

小儿外科肠梗阻手术的临床护理方法分析

舒晚波

(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:探讨小儿外科肠梗阻手术的临床护理方法及效果。方法:选择我院小儿外科在2020年1月至2023年1月收治的58例行肠梗阻手术治疗的患儿作为观察组对象,按照随机法分为对照组与观察组,每组各29例。对照组施以常规护理,观察组接受优质护理,比较两组的护理总有效率、恢复进度、并发症等观察指标。结果:对照组的护理总有效率(79.31%)低于观察组(96.55%), $P < 0.05$ 。对照组的并发症率(24.14%)高于观察组(3.45%), $P < 0.05$ 。观察组的肛门排气时间、住院时间、下床时间、进食时间比对照组短, $P < 0.05$ 。观察组的焦虑与合作行为等级优于对照组, $P < 0.05$ 。结论:护理可提高小儿外科肠梗阻手术治疗的患儿整体效果,降低术后并发症率,值得临床应用推广。

关键词:小儿外科;肠梗阻手术;临床护理

肠梗阻是临床常见疾病,发病机制复杂,机械性肠梗阻与肠粘连、肠闭锁等病因有关,功能性肠梗阻与肠炎、消化不良、肺炎等病因引起肠麻痹有关。肠梗阻导致肠管的蠕动紊乱,使得患儿出现呕吐、疼痛、腹胀等临床症状表现,对患儿身心健康的影响较大^[1]。手术是治疗肠梗阻的有效手段,但影响整体疗效的因素较多,需规范落实手术的护理配合工作,稳定患儿的身心状态,确保手术干预价值得以全面发挥。因此,优化护理管理模式显得尤为重要。围术期施行优质护理干预,提高护理工作的前瞻性和人文性、个体化等特点,满足患儿的合理需求,改善其焦虑和合作行为,达到预期的护理服务目的^[2]。鉴于此,本文主要研究小儿外科在2020年1月至2023年1月58例行肠梗阻手术治疗的患儿接受护理的效果,发现优质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2020年1月至2023年1月收治的58例行肠梗阻手术治疗的患儿作为研究对象。纳入标准:均符合《中医肛肠科疾病诊断疗效标准》的要求;患者及家属均知情同意;符合手术指征。排除标准:精神意识障碍;配合度差;临床资料不全;脏器功能障碍者。随机分组各29例,对照组14例女性,男性15例;年龄1-12岁;年龄平均 6.7 ± 5.3 岁。观察组13例女性,男性16例;年龄1-12岁;年龄平均 6.6 ± 5.5 岁。两组临床数据相匹配, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组根据病情变化和护理管理制度,提供常规的健康教育、病情观察等常规的护理,规范的落实护理工作。观察组施以优质护理干预,方法如下:

1.2.1 术前护理

术前根据心理状态评估结果,提供针对性的心理护理措施,通过疼痛管理、健康教育、家庭力量支持、心理疏导等措施,缓解其心理障碍和精神压力,建立良好的信任关系。强调负面情绪对疾病发展的影响,指导其通过放松疗法、心理暗示等措施自我调整情绪,主动摆脱不良情绪的刺激。家属掌握患儿情绪安抚、饮食调节等护理方法,稳定患儿的身心状态。对患儿施行持续性胃肠减压与禁食水处理,做好操作解释和解答疑惑等服务工作,提高其认知度和配合度,纠正错误的治疗观念和态度。指导患儿及家属妥善固定胃管,防止脱落或打折、扭曲。观察引流物的量和性质。协助患儿进行术前准备和辅助检查工作,常规化备皮,术区备皮动作轻柔,防止损伤皮肤。

1.2.2 术后护理

涉及以下几方面:(1)强化基础护理:患儿去枕平卧位休息,头偏向一侧,防止呕吐物误吸。生命体征稳定后取半卧位,放松腹

肌,减轻腹痛,改善呼吸,确保腹腔渗出液能流入盆腔最终被吸收,防止膈下部位发生感染。先从床上的下肢活动练起,预防出现下肢静脉血栓形成。加强皮肤护理,防止发生压疮。(2)病情观察:严密观察患儿的生命体征变化。做好保温保暖工作,每天密切测量体温变化,直到患儿的各项生理指标恢复正常。重症患者需观察窒息、休克、伤口出血、呼吸道梗阻等问题。(3)引流管理:观察伤口敷料以及引流管的情况,妥善固定引流管,保证有效引流。患儿在改变体位或活动时,需注意引流管的水平高度,避免超过腹部切口高度从而引起引流物的反流,发现引流液异常情况及时通知医师处理。(4)胃肠减压处理:保证减压管的通畅性,出现阻塞情况时,用注射器与少量的生理盐水去清理,发现大出血问题及时报告处理。加强口腔护理,用温盐水漱口。术后第1d早期下床活动,促进肠蠕动恢复,防止肠粘连。胃肠道功能恢复后开始进少量流质,进食后无不适,逐步过渡至半流质。(4)并发症防护:为预防发生肺部感染,术后通过指导患儿有效咳嗽咳痰与拍背、雾化吸入等措施促进排痰,咳嗽时嘱患儿用手按压伤口。为预防发生尿路感染,术后尽早拔出尿管,并鼓励患儿自解小便。为预防发生再次肠粘连,鼓励病人早期下床活动,以促进机体和胃肠道功能的恢复。为预防发生腹腔内感染及肠痿,术后应妥善固定引流管并保持通畅,观察引流液性状。了解切口情况,发现切口红肿及剧痛等感染先兆症状及时处理。腹腔引流管周围流出液体带臭味时警惕弥漫性腹膜炎,遵医嘱给予抗感染及营养支持治疗,局部双套管负压引流。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效

护理总效率的判定标准分为显效(干预后的临床症状消失,体征平稳)、有效(干预后的临床症状有所好转,体征较稳定)与无效(未达到上述标准)三项,护理总有效率可用显效率+有效率计算。

1.3.2 恢复进度

参照肛门排气时间、住院时间、下床时间、进食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。

1.3.3 配合度

参照 Venham 量表评定患儿的焦虑与合作行为,0级表示自如,1级表示不自然,2级表示紧张,3级表示勉强,4级表示恐惧。

1.3.4 并发症

统计两组的并发症发生率,包括腹膜炎、肠痿、再次肠梗阻、吻合口瘘等指标,了解干预疗法的安全可靠性。

1.4 统计学方法

用 spss21.0 软件处理数据,计量数据用均数 \pm 标准差表示,行 t 检验其数据是否符合正态分布;计数资料用[n/%]表示,行 χ^2 检验

差异性; 组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 护理总有效率

护理干预后, 对照组的护理总有效率 (79.31%) 低于观察组 (96.55%), 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 1 所示。

表 1 护理总有效率比较 (n,%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	29	12 (41.38)	11 (37.93)	6 (20.69)	79.31
观察组	29	19 (65.52)	9 (31.03)	1 (3.45)	96.55
X^2					4.062
P					0.044

2.2 并发症率

护理干预后, 对照组的并发症率 (24.14%) 高于观察组 (3.45%), 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	腹膜炎	肠痿	再次肠 梗阻	吻合口 瘘	其他	总有效率
对照组	29	1(3.45)	1(3.45)	1(3.45)	1(3.45)	3(10.34)	24.14
观察组	29	0	0	0	0	1(3.45)	3.45
X^2							5.220
P							0.022

2.3 恢复指标

护理管理干预后, 观察组的肛门排气时间、住院时间、下床时间、进食时间比对照组短, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 恢复指标比较 ($\bar{X} \pm S, d$)

组别	n	肛门排气	下床时间	进食时间	住院时间
对照组	29	2.61 ± 0.35	3.24 ± 0.14	3.28 ± 0.52	9.35 ± 2.34
观察组	29	1.15 ± 0.12	1.13 ± 0.08	2.36 ± 0.27	5.54 ± 1.36
t		4.265	5.265	4.154	7.352
P		0.038	0.015	0.038	0.010

2.4 配合度情况

护理干预后, 观察组的焦虑与合作行为等级优于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, $P < 0.05$, 如表 4 所示。

表 4 配合度对比 (n,%)

组别	n	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
对照组	29	1 (3.45)	2 (6.90)	10 (34.48)	8 (27.59)	8 (27.59)
观察组	29	14 (48.28)	9 (31.03)	3 (10.34)	2 (6.90)	1 (3.45)
χ^2		15.197	5.497	4.858	4.350	6.444
P		0.000	0.019	0.028	0.037	0.011

3 讨论

肠梗阻属于常见的急腹症状, 易引起肠道坏死和严重感染。临床以手术治疗为主, 但患儿机体的耐受度差, 还需配合优质护理服务, 缓解疼痛和手术等应激反应, 稳定其身心状态, 达到医疗服务目的^[3]。

观察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, 表示围术期优质护理服务更利于提高整体疗效。不同患者的病情不同, 需根据循证医学理论制定针对性的护理管理方案。由于患儿的年龄小, 肠壁肌层较薄, 极易出现出血现象, 严重的还会出现肠蠕动紊乱。因此, 在护理管理的过程中, 需根据病情变化和预后改善等评估结果, 动态性的调整护理方案, 确保护理措施贴合患者的医疗服务需求和病情, 以此提高手术成效^[4]。由于患儿的年龄较小, 无法详细表达想法和自身情况, 容易造成病情延误, 需要护理人员掌握艺术沟通技巧, 用简洁明了的语言询问不适状况, 全面

掌握患儿的腹部情况, 有效指导患儿下床活动与饮食等方面, 切实发挥各护理辅助疗法的优势协同效应, 以此提高整体治疗效果^[5]。

观察组的并发症率低于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, 表示围术期优质护理服务更利于提高疗法的安全性。并发症是多种致病因素共同作用的结果, 也是护理人员医疗服务不到位的直接体现。立足负面情绪、营养不良、手术应激等并发症的危险因素, 采取系统性和前瞻性的护理措施干预, 切实规避因护理疏忽引起的护理不良事件^[6]。

观察组的恢复进度指标优于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, 表示围术期优质护理服务更利于加速预后改善和病情转归。护理人员本着为患者健康负责等原则, 规范落实病情观察和护理工作, 全面掌握患儿的病情变化情况, 提高护理工作的创造性和有效性^[7]。通过胃肠减压等护理措施, 稳定患儿的机体内态环境, 缓解生理应激。通过健康教育和心理护理等措施, 使得患儿和家长客观看待疾病治疗, 树立治疗的信心, 摆脱心理应激的影响, 从而提高整体舒适度, 加速病情转归^[8]。

观察组的焦虑与合作行为优于对照组, 组间数据比较存在统计学差异, 表示围术期优质护理服务更利于调动患儿体内的积极因素。患儿的配合度是影响临床操作顺利进行和发挥效用的关键所在, 这就需要护理人员落实人文性的护理措施, 从患儿的生理和心理等全方面提供护理服务, 提高患儿的安全感和信任度, 使其积极配合护理工作。围术期优质护理服务要求家长掌握术后的护理管理方法, 遵循健康的生活方式, 加速患儿的病情转归, 也提高了患儿及家属遵医行为的自我效能, 利于改善护患关系, 有效控制病情进展^[9]。护理方案以减轻患儿不适为出发点, 使每项护理措施均能减少患儿不良应激, 更利于提高患儿的依从性, 也对护理人员的职业素养和专业能力提出了更高要求, 加强培训教育显得尤为重要, 确保其能够合理展开护理工作^[10]。

综上所述, 护理可提高小儿外科肠梗阻手术治疗的整体效果, 降低术后并发症率, 实现病情早日康复, 推进医疗服务质量和效益的持续改进, 值得深入研究。

参考文献:

- [1] 曹晓勇. 粘连性肠梗阻手术时机选择对患者预后的影响分析[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(19):3.
- [2] 华欣, 魏国, 赵勇, 等. 急诊肠梗阻术后切口感染的危险因素分析[J]. 成都医学院学报, 2019, 14(3):4.
- [3] 黄雪娥. 快速康复护理对粘连性肠梗阻患者术后恢复影响分析[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(23):3.
- [4] 邹国有, 向波, 谢小龙, 等. 达芬奇机器人辅助小儿胆管扩张症切除单中心 200 例经验分享[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2023, 30(1):6.
- [5] 张蔚林, 陈志康. 粘连性肠梗阻手术干预的危险因素分析[J]. 中国现代医学杂志, 2019, 29(10):4.
- [6] 李剑钢. 小肠内排列术与传统肠梗阻手术治疗广泛粘连性肠梗阻效果分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(4):3.
- [7] 任龙, 张云, 张森. 预测粘连性小肠梗阻患者手术治疗的危险因素判别分析[J]. 临床消化病杂志, 2022, 34(4):4.
- [8] 陈琦, 曹万荣, 黄华, 等. 完全腹腔镜手术治疗小儿小肠畸形 15 例[J]. 中国微创外科杂志, 2019, 19(5):3.
- [9] 孙俊, 徐伟珏, 吕志宝, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗儿童急性小肠梗阻临床疗效比较[J]. 中华小儿外科杂志, 2021, 42(8):5.
- [10] 段永福, 姚丹丹, 梅孝臣, 等. 腹腔镜肠粘连松解术用于小儿肠梗阻的效果[J]. 中国微创外科杂志, 2020, 20(6):5.