

# 小儿腹部手术后并发早期炎性肠梗阻的病情观察与护理

刘伟

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：探讨小儿腹部手术后并发早期炎性肠梗阻的病情观察与护理价值。方法：选择我院儿外科在2022年1月至2023年1月收治的62例腹部手术后并发早期炎性肠梗阻的患儿作为观察对象，按照随机法分为对照组与研究组，每组各31例。对照组施以常规护理，研究组接受综合护理，比较两组的护理总有效率、恢复进度等观察指标。结果：对照组的护理总有效率（67.74%）低于研究组（93.55%）， $P < 0.05$ 。研究组的恢复进食时间与肠功能恢复时间与住院时间、下床活动时间比对照组短， $P < 0.05$ 。术后1d的胃肠减压量比较差异无统计学意义， $P > 0.05$ 。研究组术后3d与术后6d的胃肠减压量低于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的舒适度评分高于对照组， $P < 0.05$ 。结论：病情观察与护理可加速改善小儿腹部手术后并发早期炎性肠梗阻的预后，提高整体疗效，值得临床应用推广。

**【关键词】**腹部手术；早期炎性肠梗阻；病情观察；护理

手术是治疗儿科急腹症的有效手段，但大部分患儿手术后因疼痛而拒绝下床活动，导致术后的肠蠕动速度缓慢，易并发肠梗阻，不利于整体疗效的提升，也会增加患儿的痛苦程度<sup>[1]</sup>。本着三分治疗七分护理的服务理念，对腹部手术后并发早期炎性肠梗阻的患儿施以优质的护理干预，根据病情评估结果合理采取护理措施，提高护理工作的个体化和人文性、系统性等特点，积极改善预后，加速病情转归，尽快达到医疗服务目的。要求儿外科护士明确掌握患儿病情特点和护理服务需求，规范护理思想行为，为患儿提供合理有效的护理服务<sup>[2]</sup>。鉴于此，本文主要研究2022年1月至2023年1月62例腹部手术后并发早期炎性肠梗阻患儿接受护理的效果，发现病情观察与护理的干预价值突出，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择在2022年1月至2023年1月收治的62例腹部手术后并发早期炎性肠梗阻的患儿作为观察对象。患儿及家属均知情同意。排除精神意识障碍、配合度差、临床资料不全者。随机分组各31例，对照组16例女性，男性15例；年龄平均 $5.3 \pm 1.4$ 岁。研究组14例女性，男性17例；年龄平均 $5.7 \pm 1.8$ 岁。两组临床数据相匹配， $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组接受常规的生命体征观察、用药指导等常规的护理，根据病情变化和护理管理制度，规范的落实护理服务工作。研究组施以综合护理干预，方法如下：

#### 1.2.1 病情观察

密切观察患儿的各体征症状变化，评估患者的病情。腹部手术后，未恢复正常肠蠕动前，易出现轻度腹胀的情况，对术后4-5d仍无排气现象，且术后已有肛门排气或腹部胀痛，但有腹部阵发性胀痛的症状发作，则应警惕可能发生肠梗阻。在治疗期间观察患儿的引流情况，了解有无腹肌紧张或腹胀等症状。胃肠减压后12-24h，对仍存在腹部持续性疼痛或出现血压下降、肠鸣音消失、反跳痛等症状者，施行X线检查。

#### 1.2.2 禁食与胃肠减压护理

术后不规范饮食会引起腹内高压，从而加剧腹胀和腹痛的表现，需合理施行禁食与胃肠减压护理。禁食期间用生理盐水漱口，注意口腔清洁，2次/d，减少口咽部的不适感。在胃肠减压治疗期间，讲解胃肠减压的意义，选择粗细合适的胃管，定期检查引流袋负压，观察引流液性质，出现胃管堵塞的情况，需及时调整胃管的深度与角度或冲洗胃管，确保胃管的通畅度。根据胃肠功能恢复情况，及时拔除胃管。

#### 1.2.3 促进肠蠕动护理

为促进肠道蠕动，沿着脐周顺时针进行按摩，3次/d，30min/次。也可给予三联活菌素片、四联活菌素片等肠道益生菌以促进肠蠕动。

#### 1.2.4 健康教育

对患儿及家属进行健康教育和心理护理，做好操作解释、解疑答惑、信息咨询等服务工作，提高其认知度和配合度。通过治疗性沟通、构建康复蓝图等措施，改善焦虑与合作行为，促使临床操作得以顺利进行和发挥效用。利用鼓励性语言和拥抱等肢体语言，主动拉近与患儿的距离。

#### 1.2.5 营养支持

患儿长时间的禁食和接受胃肠减压等治疗，使其处于较差的营养状态。因此，需尽早提供肠外营养支持，满足机体所需的营养，维持内环境稳态，纠正营养不良。在股静脉或颈内静脉进行穿刺置管，在24h内均匀注射水电介质液与营养液及抗生素。保持导管的通畅，防止出现压迫或扭曲等现象。

#### 1.2.6 药物指导

人工合成的生长抑素是消化道梗阻的常用药物，可减少肠液与胰液和胃液的分泌，强化胃肠减压对远端小肠的减压效果。在用药期间合理控制药物的滴速，观察用药的不良反应，交代其重要性，防止出现各种并发症。存在感染征象的患儿施行常规抗感染联合乳糖酸红霉素治疗，对腹痛能耐受的患儿，滴注浓度可在正常高限，并家属交代药物治疗期间可能会出现腹痛症状，使其客观看待疾病治疗。术后早期炎性肠梗阻的发生与炎症刺激或腹腔内手术创伤应激等原因有关，对粘连性肠梗阻且无明显感染征象的患儿，常规使用糖皮质激素。地塞米松稀释后静脉给药每次 $0.2\text{mg/kg}$ ，2次/d，如治疗超过1周，需逐渐减量。

#### 1.2.7 基础护理

术后患儿的抵抗力差，极易发生各种并发症，需强化基础护理工作，保证患儿的呼吸道畅通；并观察其生命体征变化；加强皮肤的清洁及消毒；营造舒适安静的住院环境，提高患儿的整体舒适度；腹部理疗患儿，控制电磁波理疗仪的辐射距离，避免皮肤灼伤。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 护理总有效率

疗效判定标准分为显著（腹痛与腹胀等临床症状消失，胃肠道等生理功能恢复正常，进食后未再出现梗阻症状）、有效（临床症状有所好转，不良反应少，生理功能明显改善）与无效（未达到上述标准）三项，治疗总有效率可用显效率+有效率计算。

#### 1.3.2 恢复进度

参照两组的恢复进食时间与肠功能恢复时间、住院时间、下床活动时间等指标，了解两组的康复进程。

#### 1.3.3 胃肠减压量

比较两组术后1d、3d、6d的胃肠减压量。

#### 1.3.4 舒适度

利用 GCQ 量表评定患者的舒适度情况, 涉及生理、心理、精神、社会文化和环境的 4 个维度, 共 28 项, 采取百分计, 分数与舒适度呈正相关。

#### 1.4 统计学方法

数据统计分析, 用 spss19.0 软件, 计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 用 t 检验; 计数资料用 (%) 表示, 用  $\chi^2$  检验。P < 0.05, 表示数据对比有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 护理总有效率

护理管理干预后, 对照组的护理总有效率 (67.74%) 低于研究组 (93.55%), 组间数据比较差异有统计学意义, P < 0.05, 如表 1 所示。

表 1 护理总有效率比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	31	12 (38.71)	9 (29.03)	10 (32.26)	67.74
研究组	31	20 (64.52)	9 (29.03)	2 (6.45)	93.55
$\chi^2$					6.613
P					0.010

### 2.2 康复进程

研究组的恢复进食时间与肠功能恢复时间、住院时间、下床活动时

表 4 舒适度评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

指标	n	生理	心理	环境	社会生活
对照组	31	65.21 ± 2.13	71.63 ± 2.05	80.22 ± 2.19	69.65 ± 2.23
研究组	31	96.14 ± 2.24	92.27 ± 2.26	95.16 ± 1.69	92.12 ± 1.47
t		28.321	23.584	14.236	24.265
P		0.000	0.000	0.000	0.000

## 3 讨论

患儿属于特殊的医疗服务群体, 其抵抗力和手术耐受度差, 腹部手术后受营养不良、术中应激、药物刺激等致病因素的影响, 极易发生早期炎性肠梗阻。小儿腹部手术后并发早期炎性肠梗阻有恶心呕吐、腹胀腹痛等临床表现, 确诊后通常采取保守治疗措施, 配以综合护理干预, 更利于提高整体疗效<sup>[1]</sup>。

综合护理在腹部手术后并发早期炎性肠梗阻患儿护理中的应用价值突出, 体现在以下几方面: 一是提高护理总有效率。在护理工作中, 要求儿外科护士具备前瞻性意识和循证思维, 根据病情评估结果, 整合前沿研究资料, 制定针对性的护理方案。根据患儿的病情进展, 动态性的调整护理计划, 确保医疗服务更加贴合病情, 实现医疗资源的整合优化与高效利用<sup>[4-5]</sup>。二是加速恢复进度。发挥各护理措施的优势协同效应, 规范护理工作的思想行为, 减少工作失误或差错引起的护理不良事件, 避免不良操作对患儿带来的再度创伤, 使其处于最佳的恢复状态。加强禁食与胃肠减压护理, 有效缓解梗阻的情况, 降低腹内压对胃肠功能恢复等方面的不良影响<sup>[6]</sup>。抑制消化液的分泌, 强化胃肠减压对远端小肠的减压效果。治疗期间加强对药物滴速等方面的把控, 以达到预期的治疗效果。患儿在稳定身心状态下接受治疗, 更利于控制阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的病情发展, 可有效促进身体功能恢复。定期冲洗胃管, 合理控制胃管的深度与角度, 以提高胃肠减压干预效果<sup>[7]</sup>。三是减少胃肠减压量。根据患儿的病情变化, 及时给予胃肠减压和用药护理, 积极促进渗出液的吸收和炎症反应的消退, 减轻肠壁水肿, 促进肠道蠕动功能的恢复。在整个护理过程中, 需监测患者病情的变化, 发现异常及时汇报医生进行处理, 推进医疗服务质量和效益的持续改进<sup>[8]</sup>。加强对各影响胃肠减压量因素的把控, 包括营养不良、负面情绪、运动量少等, 科学合理的落实人文性的护理措施, 促使以人为本和快速康复等现代化的服务理念得以尽快落地<sup>[9]</sup>。四是提高患儿的整体舒适度。患儿存在恐惧、焦躁不

间比对照组短, P < 0.05, 如表 2 所示。

表 2 康复进程 ( $\bar{x} \pm s$ , d)

组别	n	住院时间(d)	恢复进食(h)	肠功能恢复(d)	下床活动(h)
对照组	31	8.33 ± 1.21	56.54 ± 3.27	4.28 ± 0.13	13.15 ± 2.14
研究组	31	6.14 ± 0.31	48.12 ± 2.17	3.33 ± 0.24	8.25 ± 1.34
t		5.241	11.154	3.365	8.774
P		0.020	0.001	0.043	0.005

### 2.3 胃肠减压量

术后 1d 的胃肠减压量比较差异无统计学意义, P > 0.05。研究组术后 3d 与术后 6d 的胃肠减压量低于对照组, P < 0.05, 如表 3 所示。

表 3 胃肠减压量比较 ( $\bar{x} \pm s$ , ml/d)

组别	n	术后 1d	术后 3d	术后 6d
对照组	31	672.54 ± 52.24	587.24 ± 45.54	533.24 ± 38.14
研究组	31	672.14 ± 50.33	506.35 ± 41.27	475.25 ± 32.26
t		0.632	152.265	143.441
P		0.314	0.000	0.000

### 2.4 舒适度情况

护理管理干预后, 研究组的舒适度评分高于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, P < 0.05, 如表 4 所示。

安等心理, 对疾病治疗造成影响, 对病情控制不利, 通过心理护理和健康教育, 稳定其情绪状态, 主动摆脱不良情绪的刺激, 积极改善心理应激。通过强化基础护理和营养支持等, 维持内环境稳态, 改善生理应激, 使其从各致病因素的恶性循环状态中脱离出来, 提高整体健康状况<sup>[10]</sup>。

综上所述, 病情观察与护理可加速改善预后, 提高整体疗效, 值得深入研究。

### 参考文献:

- [1] 刘云星, 许建多, 王春霞, 等. 集束化护理预防胃肠道手术后炎性肠梗阻的效果研究[J]. 河北医药, 2021, 43 (16): 3.
- [2] 胡仕祥, 管俊芳, 赵洪飞, 等. 中医辨证诊治术后早期炎性肠梗阻方法研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2021, 28 (2): 3.
- [3] 李晗, 李畅, 苏妍卓, 等. 肠梗阻导管治疗结直肠癌手术后早期炎性肠梗阻[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2021, 28 (8): 3.
- [4] 赵传印, 张跃强. 中药灌肠对腹部术后早期炎性肠梗阻胃肠动力的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27 (4): 4.
- [5] 孔燕枝. 肾移植术后围手术期肠梗阻因素分析及护理要点[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (7): 3.
- [6] 李双妮, 张苗, 袁娟. 经鼻肠梗阻导管置入术在治疗老年患者术后粘连性肠梗阻中的护理效果观察[J]. 贵州医药, 2021, 45 (11): 1828-1829.
- [7] 何秀萍, 甘连州. 急性阑尾炎腹腔镜切除术后发生粘连性肠梗阻的影响因素[J]. 临床与病理杂志, 2022, 42 (9): 7.
- [8] 孙俊, 徐伟珏, 吕志宝, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗儿童急性小肠梗阻临床疗效比较[J]. 中华小儿外科杂志, 2021, 42 (8): 5.
- [9] 汪广兵, 赵腾府, 王耀光, 等. 术前血清 IFABP, D-D, PLR, PCT 联合检测早期预测小儿绞窄性肠梗阻的价值[J]. 海南医学, 2021, 32 (13): 4.
- [10] 刘强, 赵晓波, 苗家园. 腹腔镜手术治疗小儿重症阑尾炎的有效性与安全性分析[J]. 医学综述, 2021, 27 (23): 5.