

一次性胃管在导尿困难低体质量新生儿围术期的应用及护理体会

福建省妇幼保健院 福建医科大学妇儿临床医学院新生儿外科 (福州 350001) 郑 珠 王捷婷¹ 方雪娟 刘明坤²

在临床工作中,导尿术是医疗护理操作中最常见的操作之一,包括为患儿留取尿液标本,为临床医生提供疾病诊断依据;为尿潴留患儿解除痛苦,以及为重症患儿准确记录尿量等等,同时也是大、中手术前准备不可缺少的步骤。导尿是否顺利,直接影响手术的开展和患儿的康复^[1]。新生儿特别是低体质量儿尿道较细小,导致常规导尿管插管困难,造成导尿成功率低甚至导尿失败等问题。2016 年以来,我科采用 6F 一次性硅胶胃管代替导尿管给部分低体质量新生儿导尿,此方法减少了反复插管带来的损伤及因导尿管型号过大不能插入而耽误病情,且胃管表面长度标记明确,护士在操作过程中很容易掌握插入尿管的深度,使之准确无误,给护理工作带来便捷、实用,临床应用效果较好。现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:我院新生儿外科 2016 年 5 月至 2022 年 5 月收治的低体质量、用一次性胃管行导尿的新生儿 20 例,其中在病房导尿 3 例,手术室导尿 17 例,均为男性,年龄 9 h~10 d,体质量 0.8~2.2 kg,在病房 3 例均为重症病例,1 例为消化道穿孔并休克,2 例为新生儿出血坏死性肠炎;在手术室留置导尿的患儿包括新生儿出血坏死性肠炎 5 例,先天性肠闭锁 3 例,胎粪性腹膜炎 1 例,肠旋转不良 3 例,先天性膈疝 2 例,先天性食道闭锁 3 例。

1.2 导尿及护理

1.2.1 操作前评估:病房病情危重患儿导尿前详细评估全身情况,遵医嘱予导尿,导尿过程中密切注意患儿生命征。手术室术前导尿在气管插管全麻状态下为患儿进行导尿。常规先选择 6F Foley 气囊导尿管进行导尿,判断无法置入时或者留置困难者改用一次性 6F 硅胶胃管进行导尿管置管。

1.2.2 导尿材料准备:常规导尿用物 1 套、6F Foley 气囊导尿管一根(大连库利艾特医疗制品有限公司,辽械标准 20192140050),6F 一次性胃管一根(苏州市鑫达医疗器械有限公司,YZB/苏 0994-2014),该胃管采用硅橡胶材料,前端依次有 3 个侧孔、(要量一下前端到第 3 个侧孔的长度,以证实 3 个侧孔都能进入膀胱内)一次性引流袋 1 个,胃管尾端可接于引流袋宝塔型接头,宽 1 cm 胶布 1 条。

1.2.3 操作方法:仰卧位,臀部用治疗巾稍垫高,双下肢分开稍外展,双膝微屈,充分显露外阴。常规消毒会阴部至双侧腹股沟,铺一次性孔巾;操作者左手拇指、食指将男婴包皮向下推,充分暴露尿道外口,右手持润滑后的 6F Foley 气囊导尿管经尿道外口缓慢置入;反复置入受阻或者操作者据经验判断无法置入时改用 6F 一次性使用胃管,胃管前端外涂石蜡油润滑,右手以小血管钳夹住鼻胃管的前

端,对准尿道外口插入,插入尿道时缓慢轻柔,旋转进入。男婴儿一般置入 6~12 cm,见尿液流出再插入 1 cm 左右,然后用“人”型胶布固定。胃管的末端连接集尿袋,保持集尿系统密闭性,妥善放置集尿袋。

1.2.4 护理方法:遵守操作规程,妥善固定,防止导尿管滑脱,每日早晚予碘伏消毒尿道口并喷洒洁悠神,防止尿路感染;定期更换引流袋,每日更换 1 次;注意连接处无菌,引流管和集尿袋切勿高于耻骨联合平面,防止逆行感染;每周做尿常规检查,定时倾倒尿液,注意观察尿液的颜色;如果需长时间留置尿管,一般 7 天更换 1 次,严格执行无菌原则。

2 结果

本组患儿 20 例均成功使用一次性硅胶胃管进行导尿管置管,保留尿管期间,固定良好无脱落;1 例尿流不畅,尿液从导尿管旁渗漏,考虑尿垢阻塞管腔引起,经积极膀胱冲洗后引流通畅,其余 19 例引流通畅未发生堵管、渗漏;均未发生尿路感染,平均留置时间(4.3±1.1) d;拔除尿管顺利无断裂,拔管后小便正常,无血便。

3 讨论

在儿科临床工作中,导尿方法是医疗护理操作中常见的技术手段,导尿是否成功关系到患儿的治疗,特别是对低体质量新生儿病情的观察。目前,儿科特别是新生儿外科临床使用的常规导尿管是双腔气囊硅胶管导尿管(儿童型 Fr6),前端圆头呈多孔状,约 2 cm 处有一可容纳 1 mL 气体或液体的气囊,由于新生儿特别是低体质量新生儿是一特殊人群,其泌尿器官部分尚未发育成熟^[2],对导尿管及操作均有较高要求。常规气囊导尿管常导致插管困难、黏膜损伤^[3]。临床实践证明,用 6Fr 气囊尿管进行导尿时有少部分患儿尿道不能通过,因此,我们改用一次性硅胶胃管(外径 1.8 mm, Fr6),均顺利留置了尿管,保证了治疗的效果。

3.1 采用一次性硅胶胃管的优点:硅胶材料是世界卫生组织认定的可长久留置人体内的材料之一,具有良好的组织相容性,留置时间长,适用于危重患儿^[4]。一次性硅胶胃管跟常规硅胶导尿管一样,留置导尿后释放的毒性少,引起尿道黏膜损伤轻,是临床常用的材料。其相比气囊尿管具有以下优点:1) 插管容易,有效提高了导尿成功率:一次性胃管软硬适中,导管与尿道黏膜接触面积小,表面光滑,能顺利通过男性婴幼儿尿道的 3 个狭窄部位,又能随尿道的结构走形适当改变走向,提高了导尿成功率。2) 降低了发生新生儿尿道损伤的可能:一次性胃管管径相对较小,置管过程中与尿道黏膜产生的摩擦力小,降低了损伤尿道的可能,而气囊尿管在拔管后常因前端舒张的气囊可能卡压细小尿道造成

1 手术室; 2 通信作者, Email: 529338548@qq.com

拔管困难, 损伤泌尿道黏膜。使用一次性胃管避免了这一风险^[5]。3) 有效减轻患儿疼痛、哭闹等不适: 一次性胃管置管容易且损伤小, 避免了膀胱造瘘等有创性操作, 减轻患儿痛苦, 并且取材方便、经济。

3.2 常见问题及处理: 1) 置一次性硅胶胃管尿管时, 首先注意置管深度, 一次性硅胶尿管前端依次有 3 个侧孔, 要保证 3 个侧孔完全进入膀胱, 减少尿液渗出的发生, 勿进入过多, 以免导管在膀胱内打折导致引流不畅^[6]。因用镊或钳类夹持导管难以旋转, 所以需戴无菌手套后手持导管旋转插管以提高插管成功率^[7]。2) 一次性尿管前端没有气囊固定导致容易脱出、意外拔管^[8]。我们采取双处固定尿管, 分别为在尿道口采取胶带环形(或者人形)固定于阴茎上; 另一处再用透明敷贴将鼻胃管妥善固定于患者大腿内侧。3) 引流不畅: 新生儿尿道细, 加上尿管管径小, 容易导致引流不畅。本组 1 例发生尿管堵塞, 系尿污堵管引起, 予膀胱冲洗通管, 再置管后注意保护导尿管, 防止受压和打折, 避免反复试插球囊导管损伤尿道, 防止出血形成血块, 必要时做膀胱冲洗。有临床研究提示, 膀胱冲洗可以预防小儿术后留置尿管堵管、感染^[9]。4) 尿路感染: 有报道显示, 导尿管留置时间、导尿管更换间隔时间过长是临床留置尿管发生尿路感染的独立危险因素, 医护人员需采取相应措施预防尿路感染^[10]。本组中无一例发生尿路感染(我们早晚予碘伏消毒尿道口并喷洒洁悠神从而避免以上危险因素, 防止尿路感染)。另外, 在临床上还需关注因细小尿管尿垢引起的尿流不畅堵管、漏尿引起的感染, 保持尿管通畅, 严格无菌操作, 以防止尿路感染。

综上所述, 特殊情况下使用一次性胃管替代尿管留置导尿, 选材方便、操作顺利。使用该方法解除了护理人员因留置尿管困难引起的困惑, 增强了信心, 最主要的是可以减轻患儿痛苦, 提高舒适度, 体现了人性化护理, 故值得推广。

参考文献

- [1] 李艳玲. 导尿及留置尿管的护理进展 [J]. 护士进修杂志, 2000, 15 (7): 487-488.
- [2] 邵肖梅, 叶鸿瑁, 丘小汕. 实用新生儿学 [M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 925.
- [3] 据庆英, 牛贺斌, 李晓华, 等. 16 例气囊导尿管致尿道损伤病人的护理 [J]. 护理研究, 2007, 21: 540-542.
- [4] 陈斌. 硅胶导尿管在游离黏膜尿道成形术中的应用 [J]. 护理研究, 2008, 22 (3): 725-726.
- [5] Robson W L, Leung A K, Thomason M A. Catheterization of the bladder in infants and children [J]. Clin Pediatr (Phila), 2006, 45: 795-800.
- [6] 杨芹, 吴旭红, 辛悦, 等. 新生儿男婴 6F 气囊导尿管置入长度的初步探索 [J]. 北京医学, 2019, 41 (11): 70-74.
- [7] 邱祖影, 罗文英. 鼻胃管在儿科导尿管困难患儿中的应用效果分析 [J]. 医药前沿, 2019, 4 (9): 12.
- [8] 李云. 导尿中常见的问题及处理 [J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 12 (20): 2199-2200.
- [9] 张成英, 余良英, 何英, 等. 膀胱冲洗对预防小儿术后留置尿管感染的临床研究 [J]. 护理研究, 2005 (2): 148-149.
- [10] 赵丹洋, 郭巧芝, 崔彦芹, 等. CICU 患儿尿管相关性尿路感染危险因素分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26 (3): 671-673.

综合护理干预对支原体肺炎合并心肌损害患儿病情康复的影响

厦门大学附属妇女儿童医院 厦门市妇幼保健院 (厦门 361000) 龚琦玮 单建霞

支原体感染主要通过飞沫传染, 易造成呼吸道疾病, 严重时会对患儿多系统造成损伤, 以心肌损伤最为明显^[1-2]。因此, 采取有效的预防和护理措施, 对改善患儿病情具有重要意义。综合性护理干预护理人员工作主动性强, 能够加强护理团队的协作精神, 护理内容较为全面, 根据患儿的实际需求制订护理方案, 尽可能满足患儿住院期间的护理需求, 利于改进护理质量^[3]。基于此, 本文以支原体肺炎合并心肌损害患儿 80 例为对象, 分析综合护理干预对支原体肺炎合并心肌损害患儿病情康复的影响, 以为疾病护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 收集 2020 年 3 月至 2022 年 3 月我院支原体肺炎合并心肌损害患儿 80 例, 随机分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组男 19 例, 女 21 例, 年龄 1~8 (4.43±0.52) 岁, 病程 6~32 (14.23±2.43) d; 观察组男 21 例, 女 19 例, 年龄 1~9 (4.56±0.55) 岁, 病程 5~32 (14.19±2.65) d。研究经我院医学伦理委员会批准。两组一般资料比较, 差异无统计学意义, 具有可比性。入选标准: 均符合支原体肺炎相关诊断标准^[4]; 无意识障碍, 生命各项体征

稳定; 自愿加入, 签署知情同意书者。排除标准: 合并心、肝、肾等重要器官功能不全者; 合并精神疾病患者; 合并细菌感染等其他肺部疾病者; 合并先天性疾病者。

1.2 方法:

1.2.1 护理方法: 1) 对照组: 给予常规护理。密切监测患儿各项生命体征, 病房巡视次数增加, 如有异常情况, 应及时告知主治医生, 指导患儿家属配合主治医生进行对症处理。2) 观察组: 给予综合性护理干预。①健康教育。护理人员根据患儿的年龄及家属的认知水平有针对性地介绍支原体肺炎合并心肌损害疾病的有关知识、治疗过程, 并强调积极配合治疗的意义。鼓励患儿家属积极参与到患儿的治疗中, 多关心患儿, 尽量满足患儿要求。②心理护理。护理人员采用亲切的语言与患儿交流, 通过一些互动, 减少与患儿之间的距离感, 如一起做游戏, 讲故事, 唱儿歌等, 展开患儿喜欢的的话题, 鼓励和肯定患儿, 使患儿的积极性得到提高。③呼吸道护理。护理人员协助患儿保持利于呼吸通畅的体位, 定期对患儿血气进行监测分析, 并根据分析结果及时调整吸氧量。针对痰液较多患儿可采用雾化吸入法, 促进呼