

# 护理干预在小儿肾积水术后并发症的预防应用体会

刘婷

(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: 讨论护理干预在小儿肾积水术后并发症的预防应用价值。方法: 选择我院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月, 收治 48 例行手术治疗的肾积水患儿, 随机分组各分 24 例, 比较对照组(施以常规手术护理)、观察组(加强并发症预见性护理)的干预结果。结果: 观察组的并发症率比对照组低,  $P < 0.05$ 。对照组的护理满意度比观察组低,  $P < 0.05$ 。对照组的 VAS 评分比观察组高,  $P < 0.05$ 。对照组的住院时间与伤口愈合时间及自主排气时间比观察组长,  $P < 0.05$ 。经过多因素 logistic 回归分析, 发现内置管方式、DRF 1 级、Cys-C 是患儿术后并发症的独立危险因素,  $P < 0.05$ 。结论: 预见性护理可降低术后并发症率, 加速恢复进度, 值得临床应用。

**关键词:** 护理干预; 小儿肾积水; 术后并发症; 预防

小儿肾积水是由于输尿管狭窄与阻塞, 导致尿液停滞在肾脏引起的, 大部分原因与先天性泌尿系统畸形有关。手术是治疗小儿肾积水的有效手段, 但患儿的体质较差, 对手术应激的耐受度不足, 术后易引起各种并发症。因此, 需优化护理管理模式, 在围术期护理中加强对引起并发症各种危险因素的把控, 提高护理工作的预见性与针对性及人文性, 对疾病恢复有着促进意义, 从而帮助患儿安全渡过围术期。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将 48 例行手术治疗的肾积水患儿作为研究对象, 家属均同意参与本次研究, 签署了书面知情书。排除临床资料缺失与手术禁忌症者。患者随机分组各 24 例, 观察组中女性 12 例、男性 12 例; 平均年龄  $3.3 \pm 1.8$  岁。对照组男性 10 例、女性 14 例; 平均年龄  $3.5 \pm 1.4$  岁。患儿一般资料比较无统计学差异,  $P > 0.05$ , 可比。

### 1.2 方法

对照组接受常规围术期护理, 包括病情观察与环境干预等。研究组加强并发症预见性护理, 方法如下:

#### 1.2.1 术前护理

涉及以下几方面: ①心理护理: 掌握艺术沟通技巧, 做好与患儿及家属的沟通工作, 利用患儿的表达方式进行交流, 主动拉近与患儿间的距离, 利用拥抱等肢体语言促进情感交流。指导家属掌握安抚患儿的技巧, 稳定患儿的情绪, 摆脱不良情绪的刺激。做好家属的沟通交流工作, 讲解病因与治疗及护理等方面的内容, 要求家属掌握配合要点与注意事项, 最大限度的获得家属的信任与配合。②术前检查: 协助患儿做好血常规与凝血功能及肝功能等常规检查, 术前 24h 内行抗菌药物及碘过敏试验。做好清肠工作, 术前 6-8h 禁食禁水和禁用药物, 为避免过渡饥饿引起的不适, 遵医嘱补液, 防止出现低血糖。③术前准备: 术前做好保暖与皮肤清洁和手术物品及术后监护设施等准备工作。

#### 1.2.2 术中护理

对进入手术室的患儿, 做好情绪安抚工作, 获得患儿的信任。协助麻醉医生做好麻醉管理工作, 建立静脉通道, 准确记录患儿术中的出入量。做好保暖与受压部位垫软垫等细节护理工作, 避免低体温等不适引起的术后并发症。密切观察生命体征变化, 协助医师完成手术操作, 缩短手术时间, 降低手术风险。

#### 1.2.3 术后护理

涉及以下几方面: ①一般护理: 患儿去枕呈仰卧位, 头偏向一侧, 防止胃肠道反应引起的呕吐而窒息。保持呼吸道通畅, 鼻氧管吸氧持续 6h, 持续心电监护 6h, 密切观察患儿的血氧饱和度与呼吸和意识及心率等体征变化, 发现口唇发绀与血压升高及意识模糊等异常情况, 及时通知医师处理。做好患儿的情绪安抚护理, 指导家属以正确的姿势抱住患儿, 要求动作轻柔, 避免牵拉刀口。②疼痛护理: 施行转移注意力和药物等多模式镇痛, 利用故事书或动画片等移情法, 转移对疼痛的注意力。集中进行换药和治疗等操作, 减少患儿的痛苦。少搬动患儿, 避免引起疼痛和影响伤口愈合。③

引流管护理: 肾积水术后置管多, 需加强置管护理管理, 做好管道的标记与固定工作。向家属讲解置管的作用, 适当限制患儿的肢体活动, 预防出现非计划拔管与管道受压折叠等情况。观察伤口的渗液与渗血情况, 及时更换敷料。观察引流液体的量与颜色及性状等情况, 及时处理引流受阻的情况, 确保引流管的通畅。严格执行无菌操作规程更换引流袋, 引流袋保持低位引流, 防止出现逆流感染。妥善固定肾造瘘管, 避免因活动而牵拉出肾脏外, 密切观察肾造瘘管是否出现感染和出血等情况。根据患儿的实际情况, 选择大小合适的导尿管, 避免导尿管后出现排尿困难与尿潴留等情况, 确保尿道通畅。观察导尿管的通畅程度及引流尿液的性质, 叮嘱患儿多饮水, 通过增加输液量的方式增加排尿量, 起到冲洗膀胱的作用, 预防发生尿道感染。④心理护理: 做好操作解释与解疑解惑等服务工作, 提高家属对患儿术后各种表现的认知度。同时缓解的情绪, 尊重其知情权, 告知手术情况, 提高其配合度。引导家属参与到药物护理等临床工作中来, 及时发现并发症的先兆症状, 提高护理工作的前瞻性与有效性及系统性。⑤饮食护理: 受术后卧床与疼痛及手术麻醉等因素的影响, 患儿的胃肠道功能严重受损, 术后当天需禁食, 利用补液缓解饥饿感。术后 1d 根据患儿的胃肠道恢复情况, 从流质食物逐步向半流质饮食和普食过渡。讲解饮食的方法和原则及禁忌, 叮嘱患儿多饮水, 保持消化道通畅, 防止出现便秘。⑥出院指导: 告知饮食与运动和皮肤清洁及定期复诊等方面的护理方法, 通过会阴清洁与多饮水, 预防结石及尿路感染。定期复查尿常规及泌尿系统彩超及静脉肾盂造影, 了解肾积水的变化, 及时排除吻合口狭窄等并发症。

### 1.3 评估标准

参照住院时间与术后 (VAS 视觉模拟法) 疼痛评分和自主排气时间等指标, 了解两组的恢复进度。统计两组的并发症率。向家属发放自拟护理满意度调查表, 超过  $> 80$  分为非常满意,  $60-80$  分为满意,  $< 60$  分为不满意。通过单因素与多因素 logistic 回归分析, 了解患儿术后并发症的影响因素。

### 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 并发症情况

观察组的并发症率比对照组低,  $P < 0.05$ 。如表 1 所示:

表 1 并发症率比较 (n,%)

组别	n	便秘	感染	尿瘘	出血	总发生率
观察组	24	0 (0)	1 (4.17)	0 (0)	1 (4.17)	8.33
对照组	24	2 (8.33)	3 (12.50)	1 (4.17)	2 (8.33)	33.33

$\chi^2$	4.547
P	0.033

### 2.2 多因素分析

经过单因素分析,发现肾积水程度与置管方式及 DRF、GFR、Ser、BUN、Cys-C 等因素的影响有关。经过多因素 logistic 回归分析,发现内置管方式、DRF 1 级、Cys-C 是患儿术后并发症的独立危险因素,  $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 多因素分析

变量	b	se	wald	P	OR	95%CI
内置管	1.165	0.57	3.265	0.00	2.147	(1.124~5.134)
DRF 1 级	1.418	0.79	4.118	0.00	2.169	(1.733~5.124)
Cys-C	1.716	0.26	4.085	0.00	2.194	(1.824~5.324)

### 2.3 护理满意度

对照组家属的护理满意度比观察组低,  $P < 0.05$ 。如表 3 所示:  
表 3 护理满意度比较 (n,%)

组别	n	不满意	满意	非常满意	满意度
对照组	24	10 (41.67)	8 (33.33)	6 (25.00)	58.33
观察组	24	2 (8.33)	15 (62.50)	7 (29.17)	91.67
$\chi^2$					7.111
P					0.008

### 2.4 恢复进度情况

对照组的 VAS 评分比观察组高,  $P < 0.05$ 。对照组的住院时间与伤口愈合时间及自主排气时间比观察组长,  $P < 0.05$ 。如表 4 所示:  
表 4 恢复进度比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	n	自主排气时间	住院时间	伤口愈合时间	疼痛评分 (分)
对照组	2	3.21 ± 0.56	18.23 ± 2.15	16.45 ± 1.24	4.32 ± 1.45
观察组	2	2.12 ± 0.48	15.11 ± 1.12	14.52 ± 0.45	2.15 ± 0.64
t		4.265	8.235	6.552	6.347
P		0.032	0.005	0.012	0.012

### 3 讨论

小儿肾积水是临床上常见的儿科泌尿系统疾病,通常采取肾盂输尿管成形术等术式治疗,效果相对理想,但患儿的体质差,术后受炎症刺激与手术麻醉应激反应及营养不良等致病因素的影响,易陷入恶性循环的状态,引发各种术后并发症,不利于预后的改善和病情转归。由于肾积水的手术治疗复杂,影响疗效的因素因素,建议采取整体性和综合性的疗法干预,注重辅助疗法应用价值的发挥,让患儿接受手术治疗性服务的同时,给予优质护理服务干预,确保手术的安全可靠性。

并发症预见性护理干预,可降低术后并发症率。严格执行无菌操作与手卫生及消毒隔离等规程,加强皮肤清洁护理,可减少因工作疏忽引起的感染并发症,包括切口感染与尿路感染等。把控预见性工作的重点,合理制定与不断调整护理方案,要求护理人员提高风险意识与责任意识,提高护理操作技能水平,加强对置管管理与

饮食护理和情绪安抚等护理措施的优化,切实规避尿瘘与出血和便秘等并发症的出现。患儿术后的并发症较多,是多种因素共同作用的结果,提高护理工作的前瞻性及完整性,施行有效的护理方案,更利于降低术后并发症率<sup>[1]</sup>。

施行预见性护理干预,可有效规避并发症危险因素的影响。内引流是术后并发症的独立危险因素,内引流不便于观察吻合口是否出现漏尿和出血等情况。内引流置管时间长,易诱发感染。但外引流受患儿活动等因素的影响,也会发生各种并发症。Cys-C 是特异性反应肾小球过滤能力的分泌蛋白之一,发生并发症后,Cys-C 水平明显提高,提示肾功能恢复效果不理想。DRF 1 级为术后并发症的危险因素,患儿术后肾功能有更大的改善空间,提示肾功能改善不佳。因此,当发现 DRF 1 级与 Cys-C 水平升高的情况,需考虑术后发生并发症的可能,为有效预防术后并发症,建议选择最合适的置管方式,降低各种并发症对患儿肾功能等生理功能恢复的影响。

并发症预见性护理干预,可加速预后改善与病情转归。随着医疗体制改革的进程加速,人们对护理质量的要求更高。常规护理以控制疾病发展的理念为主,主动性和被动性的落实各项护理措施,对护理的细节把控不足,无法及时发现存在和潜在的并发症危险因素,导致护理效果不尽理想。而优质护理干预,从患儿的身心需求入手,本着以人文本和循证医学及快速康复等现代化服务理念落实优质服务,旨在降低术后并发症率,改善患儿的生活质量,缩短住院时间,实现医疗资源的整合优化与高效利用。发挥家属在护理管理等方面的作用,密切观察并发症的先兆指征,并掌握正确的患儿安抚和喂养等护理方法,更利于降低术后并发症率。护理人员掌握患儿的性格与年龄等特点,采取针对性的护理措施,如物质奖励和动画片等护理方法,转移患儿的负面情绪,提高患儿对护理及治疗的依从性,促使临床工作得以规范落实,更利于发挥优质护理在降低术后并发症率与加速病情转归等方面的应用价值。

并发症预见性护理干预,可提高家属的医疗服务满意度。患儿的体质差,发生并发症的几率大,对医护人员的临床服务依赖度大且要求高。护理人员需严谨对待护理流程的各环节,向患儿投入更多的关心与细心及耐心,高质量的医疗服务更利于提高家属的信任度和安全感及满意度。患儿发生非计划拔管等不良事件的几率大,需加强对家属护理管理等方面的教育指导,调动家属体内的积极因素,使其正确的看护和照顾患儿,更利于家属的认知度和遵医行为效能提升,帮助患儿安全渡过围术期。优质护理服务,能够让家属快速看到疗效,从而构建良好的护患关系。预见性护理干预,不仅提高了护理操作的精细度,可降低术后并发症率,同时能够促进患儿在生理与心理及社会等方面的恢复,弥补常规护理的不足,利于丰富科室护理的内涵,以此实现医疗服务质量和效益的持续改进<sup>[2]</sup>。

综上所述,预见性护理可积极规避潜在的并发症危险因素,降低患儿术后的并发症率,加速恢复进度,提高家属的医疗服务满意度,值得深入研究。

#### 参考文献

- [1]贾璐彩,张亚琳,赵鹏丽,王媛,吴瑞娟.围术期护理干预在预防小儿肾积水术后并发症中的效果观察[J].安徽预防医学杂志,2020,26(1):79-80.
- [2]王丹.护理干预在小儿肾积水术后并发症预防中的应用对并发症及生活质量的影响[J].中国医药指南,2019,17(24):198-199.
- [3]江秀华.护理干预在小儿肾积水术后并发症预防中的应用效果评价[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(49):224+226.