

小儿先天性食管裂孔疝修补术的围手术期护理研究

项桂玉

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：讨论小儿先天性食管裂孔疝修补术的围手术期护理措施及效果。方法：将我院在2019年1月至2023年1月收治的46例行先天性食管裂孔疝修补术治疗的患儿，随机进行分组各23例，对照组接受常规围术期护理，研究组接受围术期优质护理，对比两组的干预结局。结果：研究组的护理总有效率比对照组高， $P < 0.05$ 。研究组的术后并发症率比对照组低， $P < 0.05$ 。研究组的术中出血量少于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的手术时间、胃管留置时间短于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的护理满意度高于对照组， $P < 0.05$ 。结论：围术期护理可提高整体疗效与家属的医疗服务满意度，降低并发症率，改善手术情况，值得应用推广。

【关键词】食管裂孔疝修补术；围手术期；护理

先天性食管裂孔疝是一种先天性发育异常疾病，也是引发病理性胃食管反流的危险因素，促使患儿出现反复呕吐与营养不良等情况，不利于患儿的健康生长及发育。建议尽早接受手术治疗，修补扩大的食管裂孔^[1]。由于患者的手术耐受度差，加上手术操作难度大，术后并发症多，为提高整体疗效，需发挥护理辅助疗法干预的价值。要求儿外科护士明确掌握患儿的病情特点和围术期护理要点，加强护理实践经验总结，并具备循证思维，引入前沿研究成果，不断完善护理薄弱环节，为患儿提供优质的护理服务，提高手术的安全可靠性，加速患儿的预后改善^[2]。本文对我院儿外科46例接受手术治疗的先天性食管裂孔疝患儿实施围术期的护理干预，探讨其护理管理效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择46例接受手术治疗的先天性食管裂孔疝患儿当作观察对象。纳入标准：均符合先天性食管裂孔疝的诊断标准；具备手术指征；家属均知情同意。排除标准：临床资料缺失；手术禁忌症；脏器功能障碍者。随机分组各23例，对照组中男性11例，女性12例；平均年龄 3.8 ± 3.6 岁。研究组中女性10例，男性13例；平均年龄 3.6 ± 3.5 岁。基线资料相匹配， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组施以常规围术期护理，包括术前进行各项体征检查、术后进行病情观察、家属健康教育、出院指导等。研究组接受优质的围术期护理干预，涉及以下几方面：

1.2.1 术前护理

涉及以下几方面：①心理护理：通过治疗性沟通、成功案例现身说法等措施，对家属进行心理疏导，指导其掌握和应用疏导患儿情绪的方法，确保手术得以顺利进行。②环境干预：创造舒适安静的环境，减少噪音和强光等不良刺激，告知家属住院须知。③健康教育：根据家属的理解能力，采取个体化的宣教模式，宣教病因、手术和护理等方面的内容，提高家属的认知度和配合度。④饮食护理：患儿出现呕吐症状，不仅会导致营养不良，也会影响手术的实施，需加强对家属正确喂养方法的指导，如喂奶前奶瓶中无空气、喂奶时让患儿取半卧或直立的体位、喂奶后将患儿抱起并轻拍其后背等。⑤术前准备：监测患儿的各项生命体征，稳定各项生理指标。

1.2.2 术中护理

认真核对进入手术室患儿的信息资料。准备妥当各种手术器械及急救药品。快速建立起静脉通道，加强生命体征监测。做好保暖和受压部位皮肤保护等细节护理工作。根据病情变化合理调整各仪器参数。密切配合麻醉与手术医师的操作，缩短手术时间，降低手术风险系数。

1.2.3 术后护理

涉及以下几方面：①体位：告知家属在患儿进食后，不能立即躺下，需要先站立或者进行散步，睡觉时取头高脚低位，卧位时抬高床头。②呼吸管理：术后对未清醒的患儿，采用呼吸机进行辅助呼吸。待拔管后，监测患儿的呼吸状态及频率。患儿意识恢复清醒后，取半卧位，雾化吸入治疗3次/d。③抗感染治疗：遵医嘱应用抗感染药物，发现咳嗽咳痰及发热等症状，及时采取抗感染补液或雾化吸入等治疗措施。④饮食护理：观察患儿腹部有无不适，并展开针对性的药物治疗。拔出胃管后，叮嘱家属不能立即喂食，应继续观察24h，对未出现不适症状和呕吐情况的患儿，方可喂食。提供给患儿术后恢复所需足够营养，避免营养不良，以低脂软食为主，减少食物反流，缩短食物在胃内停留的时间，以降低胃内压力。⑤出院指导：嘱家属出院后规律服药、定期复查、合理饮食、注意保暖和预防感染等，出现不良情况及时就诊。

1.3 观察指标

(1)临床疗效：护理效果评价标准分为显效(干预后的症状消失，体征恢复正常)与有效(干预后的症状与体征有所改善)及无效(未达到上述标准)三项，显效+有效=总有效。(2)并发症：统计两组的术后并发症率，包括肺炎、切口感染、腹膜炎、胃食管反流等指标。(3)手术情况：参照术中出血量、手术时间、胃管留置时间等指标，比较两组的手术情况。(4)家属医疗服务满意度：向家属发放健康管理服务满意度调查表，了解其对服务态度、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；非常满意为90-100分，满意为60-89分，不满意为低于60分。

1.4 统计学方法

本次研究当中的所有数据均采用SPSS17.0统计软件进行处理，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，以t检验，计数资料采用率(%)表示，以 χ^2 检验， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理总有效率

围术期护理干预后，研究组的护理总有效率比对照组高，组间数据比较差异有统计学意义， $P < 0.05$ ，如表1所示。

表1 护理效果比较(n, %)

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	23	6 (26.09)	8 (34.78)	9 (39.13)	73.91
研究组	23	1 (4.35)	9 (39.13)	13 (56.52)	95.65
χ^2					4.212
P					0.040

2.2 并发症情况

围术期护理干预后,研究组的术后并发症率比对照组低,组间数据比较差异有统计学意义, $P < 0.05$, 如表 2 所示。

表 2 并发症率比较 (n, %)

组别	n	肺炎	切口感染	腹膜炎	胃食管反流	总发生率
对照组	23	1 (4.35)	2 (8.70)	2 (8.70)	2 (8.70)	30.43
研究组	23	0	0	0	1 (4.35)	4.35
χ^2						5.447
P						0.020

2.3 手术状况

研究组的术中出血量少于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的手术时间、胃管留置时间短于对照组, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 手术状况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量 (mL)	手术时间 (h)	胃管留置时间 (min)
对照组	23	106.54 ± 12.36	2.65 ± 0.35	20.33 ± 3.26
研究组	23	41.29 ± 6.58	1.14 ± 0.24	14.27 ± 2.85
t		71.134	4.674	9.454
P		0.000	0.035	0.002

2.4 满意度情况

围术期护理干预后,研究组的护理满意度高于对照组,组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 4 所示。

表 4 满意度比较 (n, %)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	23	12 (52.17)	7 (30.43)	4 (17.39)	82.61
研究组	23	14 (60.87)	9 (39.13)	0	100.00
χ^2					4.381
P					0.036

3 讨论

小儿先天性食管裂孔疝修补术是儿外科常见治疗手段。随着医疗技术水平的不断提升,疝修补术的应用越发广泛,在微创和术后恢复快等方面的优势特点更加突出。但手术属于侵入性操作,手术风险不能忽视。因此,加强围术期的护理显得尤为重要,治疗护理相辅相成,才能取得最佳的治疗效果^[1]。

研究组的护理总有效率高于对照组,组间数据比较存在统计学差异,表示围术期护理更加提高整体疗效。手术患儿处于高度应激状态,任何应激都有可能引发各种不良情况,需施行专业的护理干预,来稳定患儿的身心状态。常规护理模式以控制病情的服务理念为主,被动性的落实护理工作,护理工作的人文性和系统性等特点不足,护理效果不尽理想。围术期优质护理服务干预后,明确各护理人员的责任义务。儿外科护士对患儿施行个案管理,更有助于手术治疗,以此实现医疗资源的整合优化与高效利用^[4]。

研究组的并发症率高于对照组,组间数据比较存在统计学差异,表示围术期护理更加提高疗法的安全可靠性。并发症与患儿的体质有关,也与护理人员的医疗服务能力水平有关。患儿属于特殊的群体,对护理人员的依赖度大,护理人员更应当渗透快速康复和以患儿为中心等现代化的服务理念,本着为患儿健康与安全负责的态度,不断优化护理管理流程,减少护理工作失误和差错引起的护理不良事件^[5-6]。护理人员主动发现和规避存在及潜在的并发症危险因素,将患儿从炎症反应、手术应激等致病因素之间的恶性循环状态中脱离出来,避免病情加剧。规范落实无菌操作等规程制度,加强病情评估,提高护理工作的前瞻性和预见性、创造性等,推进医疗服务质量和效益的持续改进^[7]。

研究组的手术指标优于对照组,组间数据比较存在统计学差异,表

示围术期护理更利于促进手术的顺利进行。外科手术的风险较大,尤其是患儿手术治疗,需寻求安全有效的麻醉镇痛方式,加强围术期护理的细节把控,做好家属的健康教育和心理疏导。术前全面评估患儿的情况,排除手术风险,使其做好手术准备,并处于最佳的手术治疗状态,提高手术耐受度^[8-9]。术中密切监测生命体征变化,持续心电监护,落实保暖等细节护理,减少术中应激,达到预期的介入治疗效果。术后强化基础护理,规范落实护理管理计划,并做好体位指导、饮食指导等医疗服务工作,缩短置管时间,缓解患儿的不适。除此之外,提高手术医师的临床操作技能水平,护理人员加强手术配合,及时发现和处理异常情况^[10]。

研究组家属的医疗服务满意度高于对照组,组间数据比较存在统计学差异,表示围术期护理更利于改善服务质量,缓解紧张的护患关系。在优质的围术期护理管理中,护理人员均接受系统性的培训教育,标准化与规范性的展开临床护理工作,医疗服务内容更加透明,规避了护理项目执行不当等问题,护理工作质量稳步提升^[11]。护理人员为患儿提供生理和心理等全方位的照护,根据评估结果和病情变化情况,动态性的调整护理管理方案,不断优化护理程序,有效避免医疗资源的浪费。确切的干预效果和娴熟的技能操作,更利于提高患儿的安全感和家属的认可度,促使家属积极参与护理管理活动,主动积极地配合医护工作的进行,营造良好的医护氛围和护患关系^[12]。

综上所述,施行围术期护理干预,可提高整体疗效与家属的医疗服务满意度,降低并发症率,改善手术情况,值得深入研究。

参考文献:

- [1] 吴雨昊, 冉云霓, 代江涛, 等. 儿童先天性食管裂孔疝嵌顿并胃坏疽 1 例[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2020, 36 (1): 2.
- [2] 李世宪, 张宏伟, 曹慧, 等. 不同手术方法治疗小儿食管裂孔疝的临床疗效观察[J]. 腹腔镜外科杂志, 2019, 24 (2): 4.
- [3] 祁海杰, 余帅, 汪力, 等. 单中心腹腔镜治疗小儿食管裂孔疝的中远期疗效观察[J]. 临床外科杂志, 2021, 29 (7): 3.
- [4] 中华医学会小儿外科学分会微创外科学组, 中华医学会小儿外科学分会胸心外科学组. 儿童腹腔镜食管裂孔疝手术操作专家共识[J]. 中华小儿外科杂志, 2021, 42 (1): 6.
- [5] 江怡, 林阳文, 孙苏娜, 等. 食管闭锁术后合并食管裂孔疝的诊断及治疗体会[J]. 中华小儿外科杂志, 2020, 41 (6): 6.
- [6] 于涛, 于磊, 张葆勤, 等. 腹腔镜 V 型胃底折叠术治疗食管裂孔疝合并胃食管反流病[J]. 中国医师杂志, 2020, 22 (6): 5.
- [7] 余志荣, 郭朝晖, 陈丽婷. 雾化吸入布地奈德联合兰索拉唑治疗胃食管反流病合并食管裂孔疝效果观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 24 (1): 5.
- [8] 彭延春, 刘祥尧, 赵司卫. 腹腔镜食管裂孔疝修补术联合不同抗反流术式治疗食管裂孔疝合并胃食管反流病的临床比较[J]. 中国内镜杂志, 2019, 25 (4): 8.
- [9] 阿克拜尔·艾力, 赛米·赛麦提, 皮尔地瓦斯, 等. 腹腔镜袖状胃切除联合食管裂孔疝修补术治疗肥胖合并阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的近期疗效[J]. 腹腔镜外科杂志, 2021, 26 (3): 5.
- [10] 聂玉胜, 熊尧, 杨慧琪, 等. 不同类型补片在食管裂孔疝修补术中应用的研究[J]. 中华普通外科杂志, 2022, 37 (2): 4.
- [11] 赵宏娟, 任娜, 赵晓春. 腹腔镜下食管裂孔疝修补术中中气胸伴严重低血压 1 例的麻醉处理[J]. 大连医科大学学报, 2022, 44 (5): 478-480.
- [12] 范嘉俊, 陶庆松, 丁远, 等. 腹腔镜食管裂孔疝修补术加用补片的临床疗效及预后分析[J]. 华西医学, 2020, 35 (3): 6.