

意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 3 组患者在不良反应方面的比较(n)

组别	腹痛	腹胀	恶心	呕吐	直肠黏膜损伤	发生率(%)
A 组	2	3	4	1	0	16
B 组	4	6	5	3	0	30
C 组	4	4	2	2	8	33

3 讨 论

肠道的清洁程度直接决定结肠镜检查的成败,若肠道准备不充分,粪便可掩盖黏膜病变,进而影响诊断和治疗。理想的肠道清洁方法应该是安全、迅速、清洁效果好,患者容易接受、痛苦少、使用方便。

复方聚乙二醇电解质散为复方制剂,其聚乙二醇 4 000 为长链线性聚合物解,通过氢键结合水分子,能有效增加肠道体液成分,刺激肠蠕动,引起水样腹泻,达到清洗肠管的目的。梁晓梅等^[3]的动物实验结果显示:聚乙二醇电解质液口服后,聚乙二醇在肠道内吸收甚少。因聚乙二醇电解质散内含有与肠腔内环境相似的电解质成分,可补充电解质成分,在清洁肠道的同时不引起水电解质紊乱,不易产生乏力等不适,同时,患者服用该药不需快速大量饮水,亦不易发生呕吐,患者服药的依从性好。聚乙二醇不会被结肠的细菌代谢产生气体,肠腔内不会积气,不易引起腹胀,所以安全性高,且不用限制饮食,患者容易接受。

口服甘露醇法清洁肠道的原理为甘露醇不被肠道吸收,在肠道内形成高渗环境,肠腔内水液的增加刺激肠蠕动而导致下泄^[4]。该法必须同时大量饮水才能达到泄下清肠的目的,而大量饮水可引起腹胀、恶心、呕吐等不良反应,患者耐受性较差。且口服甘露醇使肠腔内产生易爆炸性沼气和氢,限制了肠道手术如息肉电灼等的进行^[3]。

潘泻叶为刺激性泻药,其所含的蒽醌苷可刺激肠肌丛,使

· 临床护理 ·

肠道蠕动增强并减少水和电解质的吸收^[5]。但前 1 d 需限制饮食,且服用在夜间,影响患者的睡眠。肥皂水灌肠可造成肠黏膜损伤,结肠镜检查时可发现明显的黏膜充血、水肿、渗出,严重时甚至发生黏膜出血性病变,且老年患者灌肠效果差^[6]。赵德美等^[7]认为传统灌肠法经常达不到老年患者清洁肠道的目的,反而会诱发某些疾病。

本研究显示,复方聚乙二醇电解质散作为一种非渗透性、非吸收性、非爆炸性的肠道灌洗液进行结肠镜检查前的肠道准备,清肠效果好,不良反应少,安全性高,使用方便,患者易于接受。可替代传统的口服甘露醇及潘泻叶联合肥皂水灌肠,值得在临床推广。

参考文献:

- [1] 谢金彪. 大肠癌防与治[M]. 西安:西安交通大学出版社, 2010:34.
- [2] 王军勋,刘玉华. 三种肠道准备方法清洁效果的对比研究[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(6):53-54.
- [3] 梁晓梅,吴咏冬,刘新光,等. 聚乙二醇电解质口服溶液清洁肠道的有效性和安全性的多中心、随机、对照研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2007, 24(3):202-204.
- [4] 龙晓英,熊弦,刘同英. 结肠镜检查前肠道准备清洁效果比较[J]. 护士进修杂志, 2008, 12(23):2288-2290.
- [5] 杨琳,姚姗姗,刘希双,等. 复方聚乙二醇电解质散在结肠镜术前肠道准备中的应用[J]. 中国药房, 2007, 18(8):605-606.
- [6] 张啸. 消化内镜诊治并发症的原因、预防与处理[M]. 杭州:浙江科学技术出版社, 2009:167.
- [7] 赵德美,梁俊玲,李秀珍. 结肠镜下老年人灌肠法改进后的效果观察[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(6):22-23.

(收稿日期:2011-04-09 修回日期:2011-05-18)

小儿静脉输液失败因素及对策

邓 陵,赵艳秋[△]

(第三军医大学野战外科研究所大坪医院儿科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.30.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)30-3117-01

静脉输液是临床医疗的一种重要手段。静脉穿刺是临床护理工作中最重要、最基本的一项护理技术操作。小儿静脉穿刺的难度是不容置疑的。小儿因对“打针”的恐惧而不配合,护理人员的技术、家长的配合、血管因素等,都是造成小儿静脉输液失败的因素。通过对小儿输液失败原因记录,归纳分析各种失败因素;并对因制定对策,失败率明显下降,提高了家长对护理质量的满意度。

1 临床资料

以门诊输液患儿为研究对象。由输液护理人员负责记录每天输液失败患儿的例数及原因,以穿刺顺利至输完液体为成功。2009 年 10 至 12 月共记录 7800 例门诊输液患儿,输液失败 598 例,失败率 7.67%。其中护理人员因素失败 264 例,患

儿因素失败 226 例,家长造成失败 168 例。对因制定对策后,2010 年 3 至 5 月同样记录 7800 例门诊输液患儿,输液失败 349 例,失败率 4.47%。失败率明显下降,其中护理人员因素失败 115 例,患儿因素失败 129 例,家长造成失败 105 例。

2 讨 论

2.1 小儿静脉输液失败原因 (1)护理人员因素:护理人员的穿刺技术、心理因素,以及在输液时血管选择不当、固定不牢均会导致静脉输液失败。(2)家长因素:家长配合不好,不按护理人员示范的方法固定,特别是行头皮静脉穿刺输液时,头部左右晃动,即使穿刺到位,也会功败垂成。(3)患儿因素:肥胖儿,以及高热、腹泻患儿输液时穿刺难度大。以上列举的输液失败因素为多见原因,并非是作者统计的全(下转第 3119 页)

[△] 通讯作者, Tel:13527499402; E-mail:710295083@qq.com.

综上所述,鼻内镜下鼻窦开放术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎后先用生理盐水冲洗鼻窦,再用 5% 碳酸氢钠液 + 0.1% 氟康唑液冲洗鼻窦既不会明显增加患者及医生的负担,又无抗真菌药物全身应用引起并发症,且疗效肯定,值得临床推广。

参考文献:

- [1] Malani PN, Kauffman CA. Invasive and allergic fungal sinusitis[J]. Curr Inreet Dis Rep, 2002, 4: 225-232.
- [2] 顾之燕. 真菌性鼻-鼻窦炎的诊断[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2003, 17(5): 257-258.
- [3] 张勇, 朴颖实, 何春燕, 等. 真菌性鼻窦炎 5 种真菌染色方法的比较[J]. 诊断病理学杂志, 2008, 15(6): 475-478.
- [4] 陈朝阳, 蒋玲月, 谭毅. 功能性鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎 31 例疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 14(3): 221-222.
- [5] 郑灵, 潘明金, 王宏伟, 等. 鼻内镜下改良上颌窦根治术治疗真菌性上颌窦炎 25 例[J]. 重庆医学, 2008, 37(20): 2280-2282.
- [6] 杨勇, 黄英. 真菌性鼻-鼻窦炎鼻内镜手术疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2009, 15(2): 138-140.
- [7] 梁健刚, 冯锦标, 黄郁林, 等. 非侵袭性真菌性鼻窦炎 19 例内窥镜镜检查诊治分析[J]. 实用医学杂志, 2004, 20(9): 1047-1048.
- [8] Van cauwenberge P, Van Hoecke H, Bechert C. Pathogenesis of chronic rhinosinusitis[J]. Curr Allergy Asthma

Rep, 2006, 6(6): 487-494.

- [9] Rodriguez TF, Falkow ski NR, Harkema JR, et al. Role of neutrophils in preventing and resolving acute fungal sinusitis[J]. Infect Immun, 2007, 75(12): 5663-5668.
- [10] 刘建涛. 鼻内镜下手术治疗慢性侵袭性真菌性鼻-鼻窦炎的探讨[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2007, 21(8): 348-349.
- [11] 邓忠, 谭东辉. 鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性上颌窦炎的疗效分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 14(6): 458-461.
- [12] 王戩, 刘锋, 郑宏良. 慢性侵袭性真菌性鼻-鼻窦炎的诊治现状[J]. 中国真菌学杂志, 2009, 4(2): 117-119.
- [13] 吴建, 范静平, 廖建春, 等. 72 例非侵袭性真菌性鼻-鼻窦炎鼻内镜手术[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2005, 19(14): 658-659.
- [14] 薛康, 黄琼琼, 杨家骏. 鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎 42 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(17): 805-806.
- [15] 吴建, 范静平, 廖建春, 等. 鼻内镜手术治疗慢性侵袭性真菌性鼻窦炎 45 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2007, 13(3): 206-208.
- [16] 韩德民. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 208-212.

(收稿日期: 2011-04-07 修回日期: 2011-05-11)

(上接第 3117 页)

部因素。这些输液失败的原因不是独立存在的, 它们之间存在着关联性。

2.2 对策 (1) 护理人员因素: 针对护理人员穿刺技术因素, 采取新老搭配排班, 在遇到难度大的穿刺对象时, 共同选择穿刺部位, 研究穿刺方法; 护理人员在工作时保持积极良好的情绪, 能提高工作效率, 更好的发挥潜能。(2) 患儿因素 婴幼儿头皮静脉穿刺多采用表浅、固定、清晰可见的细小血管^[1]。而额部的正中静脉及颞浅静脉, 深浅易浮动, 较难预料针头斜面是否完全进入血管内; 眉弓上方及四肢关节部位患儿易动, 易出现渗漏情况。这些血管可以选用静脉留置针, 从而减少因渗出导致的输液失败。为克服因固定不牢导致的失败, 本科固定方法上作了一些改进。准备胶布时, 将两条胶布并排粘在一起, 用以同时固定针柄及暴露在外的针梗, 这样针头不易转动。第 3 条横过针柄成“V”形固定针柄两侧, 并同时固定垫在针柄下的棉球, 垫上棉球使针的位置保持水平, 减少刺破血管的机会。第 4 条胶布将软管成“8”形固定于穿刺针旁, 注意不要固定在穿刺血管的正上方, 因胶布紧贴软管容易压住部分血液回流, 导致输液不畅。最后一条胶布将输液软管固定在同侧耳廓上, 一方面耳廓出汗少, 粘贴更牢固; 另一方面, 头的任何部位到耳廓的距离都是相对固定的, 不会因头部活动而改变距离, 减少了因头部活动而致针头移位^[2]。出汗多及好动的患儿, 采用胶布绕头一圈的方法固定。通常情况下, 人体内静脉压大于大气压^[3]。肥胖儿皮下脂肪厚, 血管细; 高热、腹泻患儿, 血液循环不良, 静脉塌陷不充盈; 血管小, 腔内血液少, 头皮针进入

血管不易回血。针对这类患儿的血管, 采用负压法穿刺。即增大输液管道负压法^[4], 常规输液排气后夹紧调节阀, 将过滤器前端的输液管反折, 固定在左手小指与无名指间, 待针尖斜面刺入皮下后, 松开反折处, 继续进针, 一旦进入血管, 可见快速回血。因反折输液管时会挤出 0.2~0.5 mL 液体, 人为的将静脉压与输液管内的压力差增大, 故易见回血。帮助护理人员更准确判断是否穿刺成功, 减少了因不见回血而拔出针头重新穿刺的机率。此法优于注射器回抽法, 既节约成本, 负压也易于控制。掌握进针角度 5~10°, 进针方法宁浅勿深, 见回血后, 少进针的原则。

2.3 家长因素 针对家长配合不好、输液途中管理不善, 需注意的事项除口头讲解外, 还可制作多媒体循环播放。家长了解这些方法后, 人为导致的失败因素大大下降。

参考文献:

- [1] 鲍连美, 吕艳红, 宋艳丽. 小儿头皮静脉穿刺两种持针方法的对比观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2004, 10(8): 566-567.
- [2] 张依瑞. 婴幼儿头皮细小静脉穿刺及固定方法的探讨[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 10(11): 1694-1695.
- [3] 胡晓斐. 低瓶高调法穿刺小儿头皮静脉临床分析[J]. 实用护理杂志, 2000, 16(7): 42.
- [4] 吴军玲. 负压静脉进针法在静脉输液中的应用[J]. 山西护理杂志, 1998, 12(11): 37.

(收稿日期: 2011-04-09 修回日期: 2011-05-12)