

加速康复护理模式在新生儿肛门成形术中的应用效果

陈嘉颖 曾琴 麦嘉轩 余素燕 张颖 (通信作者)

(广东省妇幼保健院 广东广州 511400)

摘要: 目的: 探讨快速康复护理模式在肛门成形术患儿中的应用效果。方法: 将我院2021年1月-2022年1月60例肛门成形术患儿, 双盲随机法分二组。对照组给予常规护理, 干预组实施加速康复护理模式。比较两组患儿术中体温、术后住院时间、术后并发症发生率、家属满意度。结果: 干预组的家属满意度比对照组高 ($P < 0.05$)。干预组的家属满意度是 94.13 ± 3.51 分, 而对照组的家属满意度是 80.41 ± 2.45 分。干预组患儿术中体温 36.24 ± 0.41 °C 高于对照组 35.45 ± 0.21 °C, 术后住院时间 5.24 ± 1.41 d 均短于对照组 7.45 ± 1.21 d, $P < 0.05$ 。干预组术后并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。干预组有 1 例患儿发生术后并发症, 占 3.33%, 而对照组有 8 例发生术后并发症, 占 26.67%。

结论: 将加速康复护理模式应用于肛门成形术患儿围术期能够加快患儿的术后康复, 降低患者的痛苦, 提高家属满意度, 提倡在临床上广泛应用。
关键词: 加速康复护理模式; 肛门成形术; 新生儿; 应用效果

Application effect of accelerated rehabilitation nursing mode in neonatal anoplasty

【Abstract】Objective: To explore the application effect of rapid rehabilitation nursing mode in children with anoplasty. **Methods:** A double-blind randomization method was used to divide 60 children with anoplasty in our hospital from January 2021 to January 2022 into two groups. The control group was given routine nursing, and the intervention group was given accelerated rehabilitation nursing mode. The intraoperative body temperature, postoperative hospital stay, postoperative complication rate, and family satisfaction were compared between the two groups. **Results:** The satisfaction of family members in the intervention group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). The family satisfaction of the intervention group was 94.13 ± 3.51 points, while that of the control group was 80.41 ± 2.45 points. The intraoperative body temperature of the intervention group was 36.24 ± 0.41 °C higher than that of the control group, 35.45 ± 0.21 °C, and the postoperative hospital stay was 5.24 ± 1.41 days, which were all shorter than those of the control group, 7.45 ± 1.21 days, $P < 0.05$. The incidence of postoperative complications in the intervention group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). One child in the intervention group developed postoperative complications, accounting for 3.33%, while 8 children in the control group developed postoperative complications, accounting for 26.67%.

Conclusion: The application of the accelerated rehabilitation nursing model in the perioperative period of children undergoing anoplasty can speed up the postoperative rehabilitation of children, reduce the pain of patients, and improve the satisfaction of family members.

【Key words】 enhanced recovery nursing mode; anoplasty; neonates; application effect

肛门直肠畸形是小儿外科常见的先天畸形, 肛门闭锁为较常见的肛门直肠畸形, 其发病率约 1/1 500~1/5 000, 居消化道畸形之首, 可单独发病, 也可并发其他系统畸形, 如泌尿生殖系统、肌肉骨骼及心血管系统等。肛门成形术是一种有效的治疗方式, 而围手术期的护理是治疗成败的关键^[1-2]。加速康复外科是指采用一系列有循证医学证据的围手术期优化措施, 以减少或降低病患的心理和生理创伤应激, 促进病人术后的快速康复。目前, 国内外加速康复外科的研究主要集中在成人外科相关领域, 关于小儿外科的相关研究和临床实践较少, 本研究探讨了加速康复护理模式在新生儿肛门成形术中的应用效果, 报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院 2021 年 3 月-2022 年 1 月 60 例肛门成形术患儿, 便利抽样法分二组。每组例数 30。

其中实验组平均日龄 11.7 日 (3-25 日), 男 19: 女 11。对照组平均日龄 11.9 日 (3-24 日), 男 17: 女 13。两组一般资料统计 $P > 0.05$ 。本研究经伦理批准。

1.2 方法

对照组给予常规护理, 干预组实施加速康复护理模式。加速康复护理模式如下:

1.2.1 术前护理。(1) 父母的心理护理: 在整个治疗过程中, 都要给予孩子父母最大的心理支持和了解。详细说明手术前后的治疗及护理要点及可能出现的并发症, 获得父母的理解与支持, 以积极的态度配合治疗及护理。(2) 因新生儿均有不同程度的腹胀, 需要禁食, 进行胃肠减压。(3) 建立静脉通路, 维持水电解质平衡, 确保新生儿生长发育的需求, 注意不选择双下肢留置静脉通路, 以免术中无法观察静脉通路的情况。(4) 肠道准备: 术前做好肠道准备, 以防止手术后感染, 可以使用生理盐水进行清洁灌肠, 以 50-100

ml/kg 为标准, 水温 39~41 °C, 因新生儿食管较小, 可选用柔软的 6 号口腔吸痰管代替肛管从瘘口插入进入肠道。在灌肠之前, 应先用石蜡油充分润滑吸痰管, 动作要柔和, 遇有阻力不要用力, 要慢慢转动, 灌肠过程中要注意观察患儿的生命体征, 尽量减少接触, 保暖, 防止着凉。(5) 尿管的置放: 术前留置尿管是肛门成形术的必备条件, 在严格的无菌操作下放置尿管, 并将引流袋固定好, 以防泌尿道感染和防止新生儿躁动时牵拉尿管, 造成后尿路损伤。

1.2.2 术中护理。(1) 低体温的预防。新生儿的体表面积较大, 皮下脂肪较少, 基础代谢率较低, 体温调节中枢发育不健全, 对外界温度的反应比较敏感, 所以要注意保暖。加强保暖, 病室的温度要维持在 21~24 °C, 湿度在 55%~60% 之间, 同时进行输液和冲洗液加温, 并给予保暖毯等措施维持体温。(2) 体位管理: 术中新生儿给予截石位。(3) 皮肤护理: 术中采取软垫等方式, 积极预防压疮。

1.2.3 术后护理。(1) 麻醉后的护理。在麻醉的早期, 要保证呼吸的畅通, 如果不及时的护理, 会导致患儿窒息。①在孩子回到病房后, 用保温箱进行保温, 早产儿要把保温箱的温度调到 32~36 °C, 相对湿度在 70% 左右, 而足月儿则要把暖箱温度调节到 28~32 °C。②将新生儿送到监护室后, 采取去枕、平卧的姿势, 将头部倾斜到完全清醒, 避免呕吐物误入气管, 造成窒息。③由于患儿为新生儿, 其肋间肌发育较差, 以腹式呼吸为主, 呼吸表浅。加之手术创伤, 术后易发生呼吸困难。因此在术后应给予持续低流量吸氧, 流量为 0.5-2L/min。④必要时可清理呼吸道, 保持气道通畅, 以防止痰液堵塞气道, 操作时动作轻柔, 以免对气管粘膜造成伤害。⑤新生儿在麻醉早期容易出现躁动, 应注意对肢体的保护性约束, 正确的固定各种引流管, 特别是尿管不可拔除, 尿液经尿管排出可有效地减少小便对术后伤口的污染。(2) 密切监测患儿的病情, 特别是术后 24 小时, 对孩子的各项指标进行监测, 特别是对生命体征的监测和伤口情况的观察。①严密监护生命体征, 每 30 分钟记录一次, 观察患

儿的反应、肢体末梢的颜色和体温；要注意听诊肺里是否有湿罗音。术区内应密切观察是否有出血情况，发现异常应向医师汇报。②观察引流情况。正确地固定引流管，观察引流流量和性状，并准确记录，出现异常及时汇报医生。③密切观察体温的变化，定期进行体温监控，如果体温超过 38℃，需要进行物理降温；密切监控体温，直到体温恢复正常。(3) 加强基础护理，尤其是皮肤、口、臀的护理。①因儿童皮肤细嫩，血管较多，容易发生皮肤损伤。所以在处理的时候要温柔，要及时换尿布，同时还要预防医用黏胶相关性皮肤损伤。③肛门皮肤护理，为了避免肛门口感染，在清理大便时要注意臀部卫生，同时要注意肛门周围的卫生和干燥。为了避免肛门口感染与裂开，在大便后用生理盐水冲洗干净并用安多福棉球蘸洗消毒肛门口，保持肛门口清洁与干燥。必要时可增加红外线治疗仪照射肛门口。(4) 早期营养干预。术后要密切观察小儿肠道功能的恢复情况，术后 24-48h 内早期肠内营养以加速患儿肠道功能的恢复，提高其免疫力。(5) 疼痛护理：术后给予鸟巢、袋鼠护理、非营养性吸吮，以提高患儿的安全感，缓解其因病痛带来的疼痛感，减少其哭闹。(6) 抗生素应用护理：一般术前 30 分钟使用，术后 24 小时内停用抗生素，以免使用时间过长出现抗生素相关性腹泻和其他不良现象。

1.3 观察指标

比较两组家长对工作认可度、术中患儿体温、术后住院时间、手术并发症发生率。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 软件中，计数 χ^2 统计，计量行 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 家长对工作认可度

实验组的家长对工作认可度比对照组高 ($P < 0.05$)。实验组的家长对工作认可度是 94.13 ± 3.51 分，而对照组的家长对工作认可度是 80.41 ± 2.45 分。

2.2 术中患儿体温、术后住院时间

实验组术中患儿体温 $36.24 \pm 0.41^\circ\text{C}$ 高于对照组 $35.45 \pm 0.21^\circ\text{C}$ 、术后住院时间 $5.24 \pm 1.41\text{d}$ 均短于对照组 $7.45 \pm 1.21\text{d}$ ， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 术中患儿体温、术后住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	术中患儿体温 (°C)	术后住院时间 (d)
对照组 (30)	35.45 ± 0.21	7.45 ± 1.21
实验组 (30)	36.24 ± 0.41	5.24 ± 1.41
t	6.011	7.101
P	0.000	0.000

2.3 手术并发症发生率

实验组手术并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。实验组手术并发症发生有 1 例，占 3.33%，而对照组手术并发症发生 8 例，占 26.67%。

3 讨论

本研究显示，实验组手术并发症发生率低于对照组，体温高于对照组，家长满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。这是因为：加速康复外科护理是在围术期对患者进行综合护理，降低围术期的创伤，减轻患儿的应激反应，降低患儿的术后并发症，缩短患儿的住院时间，使患儿尽快康复^[3-4]。加速康复外科护理下，术前做好患儿家长的心理护理，减少患儿家长的紧张情绪，在术中为患儿创造一个良好的手术环境，可维持其体温稳定；在术后做好相关护理，可减少并发症^[5-7]。

在围术期，规范加速康复护理模式的应用，可以缓解患儿的

应激，促进患儿的恢复。从某种意义上来说，快速康复护理是一种补充、支持和改善的护理方法，可以提高护理质量水平^[8-10]。在实施护理过程，护士一方面要做好术前的准备，要做好手术的配合，还要做好术后的指导，从生理和心理上进行干预，最大限度减少不良应激，避免出现并发症。在临床上，快速康复外科护理对降低手术创伤、抑制炎症、应激、改善患儿的营养状态具有明显的作用^[3-5, 11-12]。对于肛门成形术患儿来说，通过加速康复护理模式的应用，有利于最大限度减轻对新生儿造成的不良影响，在围手术期减少相关并发症，加速患儿康复出院，让患儿和家属都得到全面而精细的护理，提高家长的满意度^[13-15]。

综上所述，肛门成形术患儿实施加速康复护理模式效果确切。

参考文献

[1] Moore SW. Associations of anorectal malformations and related syndromes[J]. *Pediatr Surg Int*, 2013, 29 (7): 665-676

[2] 田娟, 陈振秋, 乔舒亚. 扩肛前涂抹利多卡因乳膏对先天性肛门直肠畸形肛门成形术后患儿的影响[J]. *医学理论与实践*, 2022, 35 (11): 1948-1950.

[3] 吴超, 任学敏, 胡小华, 钟陈, 朱凌, 张平锋. 腹腔镜辅助肛门成形术与传统 pena 手术治疗先天性肛门闭锁患儿的临床效果[J]. *医疗装备*, 2022, 35 (06): 69-71.

[4] 王国辉, 鲁金鹏, 刘锋, 牛波波, 牛会忠. 改良小切口前矢状入路手术治疗肛门闭锁合并直肠前庭瘻的疗效分析[J]. *临床小儿外科杂志*, 2021, 20 (12): 1163-1168.

[5] 贾丽, 金芹, 莫钟烨. 改良固定法在新生儿会阴肛门成形术肛管固定中的效果观察[J]. *浙江医学教育*, 2021, 20 (06): 46-48.

[6] 何凌云, 姜玉娥, 饶芬, 韦夏, 周凯泳, 高聚星. 围术期护理对后矢状入路会阴肛门成形术的疗效和并发症影响分析[J]. *中国医药科学*, 2021, 11 (13): 95-98.

[7] 赵二芸, 袁海波, 刘蒙蒙. 不同干预方法对环状混合痔病人术后疼痛及相关症状的康复效果评价[J]. *蚌埠医学院学报*, 2021, 46 (9): 1312-1315.

[8] 刘笑天, 王煜, 潘守东, 等. 肠镜腹腔镜辅助肛门成型治疗中高位先天性肛门闭锁的手术配合[J]. *中华全科医学*, 2021, 19 (4): 689-692.

[9] 萧绮莉, 吴如华, 苏玉环, 等. 肛周坏死性筋膜炎 8 例临床分析[J]. *中国现代手术学杂志*, 2021, 25 (1): 40-45.

[10] 赵杭燕, 陈朔晖, 黄寿奖. 直肠肛门畸形腹腔镜下肛门成形术术后患儿并发症的预防及护理[J]. *护理与康复*, 2020, 19 (8): 46-48.

[11] 闵筱兰, 陈振添, 雷淑敏, 等. 婴幼儿肠造口还纳肛门成形术后护理难点与对策[J]. *齐鲁护理杂志*, 2020, 26 (2): 119-121.

[12] 崔宇杨, 王曾妍, 何婷婷. 先天性肛门闭锁患儿行达芬奇机器人辅助肛门成形术的手术配合[J]. *现代临床护理*, 2019, 18 (11): 54-57.

[13] 王利维, 唐春燕, 马燕, 等. 全程家庭护理干预模式在小儿肛门成形术患者中的应用[J]. *解放军护理杂志*, 2018, 35 (12): 64-68.

[14] 陈艳秋, 刘娇洁, 袁春华. 先天性肛门闭锁合并直肠舟状窝瘻及巨结肠 1 例护理[J]. *上海护理*, 2016, 16 (2): 88-89.

[15] 宋东建, 岳丽芳, 范应中, 等. 先天性肛门闭锁伴前庭窝瘻、并双阴道双子宫、右肾缺如及脊髓栓系畸形 1 例分析[J]. *医学与哲学*, 2016, 37 (4): 74-76.

[16] 高强, 郭立明, 宋华, 等. 改良 Pena 手术一期治疗新生儿中高位肛门闭锁 62 例[J]. *临床小儿外科杂志*, 2016, 15 (6): 629-631.