

# 新生儿食道闭锁伴气管痿重症期手术护理干预

刘伟

(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:讨论新生儿食道闭锁伴气管痿重症期手术护理意义。方法:将2005年1月-2022年2月,我院收治的40例接受手术治疗的食道闭锁伴气管痿重症期新生儿,随机分组各20例,观察对照组(施以常规护理)、研究组(加强优质护理)干预结果。结果:研究组的术中应激反应指标优于对照组,  $P < 0.05$ 。术后研究组的并发症率低于对照组,  $P < 0.05$ 。研究组的切口愈合时间与平均住院时间比对照组短,  $P < 0.05$ 。研究组的治疗前后体重增加高于对照组,  $P < 0.05$ 。研究组的护理总有效率比对照组高,  $P < 0.05$ 。结论:手术辅以综合优质护理可提高治愈率,加速预后改善,值得应用推广。

**关键词:**新生儿;食道闭锁伴气管痿;重症期;手术;护理

食道闭锁是由咽喉至胃的通路上一处发生闭锁,并伴随食道和气管有不正常的通道,形成痰管。新生患儿存在频繁吐白沫,喂水或喂奶后呕吐、呛咳发绀等症状表现,易引起吸入性肺炎,进食困难,营养吸收限制,不利于新生儿的健康生长。本着三分治疗七分护理的服务理念,在手术治疗基础上施行围术期护理干预,更利于提高整体疗效和患儿的成活率,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将我院收治的40例接受手术治疗的食道闭锁伴气管痿重症期新生儿当作实验对象。随机分组各20例,对照组平均出生 $3.4 \pm 1.4$ d;平均体重 $2.85 \pm 0.54$ kg;男10例,女10例;足月儿13例,小于胎龄儿7例。研究组平均出生 $3.5 \pm 1.2$ d;平均体重 $2.76 \pm 0.64$ kg;男11例,女9例;足月儿12例,小于胎龄儿8例。基线资料对比差异不明显,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组施以常规护理,包括抗炎与呼吸管理等。研究组施行围术期优质护理,方法如下:

#### 1.2.1 术前护理

涉及以下几方面:①术前访视:全方位监测患儿当前的体格状况等,掌握艺术沟通技巧,与家属进行有效的沟通,了解患儿的情况,根据个体化评估结果制定围术期护理计划。明确手术禁忌症,确保手术得以顺利进行。②呼吸管理:隔1-2h吸痰1次,必要时可5-10min吸痰1次,利用超声雾化器,避免分泌物粘稠。根据呼吸道阻塞情况,做好吸引器和吸痰管及氧气等急救用品。间歇抽吸鼻咽分泌物,置双套管入上盲端并持续吸引,出现发绀或呛咳等情况,需停止吸痰,给予吸氧。密切观察生命体征变化。③术前禁食:置暖箱的禁食期间,为避免患儿出现脱水等不适情况,给予静脉补液护理。防止出现水电解质紊乱的情况,遵医嘱补液。记录24h尿量。④抗炎:为预防感染和肺炎,遵医嘱给予抗生素。⑤体位护理:为防止胃液逆流至支气管和气管,提高头部及胸部 $20-30^\circ$ 。为预防肺炎和肺不张,隔2h翻身1次。⑥观察病情:观察腹胀和分泌物的量及面色和生命体征等方面的变化情况。

#### 1.2.2 术中护理

患儿入手术后给予麻醉护理,建立静脉液路,监测体温和脉搏血氧饱和度及心电图与血压等体征变化。留置导尿管,静脉注射维库溴铵与咪唑安定等药物麻醉。加强体位指导,取左侧卧位的手术体位。1%聚维酮碘消毒手术部位皮肤时用2%碘酒稀释处理,防止烧伤局部皮肤,适量使用消毒液,过多的消毒液会沿皮肤流淌,在用电刀时易引起电灼伤。密切配合手术医师展开手术操作,缩短手术时间,降低手术风险。术中因操作压肺时间过长导致脉搏血氧饱和度下降时,通知手术医师暂停操作,调整通气量与纠正低氧血症。加强术中细节的护理,维持手术室的温度 $24-26^\circ\text{C}$ 及湿度 $40-60\%$ ,避免出现患儿术中低体温等不良情况。施行减少肢体暴露与恒温处理器加热后使用冲洗液及辐射台预热处理等措施给予保暖护理,降低患儿热量的丧失。术中的骨髁隆突处等受压部位,涂抹3M液体

保护皮肤,并垫软垫,避免出现破损。减少手术应激反应,确保手术的安全性。

#### 1.2.3 术后护理

涉及以下几方面:①保暖:使用暖箱维持正常的体温,便于对患儿的保护性隔离及观察病情变化。②呼吸管理:通过吸痰和给氧等护理措施,避免吸入分泌物,保持呼吸道通畅。市场调整睡姿,通过刺激啼哭,预防肺不张。给予肺部物理疗法干预。③胸腔引流:妥善固定管道,维持一定的引流压力。管道隔绝大气。观察胸腔闭式引流的颜色和量,及时更换有渗出的伤口敷料。引流管保持通畅,低压持续吸引,尽快引出漏入胸腔的消化液。④喂食:胃肠减压2-3d内无滞留,利用胃造瘘喂食,按照由少到多的原则,用漏斗抬高适宜的位置,在重力的作用下,将液体注入胃内,避免给予施压。术后10-14d可拔除胃管,加强喂食的护理指导,喂奶前喂少量的水,喂奶时的动作缓慢,让患儿有充足的时间吞咽,造瘘处皮肤涂抹氧化锌。观察病情变化情况。⑤并发症防护:吻合口渗漏的并发症,有呼吸急促和白细胞增多及精神萎靡与发热等症状表现。张力性气胸的并发症,有心律不齐和心悸与呼吸困难等症状表现。吻合口狭窄的并发症,有发热和拒食与吞咽困难等症状表现。气胸的并发症,有烦躁不安和脉弱及呼吸困难等症状表现。复发性瘘管的并发症,有发绀和喂食时咳嗽及腹胀与唾液多等症状表现。发现异常情况及时通知医师处理。⑥心理护理和健康教育:对家属的心理护理和健康教育,贯穿患儿治疗的全过程。根据家属的认知水平和理解能力等个体差异,采取针对性的宣教形式,如小组宣教或个体化宣教等形式。采取宣传栏或播放视听材料及发放健康知识手册等途径,讲解病因与治疗及护理等方面的内容,做好操作解释与解疑答惑及信息咨询等服务工作,纠正家属错误的治疗观念和态度,客观看待疾病治疗,以此提高配合度及认知度。根据家属的心理状态和性格特征等,采取针对性的心理护理方法。利用安慰性语言等方法疏导家属的负面情绪,通过爱抚和拥抱等肢体动作语言,给予情绪支持,鼓励家属积极参与患儿的护理管理工作中来。

#### 1.3 观察指标

参照平均住院时间与切口愈合时间等指标,了解两组的预后改善情况。参照体温和心率等指标,观察两组术中应激反应。参照肺部并发症和吻合口狭窄等指标,统计两组的术后并发症率。护理效果评价标准分为显效(食道重建成功,无吻合口瘘等并发症)与有效(食道重建成功,出现吻合口瘘等并发症)及无效(未达到上述标准)三项,显效+有效=总有效。

#### 1.4 统计学方法

数据用spss19.0软件处理,计量数据用均数 $\pm$ 标准差表示,行秩和检验其数据是否符合正态分布;计数资料用[n(%)]表示,行卡方检验差异性;组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

#### 2 结果

##### 2.1 术中应激反应

研究组的术中应激反应指标优于对照组,  $P < 0.05$ 。如表1所示:

表1 应激反应指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	心率(次/min)	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	体温(℃)
研究组	20	83.33 ± 5.54	125.45 ± 9.41	81.74 ± 5.26	35.24 ± 0.54
对照组	20	93.17 ± 7.65	140.64 ± 9.28	91.33 ± 6.17	33.48 ± 0.43
t		13.527	16.584	13.857	5.874
P		0.000	0.000	0.000	0.016

2.2 并发症情况

术后研究组的并发症率低于对照组,  $P < 0.05$ 。如表2所示:

表2 并发症比较 (n,%)

组别	n	吻合口狭窄	吻合口渗漏	肺部并发症	总发生率
研究组	20	0 (0)	1 (5.00)	1 (5.00)	10.00
对照组	20	3 (15.00)	3 (15.00)	4 (20.00)	50.00
t					7.619
P					0.006

2.3 预后改善情况

研究组的切口愈合时间与平均住院时间比对照组短,  $P < 0.05$ 。

研究组的治疗前后体重增加高于对照组,  $P < 0.05$ 。如表3所示:

表3 恢复进度比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	n	切口愈合时间	平均住院时间	体重增加(g)
研究组	20	6.31 ± 1.46	26.54 ± 4.67	12.74 ± 2.67
对照组	20	9.15 ± 2.45	31.45 ± 4.78	8.47 ± 1.17
t		7.648	10.671	8.688
P		0.012	0.002	0.010

2.4 临床疗效

研究组的护理总有效率比对照组高,  $P < 0.05$ 。如表4所示:

表4 护理效果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	无效	有效	显效	总有效率
对照组	20	7 (35.00)	8(40.00)	5 (25.00)	65.00
研究组	20	1 (5.00)	10 (50.00)	9 (45.00)	95.00
$\chi^2$					5.625
P					0.018

3 讨论

食道闭锁伴气管瘘是新生儿少见的严重发育畸形, 导致口腔分泌物甚至糖水或奶经食管进入肺内, 使呼吸功能受损, 不利于新生儿的健康成长, 接受及时有效的诊疗意义重大。随着医疗技术水平的不断提升, 患儿食道闭锁伴气管瘘的症状得以有效治疗, 但影响整体疗效的因素较多, 需在围术期采取优质的护理干预, 及时发现和规避存在及潜在影响疗效的危险因素, 确保手术治疗的安全可靠性, 从而提高新生儿存活率及日后的生活质量<sup>[1]</sup>。

施行围术期优质护理干预, 可降低术后并发症率。手术并发症的发生原因, 主要体现在以下几方面: 一是患儿方面的因素, 包括个体差异与病情轻重等。二是医生方面的因素, 包括手术医师的技术生疏和操作粗糙及诊断失误等。三是护理方面的因素, 包括护理操作失误与护理管理混乱等。从传统的围术期护理方式入手分析,

根据病情变化, 被动和主观的落实护理措施, 经常遗漏护理流程的各环节, 突发事件缺乏事前护理措施的应对, 导致护理效果不尽理想, 术后并发症率更大。围术期的优质护理干预, 要求护理人员在干预前接受系统的培训, 明确掌握食道闭锁伴气管瘘的病因及临床症状和引起术后并发症的危险因素等方面的内容, 考核合格后上岗。护理人员的风 险意识和责任意识更强。术前规范落实抗炎与禁忌症把控等护理操作, 根据患儿的实际情况落实针对性的护理干预。术中前瞻性的落实细节护理措施, 加强与手术医师的配合, 形成相互监督和带动的良好氛围, 积极预防术后并发症的出现。术后引导家属积极参与对患儿的护理管理, 指导家属掌握和观察并发症的前兆症状, 及时发现和处理问题。护理工作的规范性和创造性及预见性更强, 尽可能的规避医疗过失行为, 贯彻落实为患儿负责的原则, 以此降低并发症率<sup>[2]</sup>。

施行围术期优质护理干预, 可加速预后改善。患儿的群体相对特殊, 对医护人员护理的依赖度大且专业要求更高。护理人员本着以人为本和循证医学及快速康复等现代化的服务理念, 加强对各护理环节质量的把控, 尽可能的稳定患儿的生命体征及各脏器功能, 减少对患儿的再次伤害, 更利于加速病情转归和预后改善。护理人员整合临床工作经验及患儿情况及前沿护理研究成果等, 不断优化呼吸道护理及置管护理等护理管理模式, 降低各临床操作的风险, 监测患儿的病情及生命体征变化, 保证患儿术中及术后的生命安全。围术期施行细节护理, 利于推动护理服务质量和效益的持续改进。严格要求护理人员从各项细节着手, 执行规范化的护理管理制度和照护策略, 促进患儿尽快康复。

施行围术期优质护理干预, 可提高整体疗效。新生儿对外界因素的刺激相对敏感, 易陷入手术应激反应和炎症刺激及营养不良等致病因素间的恶性循环状态, 以此降低整体疗效, 延长住院的时间, 更易引起各种医疗纠纷。围术期施行优质护理干预, 围绕患儿和家属身心健康的目的, 施行细致护理及人文关怀, 确保患儿的治疗效果。对家属做好心理护理和健康教育工作, 纠正其错误的治疗观念和态度, 使其积极配合临床工作展开, 促使护理工作发挥成效, 从而提高治疗效果。围术期的护理措施更加全面, 包括术前的吸氧与排痰等; 术中的保暖和受压部位保护等; 术后的引流管管理及并发症预防等, 更利于满足患儿及家属的护理需求, 让患儿接受治疗性服务的同时, 给予优质的护理措施干预, 利于实现医疗资源的整合优化与高效利用。疗效受患儿的体位及营养及胃管等方面的影响较大, 施行综合护理干预, 正确规范及科学合理的落实各项护理措施, 满足患儿生理功能恢复的需要, 以此加速病情转归<sup>[3]</sup>。

综上所述, 手术辅以综合优质护理干预, 可提高食道闭锁伴气管瘘重症期患儿的治愈率, 加速预后改善, 值得深入研究。

参考文献

- [1]陶俊峰,黄金狮,陈快,樊玮,刘智文,陶强.先天性食管闭锁并食管气管瘘手术中瘘管处理方法的对比研究[J].临床小儿外科杂志,2021,20(12):1122-1126.
- [2]姚海平,杨敏,王献良,张明明,马文芳.围术期细节护理模式在先天性食管闭锁手术患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(20):9-11.
- [3]欧婷婷,舒丽丽,杨红梅.Ⅲ型先天性食道闭锁新生儿围术期护理效果探讨[J].当代护士(上旬刊),2021,28(7):96-98.