

精细化护理在小儿巨结肠术后肛周皮肤保护中的应用研究

陈美丽

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000)

摘要:目的:讨论精细化护理在小儿巨结肠术后肛周皮肤保护中的应用价值。方法:将我院在2020年1月-2022年1月收治的48例小儿巨结肠术治疗的患儿,随机分组各24例,对照组接受常规术后肛周皮肤的护理,研究组施以术后肛周皮肤的精细化护理,比对两组的临床干预结果。结果:研究组的护理总有效率(95.83%)比对照组(70.83%)高, $P<0.05$ 。研究组的失禁性皮炎严重程度高于对照组, $P<0.05$ 。研究组家属的护理满意度(95.83%)高于对照组(75.00%), $P<0.05$ 。研究组的舒适度评分高于对照组, $P<0.05$ 。结论:小儿巨结肠术后肛周皮肤保护中实施精细化护理,可提高整体疗效,降低失禁性皮炎的发生率,值得推广应用。

关键词:精细化护理;小儿巨结肠术;肛周皮肤保护

先天性巨结肠是由于直肠或结肠远端的肠管持续痉挛,粪便淤滞的近端结肠,使该肠这肥厚、扩张,是小儿常见的先天性肠道畸形。临床以手术治疗为主,但影响手术疗效的因素较多,尤其是术后的失禁性皮炎等并发症。术后肛周皮肤受排泄物的刺激,极易出现皮肤溃烂与诱发感染等不良情况,不利于预后的改善和病情转归。因此,加强术后肛周皮肤的护理显得尤为重要。尤其是精细化护理干预,可提高术后护理的系统性、个体化等特点,更利于减轻患儿的痛苦,促使临床操作的干预价值得以充分发挥,如下所示。

1、资料与方法

1.1一般资料

将我院收治的48例小儿巨结肠术治疗的患儿作为观察对象。随机分组各24例。研究组中女12例、男12例;年龄平均 4.3 ± 1.2 个月;病症类型:全结肠型3例、普通型10例、短段型7例、长段型4例。对照组中女14例、男10例;平均年龄 4.5 ± 1.6 个月;病症类型:全结肠型3例、普通型12例、短段型6例、长段型3例。两组基础资料对比无统计学差异, $P>0.05$ 。

纳入标准:①均存在巨结肠的典型症状,经过X线与钡灌肠等检查确诊;②具备手术指征;③家属均知情同意。排除标准:①手术禁忌症;②合并严重并发症;③临床资料缺失者。

1.2方法

对照组施以术后肛周皮肤的常规护理,强化家属的护理管理意识,指导家属在患儿排便后用生理盐水棉球清洁肛周皮肤,保持肛周皮肤的清洁干燥。研究组施行术后肛周皮肤保护的精细化护理干预,方法如下:

1.2.1树立精细化理念

组织护理人员接受系统性的培训,掌握精细化护理的理论与操作技能,明确临床操作的工作标准和注意事项等。准确评估患儿的实际情况,制定个体化的护理方案。护士长检查护理工作的落实情况,提出建设性的整改意见。

1.2.2病情观察

术后观察患儿的尿量、血压等生命体征变化情况,发现肛周渗液或渗血等异常情况,及时通知医师处理。观察患儿的体温变化情况,防止炎症反应引起的高热现象,及时采取预防性措施干预。规范与细化的填写患儿肛周皮肤观察表,根据观察与记录情况,及时反馈与补充水分营养。

1.2.3针对性肛周皮肤护理

术后用失禁护理湿巾清洁患儿的肛周皮肤,用赛肤润液体敷料,在肛周喷2-3滴,按揉均匀使局部皮肤形成油脂保护层。根据巨结肠分型施行个体化的护理措施。短段型及常见型的患儿,以肛门为中心,在肛周喷涂保护膜,喷涂面积超过粪便可能污染的面积,隔8h喷涂一次;长段型及全结肠型的患儿,利用造口粉与保护膜在肛周皮肤上形成多层的保护膜,隔离粪水与皮肤的直接接触。

1.2.4收集排泄物

利用玩具气球与泌尿造口袋收集患儿大小便。在术后拔除尿管后,未拔除尿管前,用一次性泌尿造口袋收集尿液,肛管末端捆扎玩具气球收集大便,保持气球的密闭性。气球一次性使用,当装满1/3左右的粪便时需及时更换。

1.2.5清除排泄物

用冲洗加电吹风吹干皮肤的方式,减少皮肤擦拭的物理刺激。当肛周皮肤粘有排泄物时,先外喷无刺激干洗洁肤液,再用温生理盐水冲洗。在盐水瓶瓶盖上扎进1个16号注射针头,挤出盐水柱对局部皮肤进行冲洗,控制挤压盐水瓶的力度,并用棉球轻轻擦拭,直至粪便清洗干净。粪便清除干净后,用电吹风吹干臀部皮肤,注意温度的控制,防止发生烫伤。

1.2.6辅助疗法干预

通过650nm波长的半导体激光施行物理照射治疗,2次/d,5min/次。对出现稀水样便者,遵医嘱口服枯草杆菌二联活菌颗粒,调节肠道预防菌群紊乱。

1.2.7饮食干预

术后第1-2d禁食水,第3d恢复母乳喂养,幼儿及以上年龄段的患儿给予饮水,根据肠功能的恢复情况,逐渐恢复至普食。根据患儿的胃肠道反应与营养状况,合理制定饮食方案,以高蛋白、易消化的食物为主,减少刺激性食物的摄入,必要时给予输血等护理操作,纠正其贫血和营养不良等情况。

1.2.8精细化宣教

指导家属掌握正确的患儿术后肛周皮肤的护理方法、并发症的观察与防护、患儿情绪疏导等方面的护理管理能力,现场讲解与演示大小便的收集与清理技术,提高家属的重视度与认知度,纠正家属错误的治疗观念和态度。

1.3观察指标

(1)疗效:疗效判定标准分为显效(护理后肛周皮肤无破损、潮红、湿疹等异常表现,皮肤完整)与有效(护理后肛周皮肤出现直径在3cm内的潮红现象,但无肿胀或湿疹)及无效(未达到上述标准)三项,显效+有效=总有效。(2)护理满意度:向家属发放护理满意度调查表,了解家属对服务态度与基础操作等方面的满意情况,采取百分制,分数越高表示对医疗服务越满意。(3)并发症:统计两组的失禁性皮炎发生率。失禁性皮炎的分级标准包括轻度(皮肤干燥且完整无水泡,但呈现边界不清的发红区,触诊发现皮温升高,患儿会抱怨有疼痛与灼烧感)、中度(受损皮肤出现亮红色,肤色深暗的患儿会呈现黄色或白色,皮肤局部出现破损、渗液、渗血,患儿抱怨有疼痛感)、重度(受损区域皮肤发红,裸露并且有渗出、渗血,在肤色深暗的患儿身上,皮肤呈现黄色或白色)。(4)舒适度:利用GCQ量表评定患儿的舒适度情况,采取百分制,分数与舒适度呈正相关。

1.4 统计学方法

数据处理用 spss22.0 软件, 以均数±标准差表示的计量数据, 行 t 检验; 以百分数表示的计数资料, 行 x² 检验; 组间统计学差异用 P<0.05 表示。

2、结果

2.1 护理管理成效

研究组的护理总有效率 (95.83%) 比对照组 (70.83%) 高, P<0.05, 如表1所示。

表1 护理成效比较 (n, %)

| 组别 | n | 无效 | 有效 | 显效 | 总有效率 |
|----------------|----|-----------|-----------|------------|-------|
| 对照组 | 24 | 7 (29.17) | 9 (37.50) | 8 (33.33) | 70.83 |
| 研究组 | 24 | 1 (4.17) | 7 (29.17) | 16 (66.67) | 95.83 |
| x ² | | | | | 5.400 |
| P | | | | | 0.020 |

2.2 失禁性皮炎严重程度

研究组的失禁性皮炎严重程度高于对照组, P<0.05, 如表2所示。

表2 失禁性皮炎严重程度对比 (n, %)

| 组别 | n | 无 | 轻度 | 中度 | 重度 |
|----------------|----|-----------|------------|-----------|-----------|
| 对照组 | 24 | 0 (0) | 10 (41.67) | 8 (33.33) | 6 (25.00) |
| 研究组 | 24 | 6 (25.00) | 15 (62.50) | 2 (8.33) | 1 (4.17) |
| x ² | | 6.857 | 2.087 | 4.547 | 4.181 |
| P | | 0.009 | 0.149 | 0.033 | 0.041 |

2.3 满意度情况

研究组家属的护理满意度 (95.83%) 高于对照组 (75.00%), P<0.05, 如表3所示。

表3 满意度对比 (n, %)

| 组别 | n | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 满意度 |
|----------------|----|------------|------------|-----------|-------|
| 对照组 | 24 | 10 (41.67) | 8 (33.33) | 6 (25.00) | 75.00 |
| 研究组 | 24 | 10 (41.67) | 13 (54.17) | 1 (4.17) | 95.83 |
| x ² | | | | | 4.181 |
| P | | | | | 0.041 |

2.4 舒适度情况

研究组的舒适度评分高于对照组, P<0.05, 如表4所示。

表4 舒适度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 指标 | 对照组 | 研究组 | t | P |
|------|------------|------------|--------|-------|
| 生理 | 65.54±2.33 | 96.15±2.43 | 28.654 | 0.000 |
| 心理 | 71.23±2.05 | 92.28±2.85 | 23.284 | 0.000 |
| 环境 | 80.15±2.19 | 95.36±1.64 | 14.362 | 0.000 |
| 社会生活 | 69.28±2.23 | 92.16±1.52 | 24.254 | 0.000 |

3、讨论

小儿巨结肠术后肛周皮肤保护是围术期护理的重点和难点, 由于患儿的皮肤相对敏感, 对排泄物刺激的抵御能力不强, 皮肤暴露于尿液或粪便, 极易弱化皮肤屏障功能, 从而发生皮炎等并发症, 促使患儿的舒适度降低。常规护理以疾病控制的护理服务理念为主, 根据工作经验主观性、被动性的落实护理措施, 忽视患儿的需求满足, 导致护理效果不

尽理想。要想提高术后肛周皮肤保护的成效, 还需在护理管理的模式优化方面下功夫, 预防发生各种并发症, 有效改善预后^[1]。

本次研究结果显示, 研究组的护理总有效率高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示精细化护理更利于提高小儿巨结肠术后肛周皮肤保护的成效。精细化护理从各护理管理工作的细节入手, 发现传统护理模式中的薄弱环节, 采取有效的措施提高医疗服务质量, 实现以人为本和快速康复、循证医学等现代化服务理念的高效落实。精细化护理服务梳理各护理工作流程, 细致入微的设计各护理流程与标准, 护理工作的整体性、专业化更强, 护理人员到位的落实饮食、病情评估、排泄物清除等护理措施, 主动为患儿提供人文关怀, 切实让患儿感受到护理人员的关心和照护, 更利于提高术后患儿肛周皮肤保护管理的有效性。尤其是宣教路径的实施, 要求家属系统性的掌握患儿护理管理方法, 积极配合临床护理工作展开, 以达到理想的护理管理效果^[2]。

研究组的失禁性皮炎发生率低于对照组, 组间存在统计学差异, 表示精细化护理更利于提高小儿巨结肠术疗法干预的安全可靠性。在精细化护理工作中, 护理人员严抓护理安全环节, 建立完善的并发症评估制度, 评估潜在的护理风险, 根据评估结果制定针对性的防护措施。将失禁性皮炎的并发症作为重点的督察内容, 加强巡视并落实前馈控制干预措施, 护理工作的前瞻性和预见性等特点更加突出。防护失禁性皮炎的重点在于避免局部皮肤受大小便的刺激与反复的清洁擦拭。利用玩具气球收集大便, 气球的密闭性好, 患儿的活动不受限, 更利于增加患儿的舒适度。患儿尿管拔除后, 还没有排尿自控能力, 需借助辅助工具收集尿液, 利用一件式开口泌尿造口袋收集患儿的尿液, 更利于减少尿液对肛周皮肤的刺激。利用赛肤润保护肛周皮肤, 在局部皮肤形成脂质保护膜。及时发现和处理失禁性皮炎的先兆症状, 及时去除诱因, 及早进行干预。赛肤润喷涂或外喷伤口保护膜等防护措施, 利于保护局部皮肤, 更利于加速皮肤的修复, 可有效预防并发症的发生^[3]。

研究组的舒适度和医疗服务满意度评分高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示精细化护理更利于提高医疗服务质量和效益。小儿巨结肠术后的大便失禁和污粪处理不及时, 易引发肛周周围失禁性皮炎, 促使患儿出现局部瘙痒、刺激甚至诱发感染, 对术后恢复的影响较大, 也会增加患儿的不适与痛苦。调动家属参与护理的能动性, 知其正确收集大小便, 规范落实术后肛周皮肤的保护措施。在其基础上, 发挥饮食护理、心理护理等护理措施的优势协同效应, 帮助患儿摆脱心理应激和生理应激, 更利于提高患儿的整体舒适度。精细化护理的措施多样性, 根据患儿的实际情况, 采取针对性的护理措施干预, 更利于达到保护术后肛周皮肤的作用。如造口护肤粉有吸收造口渗出物和保湿等作用; 造口粉-保护膜-造口粉-保护膜的“三明治”皮肤保护膜护理方法, 相对于传统的护理方法, 有不易被擦除的优点。在其基础上, 精细化观察与记录病情, 准确及时的反馈皮肤状况, 动态性的调整护理措施, 提高护理工作的针对性。针对于大便次数多的患儿, 可以通过药物控制或饮食调整等方法, 减少大便的次数, 减轻对肛周皮肤的刺激。巨结肠分型包括短段型及常见型、长段型及全结肠型等, 皮肤防护的方法也多有不同, 利于实现医疗资源的整合优化与高效利用。这就需要护理人员树立精细化的护理服务理念, 从患儿的实际服务需求入手, 规范落实精细化的护理服务措施, 不断提高科室的护理服务内涵。

综上所述, 小儿巨结肠术后肛周皮肤保护中实施精细化护理, 可提高整体疗效和患儿的整体舒适度, 降低失禁性皮炎的发生率, 有较大的完善空间, 值得深入研究。

参考文献:

[1] 邹旭露. 游戏管理模式在小儿巨结肠围术期的应用效果[J]. 中国肛肠病杂志, 2022, 42 (5): 71-72.
 [2] 张风云, 张泊宁, 何久智, 王立娟. 精细化护理在小儿巨结肠术后肛周皮肤保护中的应用[J]. 中日友好医院学报, 2021, 35 (6): 375-376.
 [3] 朱玉婷. 优质护理在小儿先天性巨结肠经肛门手术中的效果评价[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3 (46): 158.