的药物保留时间差异有显著性($P < 0.01$)(见表 1)。观察组与对照组治疗 2 周后的肠镜下效果差异有显著性($P < 0.01$)(见表 2)。

表 1 两组患者药物保留时间比较(n)

分组	n	< 6 h	≥ 6 h	χ^2	P
观察组	20	4	16	8.29	< 0.01
对照组	20	13	7		
合计	40	17	23		

表 2 两组患者治疗 2 周后肠镜下效果比较(n)

分组	n	优	良	差	优良率(%)	u_c	P
观察组	20	12	5	3	85	2.65	< 0.01
对照组	20	5	4	11	45		
合计	40	17	9	14	65		

3 讨论

本组资料显示, 在给溃疡性结肠炎患者行药物保留灌肠时, 适当增大肛管的插入深度, 可以明显延长药物的存留时间, 有利于肠黏膜充分吸收, 其 2 周后的结肠镜检显示, 治疗效果亦有显著提高。从人体的解剖特点来看, 肛管长约 3~4 cm, 由两种括约肌组成, 内括约肌为平滑肌, 外括约肌为横纹肌, 正常情况下肛门内外括约肌处于相互协调的状态; 直肠长约 10~14 cm, 生理状态下, 直肠内通常是没有粪便的。当肠的蠕动将粪便推入直肠时, 就会刺激直肠壁内的感受器, 而直肠对粪便的压力刺激具有

一定的阈值,当粪便或液体对直肠的压力达到此阈值时,直肠壁内的感受器就会产生冲动,冲动经盆神经和腹下神经传至脊髓腰骶段的初级排便中枢,同时上传至大脑皮质,引起便意和排便反射,此时,通过盆神经的传出冲动,使降结肠、乙状结肠和直肠收缩,肛门内、外括约肌舒张,使粪便排出体外^[4]。本观察组将插管深度增加至 25~30 cm 以上,达乙状结肠的中段,因其容量较大,单位时间内灌入的液体流入直肠的量明显减少,避免了大量液体直接进入直肠而刺激直肠引起的排便反射;并且对肛门括约肌的刺激强度亦减少,液体在肠内的存留时间相应延长^[5],即药物与黏膜的接触时间延长,促进药物在黏膜的吸收,提高了保留灌肠的疗效。因此,在给轻、中度溃疡性结肠炎患者行药物保留灌肠时,应增

加插管的深度至 25~30 cm 以上。

实践观察中,我们体会到,在增加插管深度的保留灌肠过程中还应注意:(1)肛管质地要柔软,无破损;(2)插管动作要轻,速度要慢,以免损伤肠黏膜;(3)灌肠液的流速要慢,以 10 min 为宜;(4)对位于直肠及乙状结肠的病变效果更佳。

[参 考 文 献]

- [1] 全国慢性非感染肠道疾病学术研讨会. 溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[J]. 中华消化杂志, 1993, 13(6): 354.
- [2] 殷 磊. 护理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 186.
- [3] 潘国宗, 曹世植. 现代胃肠学[M]. 北京: 科学出版社, 1994: 125.
- [4] 姚 泰. 生理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 200.
- [5] 陈伟月. 妇科术前灌肠患者的护理体会[J]. 护理研究通讯, 1994, 8(2): 8.

[文章编号] 1000-2200(2004)03-0275-02

。临床护理。

新式与传统式剖宫产术后护理观察比较

张广兰, 曹小芳

[关键词] 剖宫产术; 产科护理

[中国图书资料分类法分类号] R 719. 8; R 473. 71 [文献标识码] B

剖宫产是产科常见手术,由于手术创伤及术后疼痛,不同程度地影响了产妇身心健康。我科近年来对部分产妇采用新式剖宫产^[1],笔者对产妇进行术后护理观察时发现,与传统的纵切口剖宫产相比具有术后疼痛轻、机体恢复快、母乳喂养成功率高等优点。现将两者术后护理作一总结。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2002 年 4 月~2003 年 10 月采用新式剖宫产 60 例作为对照组。两组均为初产妇,年龄 23~30 岁,孕周 37~42 周,身体状况无手术禁忌症。

1.2 疼痛程度判断标准 疼痛程度以患者主诉为主。轻度:疼痛轻微,不影响活动,不需用镇静剂;中度:疼痛较剧,活动受限,需用一般镇痛剂;重度:疼痛剧烈,活动明显受限,需用强镇痛剂。

1.3 泌乳量判断标准 产妇泌乳量以能否满足婴儿需求而定。若 24 h 内哺乳次数 8 次,婴儿小便 6 次,二次哺乳间期婴儿很安静,表明母亲乳汁能满足婴儿需求。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

1.5 观察结果 观察组产妇术后疼痛程度明显轻于对照组 ($P < 0.005$) (见表 1)。观察组产妇术后排气时间明显早于对照组 ($P < 0.005$) (见表 2)。观察组产妇术后首次下床活动时间明显早于对照组 ($P < 0.005$) (见表 3)。

表 1 两组产妇术后疼痛程度比较 (n)

分组	n	轻度	中度	重度	χ^2	P
观察组	60	46	11	3	13.19	< 0.005
对照组	60	28	18	14		
合计	120	74	29	17		

表 2 两组产妇术后排气时间比较 (n)

分组	n	< 24 h	24~36 h	> 36 h	χ^2	P
观察组	60	18	40	2	45.24	< 0.005
对照组	60	5	19	36		
合计	120	23	59	38		

1.6 泌乳情况 观察组术后 1 天有乳汁者 60 例(100%),术后 2 天能满足新生儿需要者 56 例(93.3%),术后 3 天均能满足新生儿需要。对照组术后 1 天有乳汁者 59 例(98.3%),术后 2 天能满足新生儿需要 42 例(70%),术后 3 天能满足新生儿需要者 57 例(95%),余术后 4 天方能满足新生儿需要。

表 3 两组产妇首次下床活动时间比较 (n)

分组	n	< 24 h	24~36 h	> 36 h	χ^2	P
观察组	60	29	30	1	48.73	< 0.005
对照组	60	4	24	32		
合计	120	33	54	33		

[收稿日期] 2003-12-02

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 妇产科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 张广兰(1973-),女,安徽蚌埠人,护师。