

小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的护理体会

李璐

(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: 讨论小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的护理应用价值。方法: 将我院 2019 年 1 月-2021 年 12 月, 收治 62 例阑尾炎术后早期炎性肠梗阻患儿, 随机分组各 31 例, 对照组接受常规护理, 研究组接受综合护理干预, 观察干预结局。结果: 对照组的护理总有效率 (67.74%) 低于研究组 (93.55%), $P < 0.05$ 。研究组的恢复进食时间与肠功能恢复时间与住院时间、下床活动时间比对照组短, $P < 0.05$ 。术后 1d 的胃肠减压量比较差异不明显, $P > 0.05$ 。术后 3d 与术后 6d 的胃肠减压量, 研究组明显低于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的护理满意度高于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 综合护理干预可加速患儿的恢复进程, 提高医疗服务满意度, 值得临床应用。

关键词: 小儿阑尾炎术; 早期炎性肠梗阻; 护理

小儿阑尾炎是常见的急腹症, 发病机理复杂, 与患儿肠道感染和神经反射及阑尾腔梗阻等因素影响有关。患儿的免疫功能低下, 加上术后早期炎性肠梗阻的病情隐匿, 为避免诱发阑尾坏死或者穿孔等不良症状, 需加强对小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的治疗和护理。施行综合优质护理服务, 快速控制病情与康复进程, 弥补常规护理的不足, 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 62 例阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的患儿作为观察对象, 患儿及家属均知情同意, 排除精神障碍与先天性发育异常、临床资料缺失者。随机分组各 31 例, 研究组中女 13 例、男 18 例; 平均年龄 7.3 ± 2.8 岁。对照组中女 11 例、男 20 例; 平均年龄 7.5 ± 2.1 岁。两组基本资料相匹配, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组施行常规护理, 包括病情观察与环境干预等。研究组施行综合护理干预, 方法如下: (1) 心理护理: 小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的病症, 通常在肠功能恢复后再次出现消化道梗阻情况, 会让家属认为是病情恶化, 怀疑手术疗效, 从而出现信任度低和配合度差等表现。需做好操作解释与解答疑惑及信息咨询等服务工作, 讲解小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的病因与治疗方案及护理方法等内容, 提高其认知度, 掌握配合要点和注意事项, 纠正错误的认知, 缓解不安的情绪。对患儿通过讲道理与播放视听材料等宣教方式, 利用鼓励性语言和拥抱等肢体语言, 主动拉近与患儿的距离, 提高患儿的安全感与信任度, 帮助患儿摆脱不良情绪的刺激, 稳定心理状态, 促使临床操作得以顺利进行。(2) 禁食与胃肠减压: 发生小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻后, 不规范的饮食, 会加剧腹胀和腹痛的表现, 腹内高压会加剧病情恶化, 需合理施行禁食与胃肠减压护理。禁食期间用生理盐水漱口, 清洁口腔 2 次/d, 减少口咽部的不适感。向家属讲解胃肠减压的意义, 选择粗细合适的胃管, 定期检查引流袋负压, 观察引流液的性质, 出现胃管堵塞的情况, 需及时调整胃管的深度与角度或冲洗胃管, 确保胃管畅通。(3) 生长抑素药物护理: 人工合成的生长抑素是消化道梗阻的常用药物, 可减少肠液与胰液和胃液的分泌, 强化胃肠减压对远端小肠的减压效果; 减轻胃肠道充血, 改善胃肠道血液循环, 利于促进恢复肠功能。在用药期间, 合理控制药物的滴速, 观察用药的不良反应, 交代其重要性, 防止出现各种并发症。(4) 乳糖酸红霉素药物护理: 对存在感染征象的患儿, 施行常规抗感染联合乳糖酸红霉素治疗, 合理控制乳糖酸红霉素与生理盐水静脉滴注的应用剂量, 每日每公斤体重 20-30mg, 加入生理盐水分 2-3 次静脉滴注。对腹痛能耐受的患儿, 滴注浓度可在正常高限, 并家属交代药物治疗期间可能会出现腹痛症状, 提高其认知度与配合度。(5) 糖皮质激素药物的护理: 小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的发生与炎症或腹腔内手术创伤等原因有关, 对粘连性肠梗阻且无明显感染征象的患儿, 常规使用糖皮质激素。地塞米松稀释后静脉给药每次 0.2mg/kg, 2 次/d, 如治疗超过 1 周, 需逐渐减量。(6) 腹部理疗: 对无明显发热的患

儿施行腹部理疗, 控制电磁波理疗仪的辐射距离, 辐射板距离皮肤 30-40cm; 皮肤表面温度控制在 40℃左右, 避免皮肤灼伤; 辐射时间 20-30min/次, 1-2 次/d, 可持续治疗 1 周。(7) 全静脉营养护理: 患儿禁食的时间长, 需施行良好的全胃肠外营养护理, 以维持内环境稳态, 纠正营养不良的情况, 加速恢复其胃肠功能。在股静脉或颈内静脉进行穿刺置管, 在 24h 内均匀注射水电介质液与营养液及抗生素。输液期间观察患儿局部皮肤的变化, 观察局部皮肤是否出现渗出或红肿等情况, 若有异常即刻处理, 穿刺部位及时消毒与更换敷料。保持导管的通畅, 防止出现压迫或扭曲等现象。

1.3 观察指标

疗效判定标准分为显效 (临床症状消失, 胃肠道等生理功能恢复正常, 无不良反应)、有效 (临床症状有所好转, 不良反应少, 生理功能明显改善) 与无效 (临床症状加重, 生活质量下降, 不良反应增多) 三项, 治疗总有效率可用显效率+有效率计算。参照两组的住院时间与恢复进食时间等指标, 了解两组的康复进程。比较两组术后不同时间段的胃肠减压量。护理满意度采用自制问卷进行调查, 具体包括护理质量、操作技能、专业水平、沟通能力及病房管理情况, 每项 20 分, 采取百分制。非常满意: 评分 > 90; 满意: 评分为 60-90; 一般: 评分为 60-70; 不满意: 评分 < 60。护理满意度 (%) = (非常满意+满意+一般) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

数据统计分析, 用 spss19.0 软件, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验; 计数资料用 (%) 表示, 用 χ^2 检验。 $P < 0.05$, 表示数据对比有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

对照组的护理总有效率 (67.74%) 低于研究组 (93.55%), $P < 0.05$ 。如表 1 所示:

表 1 临床疗效比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	31	12 (38.71)	9 (29.03)	10 (32.26)	67.74
研究组	31	20 (64.52)	9 (29.03)	2 (6.45)	93.55
χ^2					6.613
P					0.010

2.2 康复进程

研究组的恢复进食时间与肠功能恢复时间与住院时间、下床活动时间比对照组短, $P < 0.05$ 。如表 2 所示:

表 2 康复进程 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	住院时间	恢复进食 (h)	肠功能恢复时	下床活动 (h)
间					
对照组	31	8.21 ± 1.21	56.32 ± 3.27	4.32 ± 0.13	13.24 ± 2.14
研究组	31	6.52 ± 0.31	48.24 ± 2.17	3.17 ± 0.24	8.27 ± 1.34
t		5.324	11.632	3.285	8.635
P		0.020	0.001	0.043	0.005

2.3 胃肠减压量

术后 1d 的胃肠减压量比较差异不明显, $P > 0.05$ 。术后 3d 与术后 6d 的胃肠减压量, 研究组明显低于对照组, $P < 0.05$ 。如表 3 所示:

表 3 胃肠减压量比较 ($\bar{x} \pm s$, ml/d)

组别	n	术后 1d	术后 3d	术后 6d
对照组	31	672.51 ± 52.32	588.63 ± 45.63	534.26 ± 38.62
研究组	31	672.54 ± 50.48	508.27 ± 41.24	476.29 ± 32.52
t		0.635	152.365	143.652
P		0.352	0.000	0.000

2.4 护理满意度情况

研究组的护理满意度高于对照组, $P < 0.05$ 。如表 4 所示:

表 4 护理满意度比较 (n,%)

组别	n	非常满意	满意	一般	不满意	满意度
对照组	31	6 (19.35)	5 (16.13)	13 (41.94)	7(22.58)	77.42
研究组	31	17 (54.84)	9 (29.03)	4 (12.90)	1(3.23)	96.77
χ^2						5.167
P						0.023

3 讨论

肠梗阻是阑尾炎术后常见的并发症, 是因手术创伤与腹腔炎症使得肠壁渗出与水肿所致的粘连性肠梗阻, 对患儿的恢复影响较大。临床以禁食水和持续胃肠减压与静脉营养支持等方式治疗为主, 遵医嘱合理使用抗生素, 以尽快控制感染, 减少腹腔与肠管渗出, 利于肠功能恢复。患儿的体质和耐受度较差, 通常以保守治疗为主, 需做好与家属的沟通, 提高其治疗的信心和配合度。密切观察胃肠引流液的性状和肠鸣音亢进及腹痛程度等病情加剧的反应指征, 及时通知医生处理, 必要时施行手术处理, 积极预防肠坏死或肠穿孔的发生^[1]。

施行综合护理干预, 可提高整体疗效。患儿的免疫机制发育不成熟, 对炎症刺激和手术应激的抵抗力及耐受力不足, 促使阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的发展进程较快, 易引起脏器功能损坏。对于患儿特殊的群体, 建议采取整体性的疗法干预, 发挥药物治疗和辅助疗法优势协同的干预价值。提高护理工作的系统性和针对性, 为患儿制定个体化的干预计划, 将患儿从恶性循环状态中脱离出来, 有效控制炎症因子的刺激, 达到理想的干预效果, 帮助患儿安全渡过围术期。发挥循证护理与舒适护理及精细化护理等方面的优势协同效应, 提高护理工作的创造性, 心理护理与康复治疗等措施, 密切贴合患儿的病情与身心状态等, 让患儿在心理和生理等方面积极适应临床治疗, 积极控制阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的病情发展, 有效促进身体功能恢复^[2]。

施行综合护理干预, 可加速恢复进程。通过心理护理, 提高家属的认知度与配合度, 使其掌握更多有效的患儿情绪安抚方法, 引导患儿摆脱不良情绪的刺激, 稳定心理状态, 减少焦虑与紧张等负面情绪波动对系统功能的紊乱影响。通过禁食与胃肠减压护理, 有效缓解梗阻的情况, 降低腹内压对胃肠功能恢复等方面的不良影响。通过减少消化液分泌的治疗, 弥补胃肠减压对远端小肠减压效果差的不足, 加强对药物滴速等方面的把控, 以达到理想的治疗效

果。利用乳糖酸红霉素与糖皮质激素的药物, 提高抗感染的疗效, 并利用腹部理疗的方式, 进一步促进炎症因子的吸收。通过全静脉营养的应用, 改善患儿的体质, 加速术后的恢复进度, 实现医疗资源的整合优化与高效利用^[3]。

施行综合护理干预, 可达到理想的胃肠减压效果。发生阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的患儿需禁食, 施行胃肠减压与腹部理疗等护理, 检查和记录引流袋负压的情况, 定期冲洗胃管, 合理控制胃管的深度与角度, 达到理想的胃肠减压干预效果。相对于常规的护理模式, 综合护理模式加强对各影响胃肠减压量因素的把控, 通过全静脉营养支持, 维持患儿的营养均衡, 恢复患儿的胃肠功能, 促使术后的胃肠减压量逐渐减少, 预后改善的进程加速。患儿的胃肠减压量变化, 也可充分反应患儿的病情变化与控制及恢复等情况。综合护理干预从患儿的生理和心理等方面的需求, 护理人员落实以人为本和循证医学等现代化的服务理念, 落实人文性的护理措施, 稳定患儿的心理状态, 协助患儿做离床活动, 更利于患儿生理与心理功能的改善, 促使术后的胃肠减压量逐渐减少, 有助于患儿的早日康复^[4]。

施行综合护理干预, 可提高家属的护理服务满意度。患儿和家属的配合度及依从性, 对临床操作价值发挥和整体疗效的影响较大, 需将心理护理和健康教育贯穿治疗的全程, 不断优化护理管理模式, 切实满足其服务需求。患儿受腹痛或环境陌生等因素的影响, 治疗的依从性差, 护理的难度较大, 需积极转变医疗服务模式, 施行针对于患儿的特色服务措施, 满足各患儿及家属的护理服务需求, 全方位的为患儿和家属提供服务。患儿的需求体现在护理服务需求和治疗环境需求等方面, 在护理服务方面, 积极把控引起阑尾炎术后早期炎性肠梗阻不适的影响因素, 提高患儿和家属的认知度, 调动其体内的积极因素。多做家属的思想工作, 使其积极参与患儿的护理管理工作中来, 积极改善患儿的遵医行为, 高效落实临床操作, 使其尽快看到疗效, 积极配合护理工作, 以此实现良性循环。针对于治疗环境的需求, 加强环境护理, 减少噪音和强光等刺激因素的影响, 尽量集中操作治疗性, 减少患儿的痛苦程度, 提高整体生理和心理等方面的舒适度。要求护理人员不断提高专业知识和技能 and 护理服务水平, 满足患儿及家属对护理质量的高要求, 改善病情的同时, 不断丰富科室护理的内涵^[5]。

综上所述, 综合护理干预可加速患儿的恢复进程, 提高整体疗效与医疗服务满意度, 有较高的临床应用价值, 值得深入研究。

参考文献

- [1]吴峥峰,刘孝斌,齐婉,梅法明,卓一峰.阑尾炎术后早期炎性肠梗阻应用中西医结合治疗的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘.2019,19(63):282-283.
- [2]陆静.中西医结合治疗阑尾炎术后早期炎性肠梗阻临床观察[J].临床医药文献电子杂志.2019,6(19):51+53.
- [3]邢红英,刘静.小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的临床护理体会[J].医药前沿,2016(5):2.
- [4]蔡盈,史德利,刘淑娟.小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻 23 例临床护理[J].齐鲁护理杂志:下旬刊,2012(3):2.
- [5]李亚函.小儿阑尾炎术后早期炎性肠梗阻的护理措施分析[J].中西医结合心血管病电子杂志.2017,5(18):77-78.