

4 小结

微创经皮肾镜钬激光碎石手术具有创伤小、出血量小、结石取尽率高、并发症少、术后恢复快等优点,已逐渐被患者接受,为了使手术能顺利进行,手术室护士应该熟悉钬激光碎石机的性能,掌握其各种工作参数,熟练配合手术医生进行手术并做好患者的护理工作,保证患者安全顺利地通过手术关。

参考文献

1 Tan AH, Al-Omar M, Denstedt JD, et al. Ureteroscopy for pediatric

urolithiasis: an evolving first-line therapy[J]. Urology, 2005, 65(1): 153-156.

2 郭凌峰. 钬激光在泌尿外科的应用[J]. 医学综述, 2010, 16(14): 2195-2197.

3 刘冠昭, 李 逊, 吴开俊, 等. 输尿管硬镜联合钬激光碎石治疗输尿管上段结石[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(9): 16-18.

4 苏依莱, 莫 默, 吴健凡, 等. 微创经皮肾镜取石术出血原因及护理对策[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(1): 79-80.

[收稿日期 2011-02-20][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪(见习)]

护理研讨

新生儿胃食管反流的临床观察及护理体会

梁 丽

作者单位: 530300 广西, 横县妇幼保健院护理部

作者简介: 梁 丽(1962-), 女, 中专, 主管护师, 研究方向: 儿科护理。E-mail: liangli620630@163.com

[摘要] 目的 研究新生儿胃食管反流的护理方法。方法 对新生儿病区收治的 55 例患有胃食管反流的新生儿, 采用洗胃、安置、抚触、体位和饮食调整以及药物相结合等综合治疗和护理。结果 55 例新生儿胃食管反流次数明显减少。结论 运用这种综合治疗和护理干预措施, 能够有效控制并治疗新生儿的胃食管反流, 从而降低胃食管反流引发并发症的发生率, 有利于患儿体重的增长。

[关键词] 新生儿; 胃食管反流; 护理

[中图分类号] R 473.72 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)05-0476-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.05.31

胃食管反流是指由于各种局部或全身原因引起食管下端括约肌功能不全, 胃内容物逆流进入食管及其以上部位而产生的上消化道功能紊乱性综合征。反流的胃内容物包括酸性胃液、不同 pH 值的食物、碱性胆汁及空气(由于哭闹及胃扩张所致)。反流物可到达食管的任何部位、咽喉部、口腔、鼻腔, 甚至通过咽部进入气道^[1]。胃食管反流多发生于新生儿期, 多数情况下并不需要特别处理。尤其是早产儿发病率较高, 又称“溢乳”, 其他与新生儿胃食管反流有关的因素还有胃排空延迟和腹内压增高。新生儿胃食管反流大多数出现溢奶、吐奶或呕吐等症状, 可导致新生儿吸入性肺炎、窒息、呼吸暂停及营养不良、体重不增等并发症。我们对 2008-01~2009-10 入住我院儿科新生儿病区的 55 例新生儿胃食管反流患儿, 采取相应的治疗和护理干预措施, 取得了良好的治疗效果, 现报告如下。

万方数据

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 55 例中, 男 38 例, 女 17 例; 胎龄 30~41 周, 体重 1.8~4.16 kg, 早产儿 21 例, 其中体重 ≤ 1.5 kg 的极低体重儿 2 例, 年龄为生后 25 min~28 d, 平均住院天数 26.5 d; 其中吸入性肺炎 38 例, 出现呼吸暂停 10 例, 窒息 6 例, 人工呼吸 4 例。

1.2 临床表现 新生儿主要以呕吐、食管炎和吸入综合征为主要临床表现; 呕吐为最常见的症状(约有 90% 的患儿), 主要为溢奶或轻度呕吐或喷射性、顽固性呕吐; 反复呕吐导致体重不增、营养不良、发育不良等; 同时由于反流物吸入气管甚至肺内, 可引起反复发作的支气管炎、肺炎、肺不张, 也可引起窒息, 甚至猝死综合征。

2 护理

2.1 一般护理 加强巡视, 注意观察患儿有无溢

奶、呕吐、面色紫绀、呼吸暂停等情况;遵医嘱上心电监护、血氧饱和度监测,密切观察患儿生命体征变化;床旁备好一次性吸痰管、电动吸引器、氧气、新生儿复苏囊、肾上腺素等抢救物品和药品,一旦发现患儿面色紫绀、呕吐、溢奶、呼吸暂停等,立即给予电动吸痰、吸净口鼻咽呕吐物及分泌物、托背刺激呼吸、面罩吸氧等抢救措施,同时报告医生。观察呕吐物和潴留物的颜色、性质、量,如呈咖啡色,应警惕有无应激性溃疡的发生。必要时行气管插管吸痰,保持呼吸道通畅。如无好转,用复苏囊正压给氧,或气管插管正压给氧;如心率 ≤ 60 次/min即行胸外心脏按压,并遵医嘱给予气管内注入或静脉注射 1‰ 肾上腺素;有酸中毒时给予纠酸;有休克时给予扩容等抗休克治疗,继续心电监护和血氧饱和度监测,密切观察患儿生命体征变化。早产儿呕吐症状不明显,常为“寂静型”胃食管反流,经常会导致呼吸骤停,中枢神经系统损害,窒息甚至猝死。特别是管饲喂养者及使用输液泵、泵注牛奶者更应进行心电监护,或血氧饱和度监测。新生儿具有较多发生胃食管反流的倾向,在观察此类患儿时,应着重关注胃肠道症状,及早发现,协助诊断治疗,避免患儿长时间禁食,促进胃肠功能恢复。

2.2 洗胃及护理 开奶前先进行洗胃,选用一次性新生儿胃管(6~8号),经鼻腔插入胃管洗胃。先用石蜡油或温开水润滑胃管,将患儿取平卧位,头稍后仰,当胃管插入到咽喉部时用手轻托起患儿枕部,使其下颌靠近胸骨柄,以增大咽喉部通道的弧度,使食道口半开,便于胃管顺利通过会厌部,插入胃管长度为从鼻翼到耳垂再到剑突的距离,估计到达胃体内时,用注射器抽吸见胃液后,或用注射器从胃管注入 5 ml 气体后用听诊器在胃区听到气过水声,确定在胃内后再固定胃管。操作时动作轻柔,避免刺激患儿引起呛咳。洗胃液一般用生理盐水 20 ml 加 5% 碳酸氢钠 20 ml 配成 2.5% 的碳酸氢钠液,冬天适当加温,将胃管接 5 ml 注射器抽出胃内容物,反复清洗 3~5 次,洗至胃液清澈。洗胃后 1 h 试喂 5% 葡萄糖水 5 ml,若残余量 < 5 ml 或无咖啡色胃内容物,首选母乳喂养。或选用 1:1 配方奶喂养,当下次喂奶前仍无过多残余时按正常比例配制喂养。

2.3 体位及饮食护理 取头高脚低位 30°(注意头高脚低位不是指单纯抬高枕头,而是上半身一起,也可将患儿置于床头高于床脚 30°的婴儿床上),使患儿头偏向一侧,减少反流物的吸入,防止呕吐、溢奶时引起窒息。喂奶前 30 min 各种治疗护理操作尽

量集中进行,并且动作轻柔,以免患儿哭闹时吸入空气引起腹压增高而诱发呕吐。保持患儿安静,哭闹不止时遵医嘱选用鲁米那[5mg/(kg·次)]缓慢静脉注射。喂奶宜少量多餐,避免过饱。喂奶后抱起患儿,将患儿竖立头靠于肩上,用手轻拍其背部,由下往上,反复多次使胃气体逸出,防止呕吐。注意观察有无呕吐、溢奶、面色紫绀、呼吸暂停,并及时报告医生,采取及时有效的抢救措施。早产儿采取定时定量喂养,胎龄 < 30 W 和极低体重儿先采取管饲喂养,逐渐过渡到滴管、奶瓶喂养;超低体重儿用输液泵从鼻饲管泵注牛奶 1 次/3 h;管饲喂养的患儿胃内残留量超过喂入总量 1/5 时停喂 1 次,每日停喂数超过 4 次则禁食 1 d,经肠道不能达到生理需要量的新生儿,仍需静脉补足生理需要量,必要时给予高静脉营养,用静脉输液泵匀速泵入。

2.4 抚触护理 新生儿抚触是一种经过科学指导的,有技巧的触摸,是通过抚触者的双手对新生儿的皮肤和机体进行有序的抚摩,使大量温和良性刺激通过皮肤感受器上传到中枢神经系统,产生一系列生理效应,促进婴儿身心健康发育^[2]。1998 年, Vmas Zmotyg 证实,抚摩改善了婴儿消化系统功能,使促胃液素等激素释放增多,促进胃肠蠕动,食欲增加,并且增强了小肠吸收功能,从而使体重增加^[3]。给予患儿沐浴后抚触 1 次/d, 10~20 min/次,以脐部为中心顺时针方向按摩腹部,有效地加强胃肠蠕动,促进胃排空及大便排出,保持大便通畅,防止便秘引起腹胀。一旦发生腹胀可先按摩腹部促进排便,必要时给予生理盐水 100 ml 加开塞露 10 ml 保留灌肠,15 min 后用手以脐部为中心顺时针方向按摩腹部,有效促进大便排出,减轻腹胀。

2.5 药物治疗的护理 对于胃食管反流的新生儿,我们要加强药物治疗的护理,从而达到药物治疗的目的。首先于喂奶前 20~30 min 遵医嘱口服或鼻饲多潘立酮[0.2~2.3 mg/(kg·次)]。多潘立酮为外周多巴胺受体拮抗剂,直接作用于胃壁,增加 LES 张力,防止反流,增加胃蠕动,促进胃排空,不通过血脑屏障,对脑内多巴胺受体无抑制作用,无椎体外系副反应^[4]。故作为治疗胃食管反流首选药。临床护理工作中还应注意消化道不良反应及其他副反应,及时采取相应处理措施,避免不良反应发生和扩大,注意药物配伍禁忌。

2.6 出院时的宣教 出院时给家属讲明胃食管反流的发病机理、注意饮食和体位治疗的重要性、长期性,宣传母乳喂养的好处,告诉家属喂奶后抱起新生

儿将头靠在肩膀上轻拍其背部 10 min 左右,让其吐出吸入的空气,以防吐奶。详细告诉家属多潘立酮的用药方法和注意事项。同时注意观察新生儿的面色、呼吸、有无呕吐等,教会家属一旦发生误吸、窒息、呼吸暂停时的急救方法,必要时尽快到医院诊治。

3 体会

总结 55 例胃食管反流的新生儿临床观察及护理措施,包括一般护理、洗胃、体位与饮食、抚触、药物治疗等护理,从这组患儿来看,运用这种综合治疗和护理干预措施,能很好地控制新生儿胃食管反流,从而降低并发症发生率,有利于患儿体重的增长。在临床观察中发现胎龄越小,体重越轻,发生胃食管反流概率越高,而且这类新生儿尤其是早产儿和低

体重儿中“寂静型”胃食管反流极为常见。临床上如发现有不明原因的呼吸暂停和反复胃潴留,则应高度警惕有无胃食管反流的发生。同时针对胃食管反流的临床表现特点,我们护理人员应高度重视,加强巡视,密切观察病情,及时发现,及时处理,对预防相关并发症有重要作用。

参考文献

- 1 Jadcherla SR. Gastroesophageal reflux in the neonate[J]. Clin Perinatol, 2002, 29(1): 135-158.
 - 2 林茂英,曹惠琴,刘丽珍,等. 抚触疗法对早产儿生长发育的影响[J]. 解放军护理杂志, 2003, 20(4): 24-25.
 - 3 刘新菊,张文辉. 抚触对婴儿生长发育影响的临床观察[J]. 中国全科医学, 2003, 6(11): 933-934.
 - 4 薛辛东. 儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002: 190.
- [收稿日期 2010-12-29][本文编辑 黄晓红 韦颖]

新进展综述

慢性肾脏病流行病学调查研究进展

唐 盛(综述), 龚智峰(审校)

基金项目: 广西青年科学基金资助项目(编号:0832065)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院肾内科

作者简介: 唐 盛(1971-),男,医学硕士,副主任医师,研究方向:肾脏病和血液净化。E-mail: tash@21cn.com

[摘要] 慢性肾脏病(CKD)已成为全球性威胁健康的一种重要疾病,其流行病学调查方法主要是针对人群的肾功能的评估和白蛋白尿的检测,各国流行病学调查显示慢性肾脏病患病率为 8%~15%,其主要危险因素包括:年龄增加,高血压,血糖、血脂异常,代谢综合征等。该文就近年来 CKD 的流行病学调查方法和发病情况等研究进展作简要综述。

[关键词] 慢性肾脏病; 流行病学; 患病率

[中图分类号] R 692 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2011)05-0478-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.05.32

Research progress of epidemiological survey of chronic kidney disease TANG Sheng, GONG Zhi-feng. Department of Nephrology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] Chronic kidney disease (CKD) has become an important disease that threatens global health. Its epidemiological survey methods is mainly the assessment of renal function and the detection of albuminuria in the population. National epidemiological survey showed the prevalence of CKD was between 8% and 15%. Its main risk factors include: increasing age, high blood pressure, high blood glucose, dyslipidemia, metabolic syndrome and so on. In this paper, the research progress on epidemiology investigation on method and the prevalence of CKD in recent years are reviewed.

[Key words] Chronic kidney disease; Epidemiology; Prevalence

2002 年,在美国肾脏病基金会组织撰写的慢性肾脏病及透析临床实践指南(K/DOQI)中,首次提

出了慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)的定义和分期^[1]。在这一被称为“里程碑”的指南发布