

间歇泵奶加非营养性吸吮在早产儿中的应用

方惠清

(江西省赣州市妇幼保健院 赣州 341000)

摘要:目的:比较间歇泵奶加非营养性吸吮与常规鼻饲早产儿的喂养效果。方法:将 100 例早产儿随机分为间歇泵奶加非营养性吸吮组与常规鼻饲组,每组 50 例,用同一种配方奶喂养,记录早产儿喂养不耐受情况、胃管留置时间、住院天数。结果:间歇泵奶加非营养性吸吮喂养不耐受明显低于常规鼻饲组($P<0.01$),平均住院与胃管留置时间明显低于常规鼻饲组($P<0.05$)。结论:间歇泵奶加非营养性吸吮喂养比常规鼻饲喂养出现喂养不耐受少,可锻炼其吸吮能力,减少住院天数,而且安全、方便、可行。

关键词:早产儿;微量泵;鼻饲;非营养性吸吮

中图分类号:R 473.72

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.032

由于围产医学和 NICU 技术不断发展,早产儿存活率不断提高。随着呼吸治疗和管理不断完善,决定早产儿住院时间长短和生存质量的关键是喂养问题。目前已知 34~36 周早产儿才具有有效的吸吮和吞咽动作,<34 周早产儿,特别是极低出生体重儿吸吮和吞咽能力差,食管下端括约肌发育不成熟及胃排空缓慢,进行胃肠喂养时极易发生喂养不耐受。为改善胃肠喂养的耐受性,尽快过渡到自行吸奶,需改进喂养方法,使早产儿顺利渡过喂养关。我院 NICU 将 2007 年 6 月~2009 年 6 月住院的 100 例 <34 周早产儿随机分为间歇泵奶加非营养性吸吮喂养组和常规鼻饲喂养组,并对其喂养耐受性、住院时间和留置胃管时间进行比较。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 100 例,男 65 例,女 35 例;入院时间为生后 30 min~10h;胎龄 26~34 周;出生体重 900~2 380g;院内出生 38 例,院外出生 62 例;经阴道分娩 42 例,剖宫产 58 例。随机分为实验组(间歇泵奶加非营养性吸吮喂养组)和对照组(常规鼻饲喂养组)各 50 例。两组性别、胎龄、出生体重、分娩方式差异无统计学意义($P>0.05$),两组早产儿均无基础疾病及并发症,吸吮和吞咽能力差。

1.2 方法

治疗的时间长短目前尚存在争议。Hall 等^[1]认为延长孕周 10~15.4d,围生儿结局明显改善,而孕产妇并发症的发生率无明显增加。对于早发型重度子痫前期的治疗应实施个体化原则,严格选择病例,严密监测母儿状况,适当进行期待治疗,若出现孕妇病情恶化或产科并发症,则应及时终止妊娠。本研究结果显示早发型患者的胎儿新生儿死亡率较晚发型明显升高,提示早发型不仅对母亲的危害大,对围产儿的危害亦大。有人提出早发型与晚发型重度子痫前期可能存在着不同的发病机制,因此针对早发型重度子痫前期的研究,需要对其发病机制进行系统的基础研究。本研究病例数较少,尚需进一步

1.2.1 材料 两组均选用苏州市鑫达医疗器材有限公司生产的 F6 新生儿胃管。微量泵系浙江大学仪器有限公司生产,型号为 wz-50G。

1.2.2 操作方法 选用雀巢公司生产的早产儿特别能恩配方奶粉,遵医嘱配制温度适宜的奶量,两组患儿均以常规方法插入固定胃管。实验组:用注射器抽取每次所需奶量,排尽空气,连接到胃管,按使用微量泵的方法固定好注射器,调节泵速,使奶量在 40~60min 内均匀滴入,q2h 泵奶,泵奶的同时给予安慰奶嘴吸吮,锻炼其吸吮能力。对照组:常规鼻饲,用注射器抽取每次所需奶量,连接胃管,将奶量一次性注到胃内,10~15min 注完,q2h 鼻饲。

1.3 观察项目 观察记录两组喂养不耐受的情况、胃管留置时间及住院时间。

1.4 喂养不耐受诊断标准^[1] (1)频繁呕吐,每天超过 3 次以上。(2)奶量不增加或减少,持续 3d 以上。(3)腹胀,24h 腹围增加 >1.5cm,伴有肠型。(4)胃残余量超过上次奶量的 1/3 或 24h 胃残余量超过喂养总量的 1/4。符合以上任何一点就算喂养不耐受。

2 结果

两组喂养不耐受情况见表 1。对照组平均住院 21.5d,实验组平均住院 16.8d,实验组明显优于对照组($P<0.05$);对照组胃管平均留置时间 14.2d,实验组 10.5d,实验组明显优于对照组($P<0.05$),扩大样本量,继续深入探讨。

参考文献

[1]Cunningham FC, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics[M]. 21st Ed. New York: McGraw-Hill Com Inc,2001.569-570
[2]Withagen M,Wallenburg H, Steegers E, et al.Morbidity and development in childhood of infants born after temporizing treatment of early onset preeclampsia [J].BJOG,2005,112(7):910-914
[3]Wessel G,Annelies R, Gouke J, et al. A randomised controlled trial comparing two temporizing management strategies, one with and one without plasma volume expansion, for severe and early onset preeclampsia[J].BJOG, 2005,112(10):1 358-1 368
[4]Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia[J].Obstet Gynecol, 2003, 102:181-192
[5]Hall DR,Odendaal HJ, Steyn DW, et al. Urinary protein excretion and expectant management of early onset, severe preeclampsia [J].Int J Gynecol Obstet,2002,77:1-6

(收稿日期: 2010-04-19)

导丝改良胃管在不配合插管急诊病人中的应用

钱红芹 陶斯斌 叶和军
(武警浙江省总队医院 嘉兴 314000)

关键词: 胃管插管; 导丝改良胃管; 急诊; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.033

洗胃术是抢救服毒患者最有效的首选的救护措施,多数主动服毒以及昏迷、喉部痉挛、颈部强直的患者,直接用常规的洗胃管往往操作失败或时间过长,影响急救。2001 年 7 月~2009 年 7 月,我院急诊科共插胃管洗胃 158 例,其中 132 例不配合或不完全配合,经采用导丝改良胃管喉镜辅助或不辅助下插管,全部获得成功。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 132 例病人均为急诊自服或误服药物或不明化学制剂。年龄 17~62 岁,女性 97 例,实验组胃管平均留置时间 9.5d,实验组明显优于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组喂养不耐受情况比较 例			
组别	n	不耐受例数	不耐受发生率(%)
对照组	50	38	76
实验组	50	22	44

注:与对照组比较,* $P<0.01$ 。

3 讨论

早产儿易发生胃潴留、胃食管反流等喂养不耐受现象,与早产儿胃肠道功能发育不成熟、胃肠激素水平显著低于正常足月儿有关,但通过胃肠喂养直接的营养作用或胃肠激素的间接作用,可维持早产儿胃肠正常结构和功能的完整^[2,3]。而应用全静脉营养,长期禁食可引起胃肠黏膜萎缩,吸收面积减少,故目前提倡对早产儿进行静脉营养同时加用胃肠营养。传统的胃管注奶方法注入奶量过快,易加重胃肠负担,而应用微量泵泵奶,可使奶液均匀注入胃内,可减少胃潴留、胃食管反流、呕吐等喂养不耐受现象,效果优于常规胃管喂养。临床经验证明,早产儿住院时间的长短很大程度上取决于达到完全经口喂养的时间。有研究发现,非营养性吸吮不仅可加速早产儿吸吮反射发育的成熟,而且可通过迷走神经使肝、胆、胰腺等活动,调节胃肠肽的水平,刺激胃肠道生长发育的成熟,提高喂养的耐受性,减少呕吐的次数,有利于尽早建立经口喂养^[4]。本文结果表明,经鼻胃管泵奶的早产儿同时给予非营养性吸吮,其住院时间、胃管留置时间较对照组明显缩短,两组比较,差异有显著性意义 ($P<0.05$)。提示早产儿在鼻胃管泵奶期间辅以非营养性吸吮,可提高其吸吮能力,尽早过渡到自行吸奶,有助于

男性 35 例,其中 32 例为咽喉部水肿、明显食管痉挛病人,2 例因服用不明显有机溶剂造成食管严重糜烂。

1.2 物品准备 喉镜一套,纱布一块,手套一副,牙垫一个,胃管一包(胃管长 90cm,外径 1.0cm,内径 0.6cm),导丝(长度 85cm,直径 0.3cm),石蜡油一瓶。

1.3 操作 病人取仰卧位,头偏向一侧。将导丝插入涂有石蜡油的胃管,胃管近胃端保留 4~5cm,无导丝进入,导丝柄固定在胃管外。左手持喉镜打开缩短其住院时间。输液泵有定时、定量、恒速、报警等优点,泵奶可以控制速度,较安全、节省人力,间歇泵奶较持续泵奶相比,时间更短,奶液更新鲜,不易污染,脂类丢失更少(时间越长脂类丢失越多),可促进胃肠道激素的分泌而且更有利于观察胃排空情况。

根据笔者的经验,在微量泵泵奶过程中应注意:(1)严格无菌操作。(2)胃管应注明插管日期,保证每 72 小时更换 1 次,注射器每次更换,安慰奶嘴一用一换一消毒。(3)检查胃潴留情况,每次泵奶前先抽残奶量,重新注入胃内,避免胃液丢失,并记录奶量。(4)奶液应现用现配,保证配方奶温度适宜、奶汁新鲜,避免奶汁污染。(5)每班做好口腔护理。(6)注意观察胃管是否通畅,有无脱出、移位、受压、扭曲、打折,胃管与注射器之间是否衔接好;泵奶完毕用温开水 1~2mL 冲洗胃管,以免堵塞。(7)泵奶过程中要加强巡视,观察有无溢奶、呕吐、腹胀、呼吸暂停等情况。(8)如患儿泵奶同时在输注脂肪乳剂,应在管道上做好标记,以防混淆。(9)泵奶时微量泵末端抬高 45 度,以减少脂类物质丢失。

参考文献

[1]汤小园,王有成,黄艾美.小剂量红霉素治疗极低体重儿喂养不耐受疗效观察[J].临床儿科杂志,2005,23(7):494
[2]黄东明,杨华姿.早产儿血中胃泌素水平与胎龄和出生体重的关系[J].临床儿科杂志,2002,20(6):338-339
[3]邵肖梅.早产儿消化系统特点及喂养[J].中国实用儿科杂志,2000,15(12):116-118
[4]黄东明,杨华姿,高建慧,等.非营养性吸吮对早产儿血胃泌素、胃动素水平的影响[J].实用儿科临床杂志,2002,17(4):307

(收稿日期:2010-04-22)