

- [2] Peritoneal Dialysis Adequacy 2006 Work Group. Clinical practice guidelines for peritoneal adequacy, update 2006 [J]. Am J Kidney Dis, 2006, 48 (Suppl 1): S91 - S97.
- [3] 王文娟, 应迎娟, 吴春燕, 等. 钝针在血液透析内瘘穿刺技术中的应用 [J]. 中华肾脏病杂志, 2010, 26 (5): 369.
- [4] 韩晓燕, 车淑华, 刘沫, 等. 钝针扣眼法在血液透析内瘘穿刺技

术中的应用与体会 [J]. 哈尔滨医药, 2012, 32 (3): 227.

- [5] 罗招芬, 陈慧仙, 许秀君, 等. 应用扣眼穿刺法预防内瘘血管瘤样扩张的效果观察 [J]. 解放军护理杂志, 2013, 30 (17): 74 - 76.

(本文编辑 刘梦楠)

[文章编号] 1000-2200(2014)08-1152-02

· 护理学 ·

改良灌肠法对小儿高热惊厥的效果分析

刘 昕

[摘要] **目的:**探讨急诊小儿高热惊厥改良灌肠方法,提高灌肠效果。**方法:**选择急诊灌肠治疗的高热惊厥患儿 46 例,随机分为观察组和对照组各 23 例,对照组采用传统灌肠方法,观察组采用改良灌肠方法,即采用俯卧位插管,插入深度 15 ~ 20 cm,灌肠结束保留导管 5 min。观察灌肠效果与灌肠液外流率。**结果:**观察组患儿惊厥控制总有效率为 91.31%,高于对照组的 65.22% ($P < 0.05$),灌肠液外流率发生率为 17.39%,明显低于对照组的 65.22% ($P < 0.01$)。**结论:**改良灌肠法用于小儿高热惊厥,效果显著,灌肠液外流率低。

[关键词] 惊厥;高热;灌肠法;小儿

[中国图书资料分类法分类号] R 720.597 [文献标志码] A

高热惊厥是常见的儿科急诊,急救以尽快控制惊厥、减少脑缺血缺氧时间为原则。但惊厥发作时,小儿静脉穿刺较困难,而地西洋肌内注射可引起呼吸功能抑制等严重并发症^[1-2],水合氯醛保留灌肠是控制高热惊厥的有效措施^[3]。传统方法为患儿灌肠时,经常遇到灌肠液外流,床单污染,灌肠效果差等情况。我科采用改良灌肠法对小儿高热惊厥进行灌肠,取得显著效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 6 月至 2012 年 5 月,我院门诊治疗室应用 10% 水合氯醛灌肠镇静治疗高热惊厥患儿 46 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组各 23 例,观察组男 11 例,女 12 例,年龄 0.8 ~ 4.6 岁,腋下温度 (39.2 ± 0.4) °C;对照组男 13 例,女 10 例,年龄 0.8 ~ 4.2 岁,腋下温度 (39.1 ± 0.5) °C。2 组性别、年龄、病因、病程均具有可比性。

1.2 方法 2 组灌肠时均用 20 ml 注射器抽取 10% 水合氯醛溶液 (本院制剂室提供) 0.5 ml/kg 与注射用水 5 ml 混合 (温度 38 °C,水合氯醛总剂量 ≤ 10 ml),连接一次性硅胶 F12 吸痰管,暴露肛门。对照组患儿取左侧卧位,轻轻插入 7 ~ 10 cm,缓慢

注入,注射完毕反折导管轻轻拔出。观察组患儿俯卧于床上,抬高臀部 20 cm,腹部垫 1 ~ 2 个软枕支撑,头偏向操作者;月龄较小的婴儿,助手轻扶其腰部,轻轻插入 15 ~ 20 cm,注射完毕反折导管末端,用血管钳夹紧,保留 5 min 后拔出,用手纸轻轻按揉肛门处。2 组同时均予地西洋及安乃近针肌内注射配合治疗。

1.3 效果与灌肠液外流观察 疗效评定:用药后 3 min 或 3 min 以内抽搐停止者为显效;用药后 3 ~ 5 min 抽搐停止者为有效;用药 5 min 以后仍抽搐不止者为无效。显效 + 有效为总有效率。灌肠过程中观察是否出现灌肠液外流。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组患儿惊厥控制有效率比较 观察组患儿惊厥控制总有效率为 91.30% (21/23),高于对照组的 65.22% (15/23),差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.60$, $P < 0.05$)。

2.2 2 组患儿灌肠液外流情况比较 灌肠过程中观察组患儿灌肠液外流发生率为 17.39% (4/23),明显低于对照组的 65.22% (15/23) ($\chi^2 = 10.85$, $P < 0.01$)。

3 讨论

3.1 水合氯醛的药效及给药方式 水合氯醛具有

[收稿日期] 2013-01-13

[作者单位] 淮北矿工总医院 门诊部,安徽 淮北 235000

[作者简介] 刘 昕 (1969 -),女,主管护师。

催眠、抗惊厥的作用,还原成分三氯乙醇对中枢神经系统抑制作用强,能有效缓解高热惊厥抽搐。水合氯醛灌肠给药,由于直肠齿状线以上的黏膜和直肠黏膜下均有丰富的静脉丛,且小儿肠壁薄,通透性强,注入药物后可直接吸收入血,不被肝脏破坏,药物吸收快而安全,对惊厥抽搐控制效果良好^[4]。采取适宜的灌肠方法,保障药液的吸收是提高治疗效果的基础。

3.2 改良灌肠法优点 本研究结果显示,2组灌肠总有效率、灌肠液外流率差异均有统计学意义($P < 0.05$),究其原因,与下列因素有关:(1)插管深度不同。根据小儿生长发育及直肠肛门局部解剖的特点,婴儿直肠长度平均10.8 cm,3~10岁增长缓慢,10岁以后增至成人长度,而乙状结肠变化不大,平均长度为38 cm。对照组插入深度为7~10 cm,导管前端仅达直肠,药液只能达到直肠下段,可直接刺激直肠引起排便反射,致使药液在肠内的保留时间短,不能得到充分吸收。观察组插入15~20 cm,导管前端达乙状结肠中段,结肠容量大,利于药液的保留吸收,引起排便反射的机会少,效果显著。(2)保留灌肠的治疗效果与药液在肠内停留的时间长短成正比^[5]。正常人的直肠内通常没有粪便,只有当粪便和液体从乙状结肠进入直肠时,刺激直肠壁内的感受器,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,同时上传到大脑皮层方引起便意。观察组抬高肛门插管,乙状结肠和降结肠处于较低水平,液体可顺利进入结肠,使灌肠液直接刺激直肠产生便意的时间延迟,且肛门位置高,便于保留灌肠液,药液在肠道内保留时间延长,扩大与结肠黏膜接触面积,防止药液流出和利于药物的吸收充分,从而达到有效治疗的目的。(3)保留导管延长药液吸收。高热惊厥患儿多伴大便失禁,灌肠时患儿神志不清,肛门括约肌松弛,灌肠结束保留导管能有效避免导管拔出时灌肠液流出,使药液在肠内的存留时间延长,保证肠道充分吸收。观察组拔管后轻揉肛门处,会使隔下神经兴奋,肛门内括约肌收缩,乙状结肠及结肠舒张,抑制排便反射,利于药物保留,减

少灌肠液外流。传统法灌肠结束拔出导管时,惊厥状态下肛门括约肌松弛,使一部分药液流出,或随大便排出药液并随导管流出,使药液在肠内的保留时间缩短,有效药液量减少,直接影响灌肠效果。(4)俯卧位易于固定。当患儿取俯卧位时,无论是父母抱小儿或是让其俯卧在床上进行操作,都易于固定患儿,使导管能顺利插入所需的深度,单位时间内灌肠液流入直肠的量减少,避免了药液流入直肠引起的排便反射,液体在肠内的存留时间相应延长,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。俯卧位时头偏向一侧,便于分泌物流出,保持患儿呼吸道通畅,对呼吸、脉搏均无显著影响。(5)合适的温度和材料保障安全。灌肠时将药液温度调至38℃,与肠腔温度接近,可减少药液对肠道的冷刺激,增加局部血液循环,加快吸收;一次性硅胶吸痰管质地较软,避免插管刺激引起疼痛诱发患儿排便反射。灌肠过程中护士操作轻柔,不可用力过猛,避免患儿哭闹、挣扎,腹部压力增加会使灌入的药液流出,导致效果下降。

小儿改良灌肠法取材方便,操作简单,灌肠效果明显,且不良反应减少^[6],避免了小儿静脉穿刺和服药的痛苦,哭闹、呛咳和呕吐发生率低,减少护理人员工作量,值得临床推广。

[参 考 文 献]

- [1] 蒋丰智,李军,肖成伟. 布洛芬与地西洋联合灌肠在小儿高热惊厥急救中的应用[J]. 中国药物与临床,2012,12(1):109-110.
- [2] 李文静,宋华,裴俊清,等. 针刺配合地西洋灌肠治疗小儿高热惊厥28例疗效观察[J]. 河北中医,2011,3(4):573-574.
- [3] 李晓岚. 水合氯醛联合对乙酰氨基酚灌肠治疗小儿惊厥的疗效分析[J]. 国际儿科杂志,2014,4(2):208-209.
- [4] 马晓敏,刘士方. 水合氯醛灌肠治疗婴幼儿高热惊厥36例效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(7):10.
- [5] 陈红,占小春,刘春燕. 清洁灌肠后保留灌肠辅助治疗婴儿腹泻效果观察[J]. 护理学杂志,2009,24(5):52.
- [6] 王燕青,吴晓,谢静娜. 不同浓度水合氯醛保留灌肠用于婴幼儿镇静的效果观察[J]. 护理与健康,2011,10(7):608-609.

(本文编辑 姚仁斌)