两种洗胃方法用于新生儿咽下综合征的效果观察

黄师菊,李 燕,陈壮桂,冯艳萍,陈华丽
(中山大学附属第三医院 儿科,广东 广州 510630)

[摘 要] 目的 比较两种洗胃方法治疗新生儿咽下综合征的效果。方法 常规组按常规插胃管抽到胃液后注入洗胃液,洗胃后置右侧卧位。改良组在常规方法基础上增加洗胃液量,强调洗胃液温度以及插胃管时的插管长度,洗胃时取左侧卧位,洗胃后放置右侧卧位。结果 经统计学分析,改良组效果明显优于常规组,有显著性差异($P<0.01$)。结论 新生儿咽下综合征洗胃时最佳体位为左侧卧位,洗胃液总量不超过 60 ml,洗胃液温度 30~35℃,洗胃后抬高上半身取右侧卧位为佳。

[关键词] 新生儿; 咽下综合征; 洗胃
[中图分类号] R722.1 [文献标识码] A [文章编号] 1008-9969(2005)01-0009-02

Effect observation of two gastric lavage methods in treating neonate swallowing syndrome

HUANG Shijv, LI Yan, CHEN Zhuanggui, FENG Yanping, CHEN Huali
(Dept. of Pediatrics, the Third Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou 510630, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of two gastric lavage methods for neonate swallowing syndrome. **Methods** In routine group, the fluid was injected into the stomach when the gastric juice could be drawn by gastric tube. After lavaging, the baby was laid in the right lateral decubitus position. In reforming group, the volume of fluid was increased on the routine method basis, and temperature of fluid and the different tube length according to different purposes were emphasized. During lavaging, the baby lateral decubitus position was left, while it was right after lavaging. **Results** According to statistic analysis, the reforming methods of gastric lavage were more effective than the routine methods, and there was significant difference between them($P<0.01$). **Conclusion** The best position during lavaging is left lateral decubitus position, and the best one after lavaging is right lateral decubitus position with the upper part of body being raised highly. The volume of fluid should not exceed 60 ml, and its temperature should be within 30~35℃.

Key words: neonate; swallowing syndrome; gastric lavage

新生儿洗胃大多是用来治疗新生儿羊水咽下综合征所致的呕吐,目的是清除在分娩过程中胎儿吞入过多的、或被胎粪污染的、或含母血较多的羊水,以减少其刺激胃粘膜引起胃酸及粘液分泌亢进所致的呕吐。查阅有关文献报道,洗胃的操作方法都是针对成人,在基础护理教材操作中已有详尽描述,而对新生儿洗胃操作方法却少有系统的报道。笔者对我院新生儿病区 2003 年 1 月-2004 年 7 月共 95 例咽下综合征的病例,就洗胃的方法进行探讨。

1 对象

我院新生儿病区住院诊断咽下综合征的足月新生儿,出生体质量>2 500 g,出生阿氏评分均在 8 分以上,日龄(24±9)h,全部病例入院后均采用 1%碳酸氢钠溶液洗胃及静脉输液治疗,无其他合并症,全部病例均痊愈出院。其中 2003 年使用常规方法洗胃共 40 例,2004 年 1-7 月使用改良法洗胃共 55 例。

2 方法

2.1 材料 均选用同一厂家的一次性国产 6 号新生儿专用胃管,该胃管有 2 个侧孔,1 个顶孔,从顶端到第 2 个侧孔的距离约 2 cm,均采用注射器洗胃法。

2.2 洗胃方法 常规组:备 1%碳酸氢钠 10~20 ml[1],常规插胃管,按照发际到剑突测量长度,证明在胃内后常规回抽胃内容物留观, 用常温洗胃液每次 10 ml 注入胃内给新生儿洗胃, 尽量做到等量回抽,若再呕吐,间隔 2 h 遵医嘱重复洗胃 1 次,洗胃后禁食 4~6 h,取右侧卧位,做好病情观察。禁食结束后若无呕吐予少量(5~10 ml)5%葡萄糖试喂,试喂无呕吐后可喂奶,从 5~10 ml 开始,间隔 2 h 喂奶,然后逐渐增加奶量至按需哺乳。改良组:在常规方法基础上增加洗胃液量,强调洗胃液温度以及插胃管的长度,对洗胃时及洗胃后采取的体位作详细的规定。(1)备 1%碳酸氢钠 30~50 ml 作洗胃液,温度 30~35℃。(2)插胃管长度比常理插入长度长 3~5 cm 或取发际到脐的长度。(3)洗胃时患儿取左侧卧位,头部稍抬高,胃管插入后常规回抽胃内容物留观, 在抽吸到胃内容物后再插入 3~5 cm,然后分次注入洗胃液,每次注入 10 ml,等待 1~2 min,等量回抽,反复注入洗胃液 3~5 次至回抽液澄清为止。(4)洗胃后抬高上半身取右侧卧位,注入 5%葡萄糖液 3~5 ml,同样禁食 4~6 h,必要时间隔 2~4 h 重复洗胃 1 次。

[收稿日期] 2004-08-24
[作者简介] 黄师菊(1964-),女,江西金溪人,1997 年毕业于中山医科大学自学考试护理专业,大专学历,主管护师。

2.3 观察方法 两组新生儿洗胃后按同一观察表记录洗胃后出现呕吐情况，观察表内容包括患儿一般情况,洗胃次数,发生呕吐次数、呕吐性质、量,喂奶情况等,累计新生儿经洗胃后再发生呕吐次数。洗胃过程中,注意观察患儿面色、呼吸、心率的改变,备吸引设备,做好窒息的抢救准备。

2.4 评价标准 以新生儿入院经末次洗胃后,12 h内未发生呕吐为有效,24 h内未发生呕吐为显效,12 h内仍发生呕吐为无效，说明洗胃不彻底。24 h后再发生呕吐可能与喂养等其他因素有关,不列于洗胃效果评价范围。两种洗胃方法效果应用SPSS 10.0软件进行统计分析。

3 结果

两种洗胃方法效果比较,见表1

表1 两种洗胃方法用于新生儿咽下综合征效果比较(例)

组别	n	显效	有效	无效	有效率(%)
改良组	55	28	12	15	73
常规组	40	11	8	21	48

两组疗效比较经秩和检验 U=2.438,P<0.05,有显著性差异。改良组疗效优于常规组。

4 讨论

笔者通过两组新生儿洗胃方法效果的比较观察，结果显示改良组在常规洗胃方法基础上增加洗胃液量,强调洗胃液温度以及插胃管长度,对洗胃时及洗胃后采取的体位作详细的规定等工作，取得良好效果。经统计学处理，改良组效果明显优于常规组,有显著性差异(P<0.05)。分析原因可能由于常规洗胃组洗胃液量较少,胃管插入深度不够,通常注入洗胃液不能做到完全等量抽出，没有真正起到清除污染羊水的作用，并且由于洗胃时放置体位未作特别规定以至出现洗胃效果不明显。因此,笔者认为在给新生儿咽下综合征患儿洗胃时,为提高洗胃效果,护士应注意以下几个方面。

4.1 卧位 左侧卧位洗胃效果最佳。新生儿胃位于左季肋部,呈水平位,胃大弯在左侧,注入洗胃液后,液体停留在胃大弯胃底部，能充分稀释粘附在胃壁的污染羊水，稍等1~2 min洗胃液短暂潴留并与之混合中和,再从胃管回抽洗胃液,反复3~5次致洗出胃液澄清为止。此法能够快速、彻底达到洗胃目的,从而缩短洗胃时间。侧卧位可避免呕吐物呛咳或吸入呼吸道引起窒息。若采用右侧卧位,注入的洗胃液易流入十二指肠，致使污染的羊水和注入的洗胃液一起流入十二指肠,无法做到等量回抽,还可能误导护士使用较大的负压进行回抽,造成胃粘膜损伤。

4.2 洗胃液量 足月新生儿的胃容量生后10 d约为30~60 ml[2]。在洗胃过程中每次注入10 ml洗胃液并尽量做到等量回抽,避免一次注入液体过多,以免产生急性胃扩张或洗胃液反流引起窒息，通过控制总量分多次小量注入洗胃液，容易洗净胃内污染羊水,达到缩短洗胃时间的作用。给予适宜的温度,以30~35℃为宜，避免超过37℃，以免导致血管扩张,如太冷则刺激胃肠蠕动,引起胃痉挛[3]。

4.3 等量回抽 通常注入的洗胃液可以等量回抽出来,但有时因胃管长度及体位关系,不能做到完全等量回抽。操作者在碰到此种情况时,首先要评估胃管插入长度,一般情况下,洗胃要比鼻饲插入长度多3~5 cm或取发际到脐的长度。其次要判断证明胃管在胃内的是何种方法，是以抽到胃液还是以听到气过水声。如果单纯是抽到少许胃液证明,可能胃管侧孔未完全到达胃内液面以下，只有在既抽到胃液又听到气过水声时，胃管顶孔及侧孔抵达胃内液面以下时，才能抽到更多的胃液同时听到注气后的气过水声[4]。所以洗胃时,证明胃管在胃内的方法应以上述两种方法为标准。还有一种情况在不能做到等量回抽时,可于洗胃结束后,短暂开放胃管,利用虹吸原理,使残留洗胃液自然流出,这样既可避免用力回抽导致胃粘膜损害,又可减少洗胃液残留,影响机体的电解质平衡。

4.4 洗胃后放置体位 洗胃后抬高上半身取右侧卧位，因为洗胃后仍会有少量未完全回抽的液体及胃酸分泌，放置右侧卧位后，可利用液体的重力作用,自然流入十二指肠进入下消化道,不容易出现胃潴留,减少再呕吐的发生率,洗胃后注入5%葡萄糖液3~5 ml,可促进胃酸分泌,促进肠蠕动,减少呕吐,同时可以预防低血糖的发生。

4.5 完善护理观察记录 护士在完成洗胃操作后,做好完整规范的护理记录。例如:使用什么洗胃液,采取何种体位,注入液体总量,回抽液体总量,残留多少,交代下班观察内容等等。

[参 考 文 献]

[1] 胡佩文,陆勤如.洗胃治疗新生儿羊水咽入症的体会[J].南方护理学报,2000,7(6):33.
[2] 金汉珍.实用新生儿学[M].2版.北京:人民卫生出版社,1997:403.
[3] 张聪介.洗胃液的温度对洗胃效果的评价[J].实用护理杂志,1996,12(1):10.
[4] 方咏梅,王 霞,张桂兰,等.洗胃胃管插入长度的护理研究[J].中华护理杂志,2001,36(7):537.

[本文编辑:杨玩华 简若姗]