

## [参 考 文 献]

- [1] 杨文平, 孙明英, 申英华. 舒适护理在结肠镜检查患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(13): 115-116.
- [2] 易小青, 金艳. 舒适护理对上肢骨折后患者疼痛及满意度的影响[J]. 护理学杂志, 2008, 23(6): 18-19.
- [3] 曹伟新, 李乐之. 外科护理学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 459.
- [4] 庞久玲, 肖红双, 刘悦. 护理干预对老年患者生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(18): 2389-2390.
- [5] 刘会玲. 前列腺切除术后膀胱痉挛的疼痛控制及预防护理[J]. 护理学杂志, 2010, 17(8): 637.
- [6] 越俊, 张立生. 疼痛治疗学[M]. 北京: 华爱出版社, 1994: 23.
- [7] 傅爱凤, 黄日妹. 护理干预减轻手外科患者术后疼痛的效果观察[J]. 护理学杂志, 2009, 17(8): 603.

( 本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2011)11-1274-03

· 护理学 ·

## 一次性胃管在术前清洁灌肠中的应用

李来娟

**[摘要]**目的:探讨一次性胃管在术前患者清洁灌肠的效果。方法:将62例术前需行清洁灌肠的患者随机分为观察组36例和对照组26例。对照组采用传统灌肠袋连接肛管进行灌肠;观察组采用一次性硅胶胃管进行灌肠。比较2组患者的灌肠效果、灌肠次数及有无灌肠黏膜损伤。结果:观察组灌肠效果显著优于对照组,灌肠次数显著低于对照组,肠黏膜损伤明显减少( $P < 0.01$ )。结论:应用一次性硅胶胃管为术前患者清洁灌肠,能减少灌肠次数和肠黏膜损伤,减轻护士工作量,提高灌肠效果。

**[关键词]** 灌肠法; 硅胶胃管; 灌肠袋

[中国图书资料分类法分类号] R 452 [文献标识码] A

清洁灌肠是临床上常用的护理操作之一,也是普外科肠道手术患者术前必要的准备工作,它是将一定量的液体由肛门经直肠灌入结肠以帮助患者清洁肠道、排便排气,是反复、多次、大量、不保留灌肠<sup>[1]</sup>。肠腔清洁程度与黏膜的损伤将直接影响手术的效果及术后切口愈合的情况<sup>[2]</sup>。但在临床护理工作中,清洁灌肠常用一次性灌肠袋,患者很难一次性耐受800 ml的灌肠液,若每次灌肠液量少,就必须增加灌肠的次数,反复插入易造成患者肛周黏膜水肿及疼痛。为了减轻患者的痛苦,又能达到满意的效果,2008年10月至2009年5月,笔者采用胃管代替肛管行保留灌肠,效果甚好,现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择我科术前遵医嘱行清洁灌肠者62例,男41例,女21例;年龄23~78岁。其中直肠癌18例,结肠癌28例,结肠息肉11例,直肠腺瘤5例。患者均符合清洁灌肠的指征,无梗阻现象。随机分为观察组36例与对照组26例,2组患者的性别、年龄、症状、疾病类型具有可比性。

**1.2 用物准备** 对照组:备常规灌肠用物1套,一次性灌肠袋内盛38℃稀释肥皂液800 ml。观察组:

备常规灌肠用物,一次性灌肠袋内盛38℃稀释肥皂液1 000 ml,一次性胃管1根,石蜡油1瓶,50 ml注射器1支。

**1.3 灌肠方法** (1) 对照组:术前3 d进无渣流食,不使用缓泻剂;做好患者的解释及安慰工作,使患者配合,嘱患者取左侧卧位、屈膝,灌肠方法按常规方法进行<sup>[3]</sup>。润滑一次性灌肠袋前端肛管,分开肛门,嘱患者放松后缓慢插入,插入深度7~10 cm并固定,开放调节器,观察患者及液体流入情况,术毕拔出肛管擦净肛周,嘱患者保留5~10 min再大便,多数患者灌液后会立即排大便。(2) 观察组:2人进行操作,做好心理护理后嘱患者取左侧卧位、屈膝。操作者甲:石蜡油润滑胃管末端,再用一次性注射器抽取石蜡油并与一次性胃管连接;操作者乙:嘱患者深吸气放松,插入一次性胃管。由于一次性胃管较软、细,易因粪便阻力在肠腔内盘曲或被粪便堵塞,因此在操作者乙插入过程中,操作者甲应持续推注射器,一方面可增加胃管的硬度,保持胃管的伸展,另一方面,石蜡油可润滑、软化及冲开粪便避免堵塞,利于导管通行。在胃管插入10 cm时停留10 s,此后胃管每进入7 cm就停留1次,至深25~30 cm后固定,然后再接一次性灌肠袋,开放调节器,滴入灌肠液。插入过程中,33例患者均一次性插管成功,另外3例经调整胃管角度后也顺利插入。插管及灌肠过程中密切观察患者及液体流入情况,

[收稿日期] 2010-10-19

[作者单位] 江苏省连云港市第一人民医院 普外一科 222002

[作者简介] 李来娟(1980-),女,护师。

若液体滴入不畅可回拔胃管少许,调整位置后继续插入,1 000 ml 灌肠液约 15 min 灌完,灌完后拔出胃管,嘱患者床边活动,并保留 5 min 后再大便。灌肠 3~4 次,患者排出清水样便无肉眼可见粪渣即可。

1.4 效果评价标准 (1) 患者排出液无渣时,记录 2 组患者的灌肠次数。(2) 肠腔清洁程度判断:术中医生可见肠道内清洁无粪渣,无粪水潴留,肠液清亮。(3) 2 种灌肠方法有无直肠黏膜损伤的比较。直肠黏膜损伤纤维结肠镜检查可见直肠、乙状结肠黏膜水肿、充血、糜烂,黏液较多;轻者接触性损伤渗血,重者直肠黏膜呈条片状撕脱<sup>[4-5]</sup>。

1.5 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验和秩和检验。

## 2 结果

2.1 2 组患者灌肠次数的比较 观察组较对照组的灌肠次数明显减少( $P < 0.01$ ) (见表 1)。

表 1 2 组患者灌肠次数的比较 [ $n$ ]

分组	$n$	2~3 次	4~5 次	>5 次	$u_c$	$P$
对照组	26	0	4	22		
观察组	36	28	8	0	6.96	<0.01
合计	62	28	12	22		

2.2 2 种灌肠方法清洁程度比较 观察组灌肠后清洁度明显优于对照组( $P < 0.01$ ) (见表 2)。

表 2 2 组患者灌肠后清洁程度的比较 ( $n$ )

分组	$n$	有粪渣	无粪渣	有粪渣率(%)	$\chi^2$	$P$
对照组	26	12	14	46.2		
观察组	36	5	31	13.9	7.73	<0.01
合计	62	17	46	27.4		

2.3 2 种灌肠方法肠黏膜损伤比较 观察组仅 1 例感肛周不适,无黏膜损伤;而对照组有 10 例感肛周不适,并伴有不同程度的黏膜损伤。2 组差异有统计学意义( $P < 0.01$ ) (见表 3)。

表 3 2 组患者肠黏膜损伤比较 ( $n$ )

分组	$n$	损伤	无损伤	损伤率(%)	$\chi^2$	$P$
对照组	26	10	16	38.5		
观察组	36	1	35	2.8	10.84	<0.01
合计	62	11	51	17.7		

## 3 讨论

临床常规使用一次性灌肠袋灌肠,插管深度只

有 10 cm 左右,而直肠长度 12~15 cm,乙状结肠长 40 cm,故肛管只能达到直肠与乙状结肠交界处<sup>[3]</sup>。由于一次性灌肠袋前端连接的肛管较粗硬,弯曲度小,插管不能太深,否则易引起黏膜损伤。同时由于肠道内粪便的阻力及肠道蠕动的的作用,灌肠液大量流入直肠,当直肠内压力  $> 7.3$  kPa 时,直肠壁感受器就产生强烈兴奋,使患者马上排便。因此灌肠液只作用于直肠、结肠下段,而无法到达乙状结肠上段,故很难将该段的粪便冲洗干净,由于肠蠕动的的作用,粪便很快下排,造成需反复给予患者灌肠才能达到肉眼看不见灌肠液中的粪渣,从而导致患者身心疲惫,直接影响手术效果<sup>[6]</sup>。

一次性硅胶胃管直径小,细且柔软,插入 25~30 cm 可直接作用于乙状结肠,位置够深,结肠容量大,能容纳更多的灌肠液而不致增加患者痛苦,保留时间较长,利于粪便的软化溶解及肠道清洁,并有石蜡油的润滑及软化,因此不易造成插管疼痛,灌入液体不直接刺激直肠壁内感受器,不立即形成排便反射,利于液体灌入<sup>[7]</sup>;并且在灌肠过程中适当抬高臀部,可产生较低的灌肠压力,可有效保留灌入液体,减少漏液,利用液体的流动性和重力作用,灌入结肠较多的液体,以患者能耐受的最大量为准,使液体缓慢充分充盈乙状结肠,灌入液体,嘱患者保留 10~15 min,能较长时间保留在大肠内与干结的粪便充分接触,从而达到软化粪便的目的<sup>[8]</sup>,起到较好的清洁肠道效果。灌肠时,注意用液体石蜡充分润滑胃管前端,动作轻柔,通过直肠骶曲和会阴曲时,适当调整肛管插入方向,边插边润滑肛管。灌肠液温度保持在 39~41 °C,充分排尽肛管内气体后,再排出适量灌肠液,使肛管稍变软,减少肛管对肛门和肠黏膜的机械刺激。如果灌肠过程中液体滴入不畅,不可来回抽动肛管,可指导患者适当变换体位或轻轻转动肛管即可。

本文结果表明,运用一次性胃管代替一次性灌肠袋明显减少了术前清洁灌肠次数( $P < 0.01$ ),也减少了护士的工作量,更减轻了患者的痛苦,避免了肠黏膜损伤,灌肠效果好,适合普外科肠道手术术前准备。同时我科根据以上灌肠方法对肠梗阻患者保守治疗、肠道炎症行药物保留灌肠治疗者、肠粪石患者、消化道钡剂造影后钡剂的排出等治疗中,根据病变部位直接将胃管插入到病变部位后再行灌肠治疗,取得很大疗效,值得临床推广。

### [参 考 文 献]

[1] 王变丽,司彤云.改进法对大肠癌患者术前清洁灌肠效果分析

- [J]. 中国医药导报 2007 6(18):113.
- [2] 燕晓莉,肖静. 一次性硅胶胃管缓注法清洁灌肠在老年患者中的应用[J]. 解放军护理杂志 2007 24(10A):49-50.
- [3] 丁言雯. 护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:173-195.
- [4] 江礼华,谭春红. 一次性肛管对直肠粘膜损伤观察[J]. 福建医药杂志,1997,19(5):149.
- [5] 张云青,杨光中. 误用高浓度新洁尔灭灌肠 2 例[J]. 西南国防医药,1996,6(4):205.

- [6] 王亚琴,马晨霞. 老年患者清洁灌肠的研究进展[J]. 护理研究 2006 20(9):2360-2361.
- [7] 于芳,郑田淑,林江丽. 巧用一次性胃管灌肠[J]. 解放军护理杂志 2003 20(2):101.
- [8] 程明芝. 应用一次性硅胶胃管清洁灌肠治疗化疗患者便秘的护理[J]. 健康大视野:医学分册 2007 2(2):114-115.

(本文编辑 刘璐)

[文章编号] 1000-2200(2011)11-1276-02

· 护理学 ·

## 冠状动脉介入治疗冠心病合并糖尿病围手术期的护理体会

吴红莲

[摘要]目的:探讨冠状动脉介入治疗(PCI)冠心病合并糖尿病的护理方法,减少并发症的发生。方法:对 95 例冠心病合并糖尿病患者采取护理措施,加强并发症的监测及护理。结果:95 例中无护理并发症的发生,PCI 成功率 100%。结论:重视手术后并发症的监测以及血糖的监测与控制,发现异常及时处理,加强心理护理及健康教育,能有效消除或减轻并发症的危害,大大提高冠心病合并糖尿病患者 PCI 成功率。

[关键词] 冠状动脉疾病;糖尿病;围手术期;护理;介入治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 543.3 [文献标识码] A

糖尿病是冠状动脉粥样硬化的主要危险因素之一,糖尿病患者冠心病的发生率高,约 80% 死于心血管疾病,其中 75% 死于冠心病,心肌梗死发生率高,预后差<sup>[1]</sup>。冠心病合并糖尿病患者行冠状动脉介入治疗(PCI)能有效提高糖尿病的疗效和安全性<sup>[2]</sup>。但 PCI 是一种有创性的治疗方法,手术应激、情绪紧张、饮食等因素都会使患者血糖升高或降低,造成糖代谢紊乱;加上合并糖尿病患者虽然 PCI 即刻造影成功率较高,但再狭窄率较高,并可能增加心血管事件<sup>[2]</sup>。因此,对冠心病合并糖尿病行 PCI 的患者,加强护理对确保手术成功具有重要意义。2008 年 7 月至 2010 年 7 月,我科对行 PCI 的 95 例冠心病合并糖尿病患者进行围术期护理,现作报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 95 例,男 54 例,女 41 例;年龄 43~75 岁。病变血管计算左冠状动脉主干、左前降支、左回旋支和右冠状动脉,其中左主干狭窄 $\geq 50\%$ ,其他冠状动脉狭窄 $\geq 70\%$ 定为有病理意义改变。本组单支病变 15 例,双支病变 49 例,三支病变 31 例,共植入支架 206 枚。糖尿病诊断采用 1997

年美国糖尿病协会的标准:(1)有明确的糖尿病史,并已服用降糖药或使用胰岛素;(2)空腹血糖 $>7.0$  mmol/L 和(或)餐后血糖 $>11.1$  mmol/L。

1.2 PCI 将指引导管送至狭窄的冠状动脉口,根据病变性质沿导引钢丝送入相应大小的球囊预扩张后植入支架,或者沿导引钢丝直接送入支架,以不同的压力扩张后造影,手术成功标准是支架贴壁良好,冠状动脉无狭窄,血流达到 TIMI 3 级。

1.3 结果 95 例患者手术均获成功,好转出院。有 5 例术后血糖升高,2 例发生 PCI 相关并发症(低血压 1 例,切口出血 1 例),经及时处理后均得到有效控制,术后恢复良好,PCI 成功率 100%。

### 2 护理

2.1 一般护理 遵医嘱完成常规的检查 and 实验室检验、药物过敏试验、皮肤准备及口服抗血小板聚集药物等。根据患者的年龄及肾功能按医嘱予水化治疗。

2.2 心理护理 针对患者具体情况,详细介绍手术的目的、方法及意义,手术的简单过程,术中配合方法及术后注意事项,采用冠状动脉造影的图片、文字、录像等形式向患者讲解,同时让已手术并取得良好效果的患者现身说法,消除患者的焦虑及恐惧心理。

2.3 健康教育 告诉患者血糖控制在 PCI 术中及

[收稿日期] 2010-10-25

[作者单位] 南通大学附属医院 心内科 江苏 南通 226001

[作者简介] 吴红莲(1973-),女,主管护师。