

# 护理干预对腹腔镜阑尾切除术治疗小儿穿孔性阑尾炎效果的影响分析

汪珊玲

(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: 讨论护理干预对腹腔镜阑尾切除术治疗小儿穿孔性阑尾炎效果的影响。方法: 将我院在 2019 年 1 月至 2021 年 12 月, 收治 86 例行腹腔镜阑尾切除术治疗的穿孔性阑尾炎患儿, 随机分组各 43 例, 对照组施行常规护理, 研究组施行综合护理干预, 对比两组的干预结局。结果: 研究组的住院时间、自主排气时间、肠鸣音恢复时间、排便时间比对照组短,  $P < 0.05$ 。干预前两组的 WBC、CRP、VAS 指标差异不明显,  $P > 0.05$ 。干预后的 WBC、CRP、VAS 指标优于干预前,  $P < 0.05$ 。干预后研究组的 WBC、CRP、VAS 指标优于对照组,  $P < 0.05$ 。研究组的术中应激反应指标优于对照组,  $P < 0.05$ 。研究组的术后并发症率低于对照组,  $P < 0.05$ 。结论: 综合护理干预可加速恢复进程, 降低术后并发症率, 值得应用推广。

**关键词:** 护理干预; 腹腔镜阑尾切除术; 小儿穿孔性阑尾炎

小儿的阑尾管腔大, 阑尾的壁薄, 大网膜与阑尾肌层组织未发育成熟, 阑尾炎得不到有效的控制和治疗, 受感染或管腔梗阻等因素影响, 极易发生坏疽穿孔, 发生休克和腹膜炎的几率较大。腹腔镜阑尾切除术属于内镜技术与外科手术相结合的微创性术式, 手术治疗安全可靠。患儿接受手术治疗性服务的同时, 提供优质的护理措施干预, 更利于加速预后转归, 实现医疗资源的整合优化与高效利用, 现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将我院收治 86 例行腹腔镜阑尾切除术治疗的穿孔性阑尾炎患儿当作观察对象, 家属均知情同意参与本次研究, 排除临床资料缺失与脏器功能障碍及手术禁忌症者。随机分组各 43 例, 对照组中男 21 例, 女 22 例; 平均年龄  $6.2 \pm 2.1$  岁。研究组组男 20 例, 女 23 例; 平均年龄  $6.3 \pm 2.4$  岁。基线资料对比无统计学差异,  $P > 0.05$ , 两组可比。本研究经过医院医学伦理委员会审核同意。

### 1.2 方法

对照组施行常规护理, 包括环境干预与用药指导等。研究组施行综合性护理干预, 方法如下:

#### 1.2.1 术前护理

涉及以下几方面: ①环境护理: 对入院后的患儿及家属介绍医院的医护人员与制度及环境等, 消除其因环境陌生引起的紧张心理。协助患儿完成各项基础检查。②健康教育: 根据家属的理解能力和认知需求等, 采取个体化的宣教模式, 通过播放视听材料与发放健康知识手册等途径, 讲解病因和治疗及护理等方面的内容, 纠正家属错误的治疗观念和态度, 提高其认知度和配合度。讲解腹腔镜阑尾切除术的临床应用价值, 介绍成功的案例, 提高其治疗的信心 and 安全感。③心理护理: 指导家属掌握正确的患儿情绪安抚方法, 从小儿的表达方式入手, 配合鼓励性或讲道理等语言与拥抱等肢体语言, 安抚患儿的哭闹情绪。通过做游戏与动画片等方式, 转移患儿的注意力, 提高其配合度。④手术准备: 做好术前的备皮和禁食与手术器械等方面的准备工作, 用乙醇或者松节油清理其脐部污垢。

#### 1.2.2 术中护理

对进入手术室后的患儿, 掌握艺术沟通技巧, 安抚患儿的紧张情绪, 施行积极的心理疏导。配合麻醉医师加强麻醉管理, 配合手术医师完成手术操作, 缩短手术时间, 降低手术的风险。通过调节手术室的温度和冲洗液加温及减少皮肤暴露等措施, 做好患儿的保暖工作, 预防低体温引起的不适。密切监测患儿的各项生命体征, 及时采取措施处理异常情况。

#### 1.2.3 术后护理

涉及以下几方面: ①体位护理: 患儿回到病房后取平卧位, 头偏向一侧, 清除呼吸道分泌物, 避免发生呛咳等不良事件, 确保呼吸通畅。②吸氧护理: 拔出气管插管后静脉注射地塞米松, 给予面

罩吸氧, 调节氧气流量。③环境护理: 控制房内的温度与湿度, 定期消毒通风, 严格执行消毒隔离保护机制, 预防院内交叉感染。减少强光和灰尘及噪音等方面的刺激, 确保患儿的睡眠质量。④心理护理: 通过讲故事或做游戏等移情法, 转移患儿的注意力。安抚患儿的情绪, 做好心理疏导工作, 使其主动摆脱不良情绪的刺激。做好操作解释与解疑答惑及信息咨询等服务工作, 让家属客观看待患儿预后出现的各种情况。⑤疼痛护理: 加强疼痛程度的评估, 施行转移注意力或药物等多模式镇痛, 观察服用镇痛药物后的生命体征变化和和不良反应情况, 出现呼吸抑制等异常情况, 及时通知医师处理。⑥切口护理: 术后密切观察切口的愈合情况, 保持切口干净整洁, 及时更换敷料, 积极预防感染。术后用大黄粉与芒硝外敷, 起到消炎止痛和促进脓肿吸收与改善局部微循环及刺激肠蠕动减轻肠麻痹等方面的功效。术后第 2d 鼓励患儿早期下床活动, 给予红外线与射频电疗, 起到消炎与促进再生和加速局部血液循环及加速肠蠕动等作用。⑦饮食护理: 向家属讲解正确饮食对病情转归的积极影响, 告知正确的饮食方法和原则及禁忌, 保持清淡与易消化的饮食, 术后以流质饮食为主, 减少产气的食物摄入, 根据胃肠道功能恢复情况, 逐步向半流质食物与普食过渡。

### 1.3 观察指标

统计两组的术后并发症情况。参照住院时间与自主排气时间等指标, 了解两组的恢复进度。观察两组的术中应激反应。参照外周白细胞总数 (WBC)、C 反应蛋白 (CRP)、视觉模拟量表 (VAS) 评分等指标, 了解两组的预后情况。

### 1.4 统计学方法

数据统计分析, 用 spss19.0 软件, 计量、计数资料方面, 分别用 ( $\bar{x} \pm s$ )、% 表示, 分别用  $t$ 、 $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$ , 表示数据对比, 有统计学差异。

## 2 结果

### 2.1 恢复进度

研究组的住院时间、自主排气时间、肠鸣音恢复时间、排便时间比对照组短,  $P < 0.05$ 。如表 1 所示:

表 1 恢复进度指标比较 ( $\bar{x} \pm s, n=43$ )

指标	对照组	研究组	t	P
住院时间 (d)	9.82 ± 0.21	7.32 ± 0.19	5.593	0.020
自主排气时间 (h)	24.41 ± 4.25	16.36 ± 2.62	11.325	0.001
肠鸣音恢复时间 (h)	21.89 ± 1.24	13.33 ± 0.25	11.856	0.000
排便时间 (h)	50.24 ± 2.64	44.16 ± 3.24	9.624	0.003

### 2.2 预后改善情况

干预前两组的 WBC、CRP、VAS 指标差异不明显,  $P > 0.05$ 。干预后的 WBC、CRP、VAS 指标优于干预前,  $P < 0.05$ 。干预后研究组的 WBC、CRP、VAS 指标优于对照组,  $P < 0.05$ 。如表 2 所示:

表 2 预后改善指标比较 ( $\bar{x} \pm s, n=43$ )

指标	时间	对照组	研究组	t	P
WBC ( $\times 10^9/L$ )	干预前	16.25 $\pm$ 2.54	16.14 $\pm$ 2.31	0.624	0.357
	干预后	8.52 $\pm$ 2.14	5.11 $\pm$ 1.22	6.358	0.015
CRP(mg/L)	干预前	112.51 $\pm$ 13.62	112.62 $\pm$ 13.47	0.524	0.432
	干预后	31.25 $\pm$ 4.31	22.16 $\pm$ 3.16	11.632	0.001
VAS (分)	干预前	5.31 $\pm$ 2.14	5.34 $\pm$ 2.34	0.348	0.685
	干预后	3.64 $\pm$ 1.15	2.14 $\pm$ 0.37	3.657	0.043

2.3 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 3 所示:

表 3 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)
研究组	43	82.13 $\pm$ 5.41	125.41 $\pm$ 9.24	81.77 $\pm$ 5.41
对照组	43	92.35 $\pm$ 7.06	140.16 $\pm$ 9.33	91.32 $\pm$ 6.45
t		13.321	15.647	14.332
P		0.000	0.000	0.000

2.4 并发症率

研究组的术后并发症率低于对照组,  $P < 0.05$ 。如表 4 所示:

表 4 并发症率比对 (n,%)

组别	n	腹腔内出血	粘连性肠梗阻	切口感染	其他	总发生率
对照组	43	2 (4.65)	2 (4.65)	3 (6.98)	3 (6.98)	23.26
研究组	43	0(0)	0(0)	1(2.33)	2 (4.65)	6.98
$\chi^2$						4.440
P						0.035

3 讨论

小儿穿孔性阑尾炎有起病急和病情进展迅速等特点, 需及时接受有效的治疗干预。腹腔镜阑尾切除术属于一种微创性手术方式, 可有效清除阑尾病灶, 对阑尾周围的组织和血管及神经的伤害小。相对于传统开腹手术, 该手术的切口小, 术后的疼痛感轻, 更利于患儿的康复, 从而缩短其住院时间。经脐单孔腹腔镜阑尾切除术在治疗中, 通过置入多个孔道穿刺管, 置入内镜可清晰了解病灶情况, 小切口手术后的瘢痕小, 美观程度高。但该手术方式属于单孔操作, 术野和操作空间受限, 手术难度大, 对医护人员的技术水平要求较高。为保证手术治疗效果, 在围术期施行优质的护理干预, 将患儿从炎症刺激和手术应激反应及负面情绪等致病因素的恶性循环状态脱离出来, 加速病情转归的进程<sup>[1]</sup>。

围术期施行综合护理干预, 可积极推动预后改善。WBC 计数的降低, 可作为评估预后情况的重要指标, CRP 指标是急腹症实验室诊断重要指标, 也是评估预后疗效和手术应激情况的关键指标。腹腔镜阑尾切除术配合优质护理干预, 可提高患者的整体舒适度, 创伤小且痛苦程度轻, 促使术后的疼痛评分低, 更利于炎症发展的控制, 促使患儿的术后炎症指标降低幅度更大, 通过控制与改善患儿的术后炎症反应, 更利于加速预后优化<sup>[2]</sup>。

围术期施行综合护理干预, 可加速病情转归的进度。手术操作会牵拉腹部肌肉组织, 加上术前的禁食和麻醉等刺激影响, 促使患儿的胃肠道功能受到影响。术前加强禁忌症的把控, 促使手术得以

顺利进行。术后制定针对性的护理计划, 指导家属掌握正确的护理方法和观念, 提高其遵医行为的自我效能, 如在术后恢复期间, 家属喂产气的食物, 会加剧患儿的腹胀和腹痛等症状表现, 腹内高压会加剧切口的疼痛, 促使切口愈合延迟。遵医嘱执行饮食等辅助疗法, 更利于改善患儿的体质, 利于患儿尽快康复。从患儿的生理与心理等需求入手, 施行人文性和个体化及整体性的护理干预, 稳定患儿的身心状态, 规避营养不良与负面情绪及切口感染等致病因素对病情转归的影响, 以此实现医疗服务质量和效益的持续改进。

围术期施行综合护理干预, 可减少手术应激反应。引起手术应激的因素较多, 一是医护人员的不规范操作, 被动性的落实护理措施, 对应激因素的把控不严格, 难以达到理想的手术效果。二是患儿自身的因素, 包括体质差等。术前需及时纠正水电解质失衡等症状, 让患儿处于最佳的手术状态, 提高其对手术的耐受力。术中施行精细化的护理干预, 患儿属于特殊群体, 行外科手术的风险系数较大, 更需严格把控各种风险因素, 促使护理流程的各环节得以规范落实。术中加强保暖措施干预, 预防低体温引起的不适。安抚患儿的情绪, 避免紧张情绪对麻醉安全的影响。及时观察生命体征变化, 提高护理工作的预见性和前瞻性, 尽可能的强化手术疗法的安全可靠性。

围术期施行综合护理干预, 可降低术后并发症率。患儿属于特殊的照护群体, 要求护理人员具备较高的风险意识与责任意识及服务意识, 规范落实护理措施, 加强实践经验总结, 把握护理流程各环节中的风险因素, 切实降低术后并发症率。护士长加强护理薄弱环节的检查, 提出建设性的整改意见, 要求护理人员落实有循证依据的护理措施, 提高护理工作的创造性和有效性, 帮助患儿安全渡过围术期。通过术前全面检查, 排除手术潜在的不利因素, 减少手术风险和不良事件的发生。术中细节护理干预, 提高患儿的舒适度。术后护理巩固手术效果, 确保患儿呼吸道的通畅, 改善患儿的心理与生理健康状态, 降低感染等并发症率。研究组的并发症率低于对照组, 组间存在统计学差异, 证实了综合护理干预在降低术后并发症率等方面的突出优势。术后并发症的影响因素较多, 是多种因素共同作用的结果, 在护理工作中需投入更多的耐心与细心, 做好家属的思想教育工作, 使其给予患儿更多的家庭力量支持, 想方设法的提高患儿的心理及生理的承受能力。综合优质护理服务, 能够弥补常规护理忽视患儿需求等方面的不足, 主动拉近与患儿的距离, 构建良好的护患关系, 充分发挥临床操作在提高整体疗效等方面的价值<sup>[3]</sup>。

综上所述, 综合护理干预可加速恢复进程, 降低术后并发症率, 减少手术应激反应, 值得深入研究。

参考文献

- [1]黄可出,郑振华,游恩龙,吴真真,陈笃健,陈德旭,罗增骏.腹腔镜下经脐单孔阑尾切除术治疗小儿穿孔性阑尾炎的临床效果[J].中国当代医药,2021,28(11):85-88.
- [2]古妍.围术期个性化护理干预对行腹腔镜阑尾切除术患儿的作用分析[J].山东医学高等专科学校学报,2020,42(5):399-400.
- [3]韩晓梅,王文华,高晨阳,王佳,贾英萍.循证护理配合腹腔镜阑尾切除术治疗小儿穿孔性阑尾炎的体会[J].腹腔镜外科杂志,2019,24(12):920+943.