

腹腔镜根治术治疗小儿巨结肠围手术期护理的应用价值探析

汪珊玲

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：探讨腹腔镜根治术治疗小儿巨结肠围手术期护理的应用价值。方法：选择我院儿外科在2018年1月至2023年1月收治的42例行腹腔镜根治术治疗的巨结肠患儿作为观察对象，按照随机法分为对照组与研究组，每组各21例。对照组施以常规围术期护理，研究组接受综合围术期护理，比较两组的恢复进度、并发症等观察指标。结果：研究组的术后肛门排气时间、术后抗生素使用时间、术后进食时间、住院时间比对照组短， $P < 0.05$ 。对照组的并发症率（28.57%）高于研究组（4.76%）， $P < 0.05$ 。研究组的护理满意度（100.00%）高于对照组（80.95%）， $P < 0.05$ 。研究组的术中应激指标优于对照组， $P < 0.05$ 。结论：围术期护理可提高整体疗效，加速病情转归，提高医疗服务满意度，值得临床应用推广。

【关键词】腹腔镜根治术；小儿巨结肠；围手术期；护理

先天性巨结肠是一种常见的肠道发育畸形，表现为大便不畅或者大便延迟排出，对患儿的健康影响较大。临床以手术治疗为主，腹腔镜根治术凭借微创和术后愈合快等优势特点，得到了广泛的应用。但影响手术整体疗效的因素较多，尤其是患儿对手术应激的耐受度差，这也对医护人员的职业素养和专业能力提出了更高要求^[1]。还需在围术期配合优质的护理服务，稳定患儿的身心状态，减少手术风险，从而加速预后改善。要求儿外科护士明确把握患儿的病情特点和护理要求，规范护理的思想行为，切实提高腹腔镜辅助下巨结肠根治术的安全可靠性^[2]。鉴于此，本文主要研究2018年1月至2023年1月42例行腹腔镜根治术治疗的巨结肠患儿接受护理的效果，发现综合围术期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2018年1月至2023年1月收治的42例行腹腔镜根治术治疗的巨结肠患儿作为观察对象。纳入标准：①未发生肠穿孔；②家属均知情同意；③符合手术指征。排除标准：①手术禁忌症；②脏器功能障碍；③临床资料不全者。随机分组各21例，对照组11例女性，男性10例；年龄平均 1.3 ± 0.4 岁。研究组10例女性，男性11例；年龄平均 1.7 ± 0.8 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、严格执行无菌操作原则等围术期护理措施，根据科室的护理管理制度和医疗服务要点落实护理工作。研究组施以围术期综合护理干预，方法如下：

1.2.1 术前护理

涉及以下几方面：①病情评估：全面收集患儿的资料，评估患儿的病情，了解手术禁忌症，排除手术风险。②健康教育：稳定患儿与家属的情绪，告知病情和手术、护理等方面的内容，提高家属的认知度和配合度。③肠道准备：术前7-10d进行回流灌肠，1次/d，清除结肠内的积存粪便，缓解腹胀与肠壁水肿，改善血循环。在灌肠前选择合适肛管，禁止暴力操作。灌洗过程中观察患儿的面色，发现异常情况及时处理。④备皮：清洁患儿的脐窝、腹部、会阴部的皮肤，患儿禁食2h，经静脉留置针补液。

1.2.2 术中护理

通过抚触或提供玩具等措施，安抚患儿的情绪，使患儿保持安静。患儿取平卧位，垫高臀部，腰部与颈部垫棉垫，保证肢体功能位。吸入麻醉后，尿道口涂复方利多卡因乳膏，插双腔气囊导尿管。采取调节室温与

铺加温毯、加热静脉输注药物和冲洗液、用无菌纱布覆盖暴露内脏以尽量减少热量的散发等保暖措施，避免低体温引起的手术风险。密切观察患儿的生命体征变化，发现异常情况及时处理。密切配合手术医师完成操作，把控各种风险因素对手术顺利进行的影响。

1.2.3 术后护理

涉及以下几方面：①体位护理：在患儿麻醉未清醒时，去枕平卧位，且头偏向一侧，防止误吸。②监测生命体征：观察患儿的呼吸道情况，必要时及时吸痰。鼻导管吸氧，控制氧流量4L/min，密切监测生命体征变化。③肛周皮肤护理：术后恢复期患儿无法自主排便，需要及时清洗肛周皮肤，保持干净与干燥，避免发生失禁性皮炎。④导管护理：妥善固定尿管、胃管、肛管等，避免非计划性拔管，防止管道滑脱与堵塞、扭曲等，保持通畅度，观察引流液的性状。拔除管道后，观察患儿的排气、排便、饮食等情况。⑤补液：根据患儿体重、进出量计算补液量，从而适当的进行补液。术后第1d可经口补充适量的5%葡萄糖液，第2d口服奶液。⑥扩肛：术后两周开始进行扩肛，过狭窄环做扩肛，2次/d，30s/次。⑦饮食护理：术后患儿肛门排气后，适当喂温开水10-20ml/h，48h后恢复母乳喂养或流质饮食，遵循饮水量由少至多与营养搭配合理等原则，逐渐过渡到半流质。⑧出院指导：告知正确的饮食、肛周皮肤护理、排便训练等护理管理方法，提高家属对患儿的照护能力。

1.3 观察指标

1.3.1 恢复进度

参照术后肛门排气时间、术后抗生素使用时间、术后进食时间、住院时间等指标等指标水平，了解两组的恢复进度和护理干预成效。

1.3.2 并发症

统计两组的并发症发生率，包括吻合口狭窄、肠梗阻、污粪、便秘等指标，了解干预疗法的安全可靠性。

1.3.3 护理满意度

经自行研制的调查问卷对家属满意度做出评估，采取百分制，0-70分是不满意、70-90分是满意、90-100分是非常满意。

1.3.4 术中应激指标

参照心率和血压等指标，了解两组的术中应激程度。

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 χ^2 检验；组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 恢复指标

围术期护理干预后,研究组的术后肛门排气时间、术后抗生素使用时间、术后进食时间、住院时间比对照组短, $P < 0.05$, 如表 1 所示。

表 1 恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	肛门排气	抗生素使用	进食时间	住院时间
对照组	21	2.42 ± 0.24	6.24 ± 0.27	3.36 ± 0.65	13.35 ± 2.17
研究组	21	1.36 ± 0.12	4.13 ± 0.08	2.17 ± 0.27	10.54 ± 1.52
t		4.134	5.254	4.174	7.269
P		0.038	0.015	0.038	0.010

2.2 并发症率

护理干预后,对照组的并发症率 (28.57%) 高于研究组 (4.76%), 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 2 所示。

表 2 并发症率比较 (n, %)

组别	n	吻合口狭窄	肠梗阻	污粪	便秘	其他	总有效率
对照组	21	1 (4.76)	1 (4.76)	1 (4.76)	1 (4.76)	2 (9.52)	28.57
研究组	21	0	0	0	0	1 (4.76)	4.76
χ^2							4.286
P							0.038

2.3 满意度情况

护理模式干预后,研究组的护理满意度 (100.00%) 高于对照组 (80.95%), 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 满意度比对 (n, %)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	21	10 (47.62)	7 (33.33)	4 (19.05)	80.95
研究组	21	12 (57.14)	9 (42.86)	0	100.00
χ^2					4.421
P					0.035

2.4 术中应激指标

护理模式干预后,研究组术中应激指标优于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 4 所示。

表 4 应激指标比对 (n, %)

组别	n	舒张压 (mmHg)	收缩压 (mmHg)	心率 (次/min)
对照组	21	92.36 ± 4.17	141.24 ± 14.26	78.25 ± 2.32
研究组	21	85.24 ± 3.25	119.26 ± 13.17	67.32 ± 2.25
t		17.124	28.114	35.165
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

先天性巨结肠是由于直肠或结肠远端的肠管持续痉挛, 粪便淤滞于近端结肠, 以致肠管扩张与肥厚, 是小儿常见的消化道畸形。腹腔镜下巨结肠根治术有损伤小、术后恢复快、术后并发症少等优点, 能够彻底根治巨结肠, 明显减轻患儿的痛苦。配合围术期护理干预, 更利于提高整体疗效^[3]。

围术期综合护理干预的价值突出, 体现在以下几方面: 一是加速病情恢复。常规护理以疾病控制的服务理念为主, 护理人员根据工作经验, 被动性的落实护理措施, 不能满足患儿的围术期需要, 对手术进程和术后康复进度等方面的影响较大。施行围术期综合护理干预, 发挥各护理措施的优势协同效应, 利于手术顺利的完成, 确保手术质量, 更利于推进预后改善^[4]。渗透外科快速康复等现代化服务理念, 根据患儿的实际情况落实护理管理工作, 如术前缩短患儿禁食的时间, 减少患儿的不适, 提高其对手术的耐受度。如术后密切评估病情变化, 动态性的调整护理管理方案, 确保护理措施更加贴合病情, 实现医疗资源的整合优化与高

效利用^[5]。二是降低并发症率。术后并发症是多种因素共同作用的结果, 与患儿的体质因素有关, 也与护理人员的医疗服务水平有关。需强化护理人员的责任意识和风险意识, 加强实践经验总结, 不断完善护理管理体系, 优化护理薄弱环节。本着为患儿健康负责的态度, 及时发现和规避潜在的并发症危险因素, 包括营养不良、负面情绪等, 将其作为综合护理的立脚点, 进一步突出护理工作的前瞻性和人文性等特点^[6]。小儿神经系统仍处于发育阶段, 术中常出现低体温并由此引起循环功能衰竭, 是术中最危险的并发症。术前肠道准备不充分, 也会增大手术风险。护理人员接受系统性的培训, 明确把握护理服务要点, 严格执行科室的护理管理制度, 减少工作失误或差错引起的护理不良事件^[7]。三是提高医疗服务满意度。在围术期综合护理中, 不仅注重对患儿的情绪疏导, 也注重对家属的健康教育和心理疏导, 使其客观看待疾病治疗, 积极配合护理工作。做好操作解释、解疑答惑等服务工作, 调动家属体内的积极因素, 掌握更多有效的患儿照护方法, 改善健康行为, 更利于提高家属的医疗服务满意度和预后改善^[8]。四是减少手术应激反应。术前做好护理管理工作, 包括术前肠道准备、家属健康教育等工作, 排除手术风险, 确保手术得以顺利进行。术中落实细节护理措施, 包括体位指导、麻醉护理配合、保暖、生命体征监测等, 及时发现和处理异常情况, 缩短手术时间, 减少手术风险。尤其是术中低体温, 冷刺激会增加患儿散热中枢兴奋性, 弱化产热中枢兴奋性, 最终导致心率、体温、血压的下降^[9]。同时, 低温也会延长患儿的苏醒时间, 影响患儿的凝血功能以及伤口愈合。这些因素的存在使得患儿手术应激和风险明显增加, 更需要提高术中护理工作的针对性和指导性。术后做好肛周皮肤、导管、体位等护理, 并密切监测生命体征, 促进患儿康复, 减少并发症, 切实将患儿从手术应激等致病因素的恶性循环状态中脱离出来, 提高整体的舒适度和健康状况^[10]。

综上所述, 围术期护理可提高小儿腹腔镜巨结肠根治术的整体疗效, 能够加速病情转归与预后改善, 提高家属的医疗服务满意度, 降低并发症的发生率, 有较大的完善和进步空间, 值得深入研究。

参考文献:

- [1] 刘笑天, 韩丁, 张震, 等. 小儿腹腔镜巨结肠根治术后拔除胃管时机的应用研究[J]. 中华全科医学, 2020, 18 (3): 4.
- [2] 赵文艳, 李沛潘. 优质护理活动在腹腔镜下胆囊癌根治术围手术期护理中的应用效果[J]. 贵州医药, 2019, 43 (12): 3.
- [3] 左铭君, 张昱中, 朱敏. 腹腔镜辅助经肛门直肌鞘结肠拖出术治疗先天性巨结肠的疗效[J]. 实用临床医药杂志, 2021, 25 (18): 80-83.
- [4] 李曼, 王红, 陈娜, 等. 围手术期循证护理在腹腔镜远端胃癌 D2 根治术中的护理体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2019, 24 (2): 2.
- [5] 张李梅, 蒋清平, 张伟丽. 老年前列腺癌患者内镜下机器人辅助腹腔镜根治术治疗的围手术期护理[J]. 广东医学, 2020, 41 (9): 5.
- [6] 汪洁, 许爱军. 全身麻醉复合骶管阻滞对小儿腹腔镜巨结肠根治术预后的影响[J]. 临床外科杂志, 2022, 30 (6): 3.
- [7] 龚恩美, 张恒, 郑瑞, 等. 小儿先天性消化道畸形的临床特征及手术效果[J]. 中国妇幼保健研究, 2019, 30 (12): 5.
- [8] 曹菁岑, 唐巧丽, 蔡聪聪. 围术期一体化保温模式在腹腔镜下先天性巨结肠手术中的应用[J]. 中国医药导报, 2019, 16 (19): 4.
- [9] 陈明, 屈振繁, 赵名君, 等. 腹腔镜辅助下经肛门巨结肠根治术对先天性巨结肠患儿术后肛门功能和炎症反应的影响[J]. 广西医科大学学报, 2019, 36 (11): 5.
- [10] 张建军, 刘丰丽, 唐维兵, 等. 深化的加速康复外科理念在婴儿先天性巨结肠围手术期的应用[J]. 中华小儿外科杂志, 2019, 40 (3): 4.