

# 小儿肠造口术后并发症原因及护理策略研究

杨 珺

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：探讨小儿肠造口术后并发症原因及护理策略。方法：选择我院儿外科在 2022 年 2 月至 2023 年 2 月期间的 44 例行肠造口手术治疗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 22 例。对照组施以常规护理，研究组接受预防术后并发症的护理干预，比较两组的护理质量和术后并发症等观察指标。结果：干预前两组家属的自护能力评分比较差异无统计学意义， $P > 0.05$ 。干预后的自护能力评分高于干预前， $P < 0.05$ 。干预后研究组家属的自护能力评分比对照组高， $P < 0.05$ 。研究组的护理质量评分高于对照组， $P < 0.05$ 。研究组的并发症率（4.55%）低于对照组（27.27%）， $P < 0.05$ 。研究组家属的医疗服务满意度（100.00%）高于对照组（81.82%）， $P < 0.05$ 。结论：护理干预可降低术后并发症率，提高医疗服务质量，值得临床应用推广。

**【关键词】**肠造口术；并发症；护理

受患儿的皮肤组织娇嫩、抵抗力差、配合度差等因素的影响，使其在肠造口术后的易发生出血、皮肤黏膜分离等并发症，增加患儿的痛苦程度，延长住院时间，极易引发各种医疗纠纷。因此，相对于术后并发症的事后处理，更应当注重事前预防和事中控制<sup>[1]</sup>。要求护理人员明确把握行肠造口手术治疗的病情特点和护理要求，本着为患者健康负责的态度，及时发现和规避存在及潜在的危险因素。渗透循证思维，为患者提供能够有效预防术后并发症的护理管理措施，将患儿从营养不良、负面心理、手术应激等致病因素的恶性循环状态中脱离出来，积极改善预后和生存质量<sup>[2]</sup>。鉴于此，本文主要研究 2022 年 2 月至 2023 年 2 月期间的 44 例行肠造口手术治疗的患儿的护理管理效果，发现预见性护理干预更利于降低术后并发症率，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2022 年 2 月至 2023 年 2 月期间的 44 例行肠造口手术治疗的患儿作为观察对象。患儿符合手术指征，家属均知情同意。排除脏器功能障碍与临床资料不全者。随机分组各 22 例，对照组 11 例女性，男性 11 例；年龄平均  $1.3 \pm 0.4$  岁。研究组 10 例女性，男性 12 例；年龄平均  $1.7 \pm 0.8$  岁。两组患儿的基线资料具有可比性， $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组接受常规的护理管理，观察生命体征变化，发现异常情况及时处理。加强用药指导与饮食护理等，改善患儿的体质。研究组施行术后并发症的预见性护理干预，方法如下：（1）造口出血：通常发生在术后 72h 内，原因为肠造口黏膜与皮肤连接处的毛细血管及小静脉出血，大量的出血可能是肠系膜小动脉未结扎或结扎线脱落。在护理干预中，用 NS 棉球将造口清洗干净，观察造口出血的部位与出血量等情况，并寻找出血点加以钳扎，彻底止血。（2）缺血坏死：通常发生在术后 24-48h，原因为造口供血不好或筋膜太狭窄、压迫肠系膜血运。在护理干预中，密切观察造口血运与造口黏膜颜色。术后用透明的造口袋，以便观察造口的血运情况。对发生缺血坏死，解除所有压迫造口的物品，用生物频谱仪局部照射造口，严重者行剖腹探查术，切除坏死的肠道，选择血供丰富的肠段重建造口。（3）皮肤黏膜分离：是指肠造口处肠黏膜与腹壁皮肤的缝合处分离，原因与造口局部缺血、张力增加、造口黏膜缝线脱落有关。在护理干预中，用棉签探查分离深度，清除黄色腐肉及坏死组织，NS 清洗造口后填塞伤口敷料，用防漏垫圈+防漏膏遮挡后贴上造口袋。及时更换敷料，至分离处完全愈合。（4）造口水肿：有造口隆起、肿胀和紧绷的表现。原因与腹壁或皮肤开口过小有关。在护理干预中，密切观察造口颜色，更换造口袋时都需测量造口大小，无紧绷感才将底板固定，以免压迫肿胀的肠管而影响血液循环。严重水肿者用高渗盐水

湿敷。（5）造口回缩：原因与造口肠管游离不充分，产生牵拉力；肠系膜过短；造口周边缝线固定不牢或缝线过早脱落；造口周边愈合不良等有关。在护理干预中，轻者用 NS 棉球清洗干净，涂上保护膜待吸收 3-5min，喷洒无痛保护膜，使用凸面底盘并给造口腰带固定。（6）粪水性皮炎：原因与造口位置差，造口放置于切口上；造口平坦；皮肤褶皱造成溢漏；造口护理不恰当等有关。在护理干预中，评估发生粪水性皮炎的风险，合理使用造口护理产品。用 NS 棉球清洗造口周围的皮肤，取内置式卫生棉塞入造口，将造口粉撒在皮肤及破溃处，停留 3-5min 后将造口粉擦掉，在造口周围皮肤喷上无痛皮肤保护膜，再贴上造口袋。每天评估造口皮肤情况，嘱患者感觉皮肤出现痒痒感及时更换造口袋。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 术后并发症

观察并比较两组术后并发症情况，包括肠造口并发症、肠造口周围皮肤并发症等指标变化。

#### 1.3.2 护理质量

参照拟拟护理质量评估量表，内容涉及护理安全、工作标准等维度，采取百分制，分数与护理质量呈正相关。

#### 1.3.3 护理满意度

向家属发放自制的医疗服务满意度调查表，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。

#### 1.3.4 家属护理能力

参照自我护理量表（ESCA）评估家属的护理能力，量表涉及护理技能、概念、知识、责任的四个维度，共计 43 个项目，总分 172 分，分数越高表示自护能力越强。

### 1.4 统计学方法

数据处理用 spss22.0 软件，以均数  $\pm$  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  $\chi^2$  检验；组间统计学差异用  $P < 0.05$  表示。

## 2 结果

### 2.1 自护能力

表 1 自护能力比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	22	87.16 $\pm$ 6.28	109.46 $\pm$ 2.26	25.854	0.000
研究组	22	87.25 $\pm$ 7.49	130.17 $\pm$ 5.33	59.612	0.000
t		0.445	23.168		
P		0.533	0.000		

干预前两组家属的自护能力评分比较差异无统计学意义， $P > 0.05$ 。

干预后的自护能力评分高于干预前,  $P < 0.05$ 。干预后研究组家属的自护能力评分比对照组高,  $P < 0.05$ , 如表 1 所示。

## 2.2 护理满意度情况

表 2 护理满意度比较 (n, %)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
研究组	22	14 (63.64)	8 (36.36)	0	100.00
对照组	22	12 (54.55)	6 (27.27)	4 (18.18)	81.82

表 3 护理质量评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	护理安全	专科操作	工作标准	服务态度	基础护理
对照组	22	87.56 ± 1.17	87.45 ± 1.65	87.74 ± 1.33	87.36 ± 1.08	87.56 ± 1.14
研究组	22	92.16 ± 3.45	94.36 ± 3.14	93.24 ± 3.17	95.17 ± 1.25	95.15 ± 3.25
t		8.112	9.132	8.447	10.369	10.184
P		0.005	0.003	0.005	0.002	0.002

## 2.4 并发症率

护理管理干预后, 研究组的并发症率 (4.55%) 低于对照组 (27.27%), 组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ , 如表 4 所示。

表 4 并发症率对比 (n, %)

组别	n	肠造口并发症	肠造口周围皮肤并发症	其他	总发生率
对照组	22	2 (9.09)	1 (4.55)	3 (13.64)	27.27
研究组	22	0	0	1 (4.55)	4.55
$\chi^2$					4.247
P					0.039

## 3 讨论

小儿造口术后并发症的发生率高, 与年龄、营养状况、心理状况、造口类型、术前造口定位、疾病的危急程度等影响因素有关。并发症类型多样, 包括造口旁疝、造口缺血坏死、造口狭窄、造口脱垂、造口回缩、造口水肿等肠造口并发症; 涉及粪水性皮炎、过敏性皮炎、造口皮肤黏膜分离等肠造口周围皮肤并发症。术后并发症的发生率和术后护理有正相关性, 还需优化护理管理模式, 以提高整体疗效<sup>[3-4]</sup>。

术后预见性护理的干预价值突出, 体现在以下几方面: 一是提高家属的自护能力。患儿的病情复杂, 加上应激因素较多, 为避免护理工作失误和疏忽, 建议发挥家属的照护作用。调动家属体内的积极因素, 引导家属参与到护理管理工作中, 主动识别和积极规避并发症危险因素的影响, 掌握更多护理管理知识和方法, 强化遵医行为的自我效能, 切实提高患儿的护理管理成效<sup>[5]</sup>。二是提高家属的医疗服务满意度。术后并发症是多种因素共同作用的结果, 需要护理人员具备较强的责任意识, 落实整体性和系统性的护理措施预防并发症的发生。娴熟的操作技能和严谨的服务态度等医疗服务, 可提高患儿的安全感和舒适度<sup>[6-7]</sup>。精细化的护理管理服务, 能够让家属留下深刻的印象, 更利于提高家属的医疗服务满意度和配合度, 切实改善紧张的护患关系<sup>[8]</sup>。三是降低并发症率。术后并发症的危害大, 会增加家庭与社会的负担。要想发挥护理辅助疗法干预的价值, 还需强化护理人员的责任意识和风险管理能力, 对潜在的护理问题提前做出准确的预测和判断, 对患者实施系统化、全方位的优质护理服务<sup>[9]</sup>。规范落实病情评估工作, 观察患者生命体征的细微变化和异常情况, 动态性的调整护理管理方案, 确保护理措施更加贴合病情。术后并发症的影响因素较多, 除了与患儿的体质因素影响外, 也与护理人员的医疗服务不到位有关。这就需要护理人员严格执行无菌操作规程等管理制度, 规范护理工作的思想行为, 减少因工作疏忽引起的护理不良事件, 切实为患儿的安全负责, 实现医疗服务质量和效益的持续改进<sup>[10]</sup>。四是提高护理服务质量。护理人员加强实践经验总结, 不断完善护理薄弱环节, 更新自身的专业知识技能, 提高自身的职业素养, 有的放矢的

$\chi^2$	4.400
P	0.036

护理管理干预后, 研究组家属的医疗服务满意度 (100.00%) 高于对照组 (81.82%), 组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ , 如表 2 所示。

## 2.3 护理质量评分

护理管理干预后, 研究组的护理质量评分高于对照组, 组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ , 如表 3 所示。

展开儿外科的护理管理工作<sup>[11]</sup>。肠造口术后患儿并发症的预见性护理涉及到的内容广泛, 包括心理护理与营养支持、病情观察、造口护理等, 加上患儿对医护人员的依赖度大, 更需要护理人员认真对待, 不断提高护理工作的前瞻性、预见性、人文性、创造性等特点, 确保临床操作得以顺利进行和发挥效用, 尽快达到预防肠造口术后并发症等医疗服务目的<sup>[12]</sup>。

综上所述, 护理干预可降低术后并发症率, 提高医疗服务质量, 强化家属的自护能力, 有较大的完善空间, 值得深入研究。

## 参考文献:

- [1] 王艳芳. 延续性护理干预对肠造口手术患者自我护理能力及并发症的影响分析[J]. 山西医药杂志, 2020, 49 (22): 3.
- [2] 杜辉, 何宇迪, 董晓亮, 等. 高龄患者经皮内镜下胃空肠造口术后并发症分析及干预研究[J]. 中华保健医学杂志, 2019, 21 (2): 4.
- [3] 江怀宁, 陈莉, 方磊, 江霞林, 许力. 基于造口定位的腹部功能锻炼对肠造口并发症及生活质量的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2020, 45 (8): 4.
- [4] 兰文霞, 高丽媛, 吴丽娟, 等. 品管圈在降低住院肠造口患者并发症发生率中的应用[J]. 中国药物与临床, 2019, 19 (3): 518-519.
- [5] 赵煜华, 王俊霞, 吴田瑞. 老年肠造口病人社会参与水平现状及影响因素分析[J]. 护理研究, 2021, 35 (13): 2419-2424.
- [6] 宋霞梅, 钟春霞, 何海燕, 等. 家庭参与式护理对肠造口患儿回归家庭的研究[J]. 护士进修杂志, 2021, 36 (7): 5.
- [7] 吴昕, 林国乐, 肖毅, 等. 回肠造口与横结肠造口在经标本取出辅助切口行保护性肠造口中应用的比较分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2019, 22 (10): 961-965.
- [8] 赵敏利, 田广超, 苑思彤, 等. 儿童腹腔镜肾盂成形术并发症的分析及处理[J]. 中华小儿外科杂志, 2020, 41 (9): 6.
- [9] 胥彬, 刘贤, 康瑾, 等. 预防性回肠造口术对腹腔镜直肠癌根治术患者胃肠功能恢复及术后并发症的影响[J]. 实用癌症杂志, 2020, 35 (10): 5.
- [10] 郭园园, 刘贝贝, 李立强, 等. 腹腔镜根治性膀胱全切原位回肠新膀胱与输尿管皮肤造口术后并发症及生活质量评价[J]. 蚌埠医学院学报, 2019, 44 (7): 5.
- [11] 程方方, 张欢, 李嘉宁, 等. 结肠造口术后患者病耻感对心理弹性及生活质量及造口并发症的影响[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2021, 28 (11): 6.
- [12] 唐文娟, 陆燕萍, 袁春香, 等. 小儿肠造口主要照顾者自我效能水平及其影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25 (4): 5.