

确定胃管是否在胃内;先抽吸胃液很可能将置管过程中带入的痰液及吞入胃内的痰液以及其他物质吸入胃管内造成胃管堵塞。而改变后的检查顺序,发生堵管的可能性大大减小。

总之,插管过程中应注意开始插管时动作应缓慢,一方面使患者有一个适应过程,另一方面避免黏膜损伤;胃管通过会咽部及食管第一狭窄处受阻时动作应轻柔,否则极易造成会咽部及食管黏膜损伤;插管过程中如患者出现呛咳,则应立即停止插入,因为此时气道已经打开,易误插入气管内;胃管入胃后缓慢拉出导丝,注意拉出导丝时如遇到阻力,将胃管退出一段再拔出导丝,然后再送入胃管。

由于新方法具有科学性,简便可行,提高了一次

性插管的成功率,值得在临床工作中加以推广。

[参 考 文 献]

- [1] 燕雅楠,孙富英.脑卒中后吞咽障碍的护理体会[J].陕西医学杂志,2008,37(4):495.
- [2] 谢佩卿,郑冬香,罗洪,等.合成胶胃管留置时间的临床研究[J].护士进修杂志,2008,23(11):973-974.
- [3] 杨淑萍,令狐雪玲.脑卒中病人留置胃管失败原因及护理[J].护理研究,2007,21(3):693.
- [4] 梅美鑫,辜娜,那晓春,等.注水诱导插管法在脑卒中患者中的应用[J].护士进修杂志,2008,23(10):937-938.
- [5] 叶柳莺,韩丽娟,张爱凤.诱导吞咽插管法在脑卒中病人中的应用[J].护理研究,2007,21(6):1470-1471.
- [6] 赵红萍,武玲娥.对脑卒中病人留置胃管的处理技巧[J].护理研究,2007,21(6):1621.

[文章编号] 1000-2200(2010)03-0305-02

· 护理学 ·

自制喂乳器在唇裂患儿术后喂养护理中的应用

康怀英,江淮芝,黄培英

[摘要]目的:探讨唇裂修复术后采用自制喂乳器滴注喂养对切口愈合的作用。方法:比较唇裂术后采用自制喂乳器滴注喂养护理组和常规喂养护理组切口的继发出血和继发畸形情况。结果:自制喂乳器滴注喂养护理组切口愈合明显优于常规喂养护理组($P < 0.01$),前者的继发出血低于后者($P < 0.01$)。结论:唇裂术后采用自制喂乳器滴注喂养护理较常规喂养护理能明显促进切口愈合,减少并发症。

[关键词] 唇裂/外科手术;喂养;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 782.21 **[文献标识码]** A

手术修复是治疗唇裂的唯一手段,治疗的成功除手术技巧外,手术后唇裂1周内的喂养方式尤为重要,在此期间喂养方式不当容易造成唇裂术后继发出血、畸形^[1]。传统唇裂患儿术后采用汤匙喂养,有一定的并发症。为改善这一临床现状,我科2004年开始对部分唇裂术后患儿行自制喂乳器喂养法喂养护理,效果满意,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006年2月至2007年11月,我科唇裂手术患儿217例。男131例,女86例;年龄4个月至3岁。随机将唇裂患儿按住院单双号分配到普通喂养组和自制喂乳器组滴注喂养中。均采用对偶三角瓣法唇裂修补术,术后21例继发出血,5例继发畸形,其余病例切口均完全愈合。

1.2 方法 普通喂养护理124例,自制喂乳器滴注

喂养护理93例。(1)普通喂养护理法:术后1周内用汤匙喂养,将患儿抱在腿上或安坐在婴儿椅中,选用平底小匙,最初可试着将匙子放在患儿唇上停留一定时间,鼓励患儿用唇部移动匙中食物,以减少唇部的吸吮力度。起初少量喂,以后逐渐增量,应尽量避免接触创口,以免引起切口感染。(2)自制喂乳器滴注喂养护理法:普通奶瓶1套;一次性输液器1套;一次性小儿胃管。将奶瓶像静脉输液方式倒挂,再将一次性输液器瓶塞穿刺针刺入奶嘴内,去掉静脉输液针(头皮针)接上剪下的胃管前段。配置好乳液装入奶瓶中,按静脉输液排液方式排出输液管中的气体,然后将与静脉输液器连接的胃管前段从一侧口角放入患儿口中,并根据患儿具体情况调节流速、流量。

1.3 观察指标 观察两组术后切口的继发出血和切口愈合情况。

1.4 评价标准 (1)继发出血:术中止血确切,术后局部张力作用导致的切口出血。(2)局部切口愈合分三期^[2],I期:黏膜色泽正常,无糜烂、穿孔;II期:局部黏膜红肿或糜烂;III期:局部切口化脓,

[收稿日期] 2009-05-27

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 整形外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 康怀英(1975-),女,主管护师。

并导致术后畸形或复裂。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

自制喂乳器滴注喂养组切口的继发出血率3.23%,明显低于普通喂养组14.52% ($P < 0.01$)。自制喂乳器滴注喂养组切口愈合优于普通喂养组 ($P < 0.01$) (见表1)。21例继发出血患儿,19例保守治疗后止血,2例手术止血。5例继发畸形或复裂者,其中4例均为Ⅲ度唇裂,1例为Ⅱ度唇裂。5例均在半年后行二次修补后痊愈。

表1 两组唇裂术后继发出血发生率和切口愈合情况比较(n)

分组	n	继发出血		切口愈合		
		发生	未发生	I期	II期	III期
普通喂养组	124	18	106	99	21	4
喂乳器滴注喂养组	93	3	90	87	5	1
合计	217	21	196	186	26	5
χ^2	-	7.75		2.84 [△]		
P	-	<0.01		<0.01		

△示 u_c 值

3 讨论

我国唇裂患儿发生率有明显上升趋势,20世纪60年代发生率为0.1%,80年代上升至0.182%。美国唇裂颌面协会在法律性文件中明确将唇裂患儿的营养状况进行严格评估,同时对患儿进食情况进行管理、指导和教育^[3]。喂养方式与唇裂患儿术后并发症之间的关系也日益为广大护理人员所重视。

唇裂是口腔颌面部常见的先天畸形,术后护理中最大的问题是术后的饮食护理。母乳、奶瓶(或吸管)喂养方法直接把乳头、奶嘴(或吸管)塞入患儿口腔,通过吸吮使口腔产生负压来达到进食目的,这样患儿因术后切口水肿、疼痛,进食时不合作,用力挣扎,乳头、奶嘴(或吸管)容易直接对术区造成摩擦、碰撞,不利切口愈合;吸吮时的负压还会造成术区张力增大;再者,母乳挤喂的动作难以与患儿的吸吮动作相协调,易引起患儿呛咳,造成切口张力过高。故而我院唇裂术后患儿常规应用汤匙喂养。从理论上讲其优点为^[4]:(1)用圆钝小汤匙直接把流汁倒入患儿口中,不接触术区,避免对术区的摩擦、碰撞;(2)与吸吮相比,口腔张力明显降低;(3)流汁品种多样,流汁量容易掌握;(4)能避免把太多的空气吸进胃里,打嗝及呛咳发生率低;另外,能减少唇部吮吸运动,有利切口的愈合。

但是传统唇裂患儿术后进食由术前的奶嘴喂养

改为汤匙喂养,往往术后进食方式的突然改变不能让患儿很快适应,因而进食时不能满足连续流动性的奶嘴喂养进食的欲望,患儿常常哭闹不止,增加了手术创口的张力;另汤匙喂养过程中患儿哭闹进食不合作,常使食物污染创口局部,从而导致切口的继发出血和继发畸形。针对这种情况并结合外院经验^[5],我们结合临床情况设计了自制喂乳器给唇裂患儿进行术后滴注喂养法。满足患儿口含奶嘴的欲望,不用吮吸即可食用奶液,患儿不会因进食而哭闹,奶液等直接进入口中不会污染创口,即使碰到创口,因管柔软亦不会发生硬性碰撞。本文观察结果也证实此方法确实能降低术后出血和畸形的发生。

自制喂乳器滴注喂养的临床特点^[6]:(1)患儿易于接受。进食器前端为胃管前段,圆滑较柔软,但较乳头硬,无法吮吸,含在口中如含有乳头感,既满足了患儿含奶嘴的欲望,又限制了吮吸,持续流淌的乳液使患儿无吮吸的疲劳,减少了家属一匙一匙喂养的麻烦及每匙之间患儿等待时的哭闹。(2)对局部创口无污染。患儿将圆滑较柔软的进食器前端的胃管前段含在口中,流速、流量又可以用输液器控制轮控制,奶液不易流出污染创口。而传统的汤匙喂养过程中,奶液经常因患儿喂食的时候不合作,洒到创口处污染创口。(3)不会发生硬性碰撞。因为进食器前端为软的硅胶管,即使发生与创口的接触,亦不会像汤匙那样的硬性材料而伤及患儿。(4)经济、实惠、方便。材料为临床常用物品,随取随用,且价格低廉,又免去了患儿家属外出购买的麻烦。(5)操作简单,家长易于掌握,有利医患双方共同协作。

通过对术后并发症发生情况的观察和分析,我们发现自制喂乳器滴注喂养法喂养护理,不但可以减轻临床护理工作强度,使患儿获得较好的营养支持,还可以减少唇裂术后并发症的发生,促进切口的愈合,提高手术成功率。

[参考文献]

- [1] 刘淑波. 唇腭裂患儿的早期评估及其喂养护理[J]. 吉林医学, 2007, 28(8): 1006-1007.
- [2] 徐元花. 腭裂修复术后切口的局部系列护理116例分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2006, 31(1): 100-101.
- [3] 李年娥. 唇腭裂术后不同喂养方式的观察[J]. 江西医学院学报, 2004, 44(2): 97-98.
- [4] 崔岩, 江丽娟. 喂养与体位护理在唇裂修复术后患儿康复中的作用[J]. 中国临床康复, 2003, 7(29): 4042-4043.
- [5] 张军, 贺莉萍. 自制气压式喂乳器在唇腭裂患儿围手术期的应用[J]. 中国实用护理杂志: 中旬版, 2006, 22(12): 11.
- [6] 赵宏, 李君, 江静霞. Ⅲ度先天性唇腭裂新生儿两种喂养方式比较[J]. 护理学杂志, 2004, 19(13): 49-50.