

# 先天性肠闭锁患儿的围手术期护理研究

潘洁

(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:探讨先天性肠闭锁患儿的围手术期护理效果。方法:选择我院儿外科在2021年2月至2023年2月期间的44例先天性肠闭锁患儿作为观察对象,按照随机法分为对照组与研究组,每组各22例。对照组施以常规围术期护理,研究组接受综合性围术期护理干预,比较两组的护理质量和术中应激等观察指标。结果:研究组的术中舒张压、收缩压、心率低于对照组,  $P < 0.05$ 。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(31.82%),  $P < 0.05$ 。研究组的术后首次排便时间、术后静脉营养时间、住院时间短于对照组,  $P < 0.05$ 。结论:围术期综合性护理干预,可提高医疗服务质量,加速病情康复和预后改善,值得临床应用推广。

**关键词:**先天性肠闭锁; 患儿; 围手术期; 护理

先天的肠闭锁是消化道畸形的一个类型,为新生儿时期肠梗阻常见原因之一,占24%~32%。闭锁可发生于肠管的任何部位,以回肠最多,十二指肠次之,空肠较少,结肠罕见。新生儿肠闭锁病理分型繁多,所致闭锁的原因相对复杂,对医务人员的专业要求较高,建议采取整体性的疗法干预,接受手术治疗的同时,搭配护理辅助疗法的干预,提高整体疗效,尽快实现医疗服务目的<sup>[1]</sup>。施行围术期综合护理干预,渗透快速康复和以患儿为中心等现代化服务理念,放大各护理措施的联动效应,快速控制病情,稳定身心状态,积极改善预后和生存质量<sup>[2]</sup>。鉴于此,本文主要研究2021年2月至2023年2月期间的44例先天性肠闭锁患儿的护理管理效果,发现围术期综合护理管理干预的价值突出,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2021年2月至2023年2月期间的44例先天性肠闭锁患儿作为观察对象。纳入标准:符合手术指征;家属均知情同意。排除标准:脏器功能障碍;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 $7.3 \pm 1.4d$ 。研究组10例女性,男性12例;年龄平均 $7.7 \pm 1.8d$ 。两组临床数据相匹配,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

两组入院后即完善术前准备工作,行全麻下行肠切除肠吻合术。对照组接受常规的围术期护理管理,包括生命体征观察、用药指导等,稳定病情,促使临床操作得以发挥效用。研究组施行围术期综合护理管理,方法如下:

#### 1.2.1 术前护理

涉及以下几方面:①保暖护理:置新生儿于辐射抢救台,维持其体温在 $37^{\circ}C$ 左右,定时记录辐射台及患儿肢端温度变化。②禁食及持续胃肠减压:根据患儿胎龄、体重决定胃管,隔3d更换1次,减少发生腹胀及吸入性肺炎,注意每班记录引流液的性状。③输液管理:建立有效静脉通路,遵医嘱纠正脱水,每班记录尿量变化,确保出入量平衡;低血钾者需把控液体中的钾浓度及输液速度,增加巡视次数,防止发生药物外渗等护理不良事件。④家属健康教育:讲解疾病、手术、护理等方面的内容,使其客观看待疾病治疗,积极配合临床操作。耐心解答家属疑惑,缓解家属焦虑状况。

#### 1.2.2 术后护理

涉及以下几方面:①并发症预防:密切监测患儿的血氧饱和度和体温、心率、肌张力、大小便情况等情况,严格执行无菌操作,及时发现和处理感染症状。通过控制病室温度等措施加强保暖,尤其是早产与低体重患儿注意防止冻伤。患儿病情重且管道多,需通过无益化擦浴、涂护臀膏、生理盐水清洁口腔、75%酒精消毒脐部等措施加强皮肤护理。②持续胃肠减压:术后48~72h内保持胃肠减压通畅,抽吸并观察胃内容的性状,评价胃肠减压的效果。根据

腹部及全身皮肤状况,合理调整补液量。③营养支持:术后5~7d采用全静脉营养,根据术后胃肠功能状况逐量开奶,逐步增加奶量,适时过渡至全肠内营养。建议施行早期喂养,于患儿术后首次排便即开始喂养补液,若患儿无腹胀和呕吐、胃滞留等不适,可改为配方奶粉。④恢复胃肠道功能:了解患儿的肠鸣音变化与腹胀、肛门排气排便等情况,及时为患儿变换卧位,提高舒适度。患儿术后首次排便时间过长,可通过四磨汤、腹部按摩、抚触、开塞露等护理措施以促进排便。肠功能恢复后,喂少量补液盐,3h/次,若无呕吐等不良症状,可过渡为婴儿配方奶,逐渐增加喂养量。⑤造口护理:行肠造瘘术治疗的患儿,加强造瘘口的护理。密切观察造口粘膜颜色变化及周围皮肤情况,评估造口有无回缩、脱垂、出血等。及时更换造口袋,更换过程中注意无菌操作和保暖,必要时在造口周围涂防漏膏。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 术中应激反应

观察并比较两组术中应激反应情况,包括术中舒张压、收缩压、心率等指标变化。

#### 1.3.2 护理质量

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

#### 1.3.3 术后并发症

比较两组的术后早期并发症率,包括肠蠕动功能紊乱、感染、伤口愈合不良、喂养不耐受等并发症指标。

#### 1.3.4 恢复进度

比较两组的术后首次排便时间、术后静脉营养时间、住院时间等指标,了解两组的术后恢复进度。

### 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 $\chi^2$ 检验;组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

## 2 结果

### 2.1 术中应激反应

护理管理干预后,研究组的术中舒张压、收缩压、心率低于对照组,组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ ,如表1所示。

表1 应激反应比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	心率 (次/min)
对照组	22	130.23 ± 6.33	89.05 ± 6.21	91.32 ± 6.24
研究组	22	108.17 ± 5.15	73.21 ± 5.05	85.17 ± 4.23
t		19.135	13.254	8.325
P		0.000	0.000	0.006

### 2.2 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 2 所示。

表 2 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	87.02 ± 1.17	87.33 ± 1.65	87.24 ± 1.33	87.16 ± 1.08	87.25 ± 1.14
研究组	22	92.17 ± 3.45	94.26 ± 3.14	93.35 ± 3.17	95.28 ± 1.25	95.34 ± 3.25
t		8.231	9.362	8.224	10.658	10.234
P		0.005	0.003	0.005	0.002	0.002

### 2.3 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(31.82%),组间数据比较存在统计学差异,  $P < 0.05$ , 如表 3 所示。

表 3 并发症率比对 (n, %)

组别	n	伤口愈合不良	喂养不耐受	肠蠕动功能紊乱	感染	其他	总发生率
对照组	22	1(4.55)	1(4.55)	2(9.09)	1(4.55)	2(9.09)	31.82
研究组	22	0	0	0	0	1(4.55)	4.55
$\chi^2$							5.500
P							0.019

### 2.4 恢复进度指标

护理管理干预后,研究组的术后首次排便时间、术后静脉营养时间、住院时间短于对照组,  $P < 0.05$ , 如表 4 所示。

表 4 恢复指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ , d)

组别	n	首次排便时间	静脉营养时间	住院时间
对照组	22	5.12 ± 1.21	19.33 ± 1.25	24.13 ± 3.33
研究组	22	4.17 ± 0.45	16.26 ± 0.26	21.26 ± 2.45
t		4.362	6.314	6.224
P		0.040	0.010	0.010

### 3 讨论

提高先天性肠闭锁的存活率,得益于较高的整体疗效,也离不开优质护理服务的支撑。因此,优化围术期护理管理模式显得尤为重要,为患儿提供优质护理服务,尽快纠正病症,积极改善预后<sup>[9]</sup>。

综合性围术期护理干预在先天性肠闭锁患儿护理中的应用价值突出,体现在以下几方面:一是减少手术应激:患儿对手术的耐受度差,需术前做好准备工作。评估患儿的病情变化情况,及时排除手术禁忌症和风险因素,渗透循证思维,落实合理的保暖等护理措施,以稳定患儿的身心状态,确保手术得以顺利进行。术前落实细节护理措施,包括保暖和病情评估等,缩短手术时间,减少手术风险<sup>[4-5]</sup>。二是提高护理服务质量。患儿没有自理能力,对儿外科护士护理服务的依赖度大,需要护理人员严格执行规章制度和护理管理操作规程,规范护理工作的思想行为。接受系统性的培训教育,明确掌握患儿的病情特点和护理要求等内容,有的放矢的展开护理工作<sup>[6]</sup>。根据患儿实际护理需要,及时提供有效的护理措施干预,提高护理工作的创造性和系统性,推进医疗服务质量和效益的持续改进。护士长检查护理工作执行情况,及时发现和处理护理薄弱环节,促使护理管理服务体系更加完善<sup>[7]</sup>。三是降低术后并发症率。患儿的病程严重程度不同,多合并黄疸、硬肿症等,且术后需要长期的静脉营养支持,密切观察造口恢复情况等,术后护理难度大。这就需要提高护理人员的责任意识和风险管理能力,本着为患儿健康负责的态度,加强护理工作实践经验总结,及时发现和规避及潜在的并发症危险因素<sup>[8]</sup>。患儿术后并发症与患儿的体质因素影响有

关,也是护理人员医疗服务不到位的直接体现。需要提高护理工作的预见性和前瞻性等特点,规范落实病情评估工作,动态性的调整护理管理方案,避免低体温、药物应激等因素引起的术后早期并发症。要求家长明确掌握患儿的情绪安抚方法、喂养方法等护理管理内容,主动识别和及时规避影响预后改善的干扰因素<sup>[9]</sup>。四是加速病情转归。术前通过建立有效的静脉通路进行静脉输液、置保暖箱、胃肠减压等护理措施,有效控制患儿的病情,使其做好手术准备工作。术后通过观察病情变化,发现异常及时报告医生处理,稳定患儿的生命体征。术后持续胃肠减压护理,根据胃液的颜色及 24 小时,合理控制补液量。密切观察患儿的腹部情况,了解有无腹胀减轻或者是否排便的情况。术后留置胃管 10-15d,避免吻合口的近端积液导致张力增高而影响愈合,及时发现和处理患儿的伤口渗液情况,根据患儿的情况给予抗生素,防止伤口感染的发生。术后及时纠正电解质紊乱及提供营养支持,补充足够的热量和液体,用微量泵控制输液速度。患儿的胃液由草绿色或咖啡色逐渐变为白色,表示患儿的肠功能恢复,可暂时关闭胃肠减压。观察 24-48h 后,无呕吐可进少量温开水,再进奶,本着少量多次的喂养原则进行。部分短肠综合征的患儿,在术后会有顽固性腹泻与吸收不良等情况,尤其是对于长时间不能正常饮食患儿或存在短肠综合征的患儿,长期间断静脉营养仍是必须的治疗。这就需要突出护理工作的个体化与针对性等特点,确保护理方案更加贴合病情。加强对家属的心理护理和健康教育,调动其体内的积极因素,使其积极参与到护理管理方案的制定和执行中来,提高其对患儿的护理管理能力,从而加速病情转归与预后改善<sup>[10]</sup>。

综上所述,围术期综合性护理干预,可提高医疗服务质量,加速病情康复和预后改善,降低术后早期并发症率,值得深入研究。

#### 参考文献:

- [1] 徐晓丽, 阳惠, 何秀云, 等. 口腔刺激干预对先天性肠闭锁患儿术后经口喂养能力和生长发育的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(14):6.
- [2] 王孝婧, 饶维璋. 先天性食道闭锁患儿围手术期护理[J]. 中国临床研究, 2019, 32(6):3.
- [3] 张丽芬, 丁志兰. 先天性膈疝 25 例患儿围手术期护理[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(15):2.
- [4] 祁文清, 陈依君, 陈凯. 心理支持及认知干预在腹膜后恶性肿瘤患儿围手术期应用的研究[J]. 癌症进展, 2019, 17(4):4.
- [5] 马小香. 先天性食管闭锁患儿围手术期护理体会[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(11):2.
- [6] 孙超, 杨海帆, 朱惟一, 等. 提吊式肠造口术治疗足月新生儿先天性高位空肠闭锁的疗效研究[J]. 中国现代医学杂志, 2022, 32(21):5.
- [7] 黄文华, 方一凡, 林恺楠, 等. 先天性肠闭锁 207 例诊治分析[J]. 福建医科大学学报, 2019, 53(1):3.
- [8] 雒娟妮, 杨军玲, 张媛, 侯诗箐. 快速康复外科理念在胃癌患者围手术期护理中的应用及对伤口愈合时间影响研究[J]. 贵州医药, 2020, 44(10):2.
- [9] 黄琳琳, 孙守栈, 孙永涛, 等. 早产儿先天性胃肠道疾病的围手术期护理措施及要点分析[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2019, 40(10):4.
- [10] 史雯嘉, 黄燕, 龚莹莹, 等. 目标管理在先天性巨结肠症患儿围手术期加速康复中的实践[J]. 护理学杂志, 2019, 34(10):4.