

护理干预在先天性巨结肠术后患儿中的应用体会

田明霞

(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: 讨论护理干预在先天性巨结肠术后患儿中的应用影响。方法: 将我院在 2019 年 1 月至 2021 年 12 月收治的接受先天性巨结肠术治疗的 72 例患儿, 随机分组各 36 例, 比较对照组(施行常规护理)与研究组(加强术后综合护理)的干预结局。结果: 研究组的排气时间、排便时间、住院时间、术后进食时间的恢复进度指标优于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的术后并发症率低于对照组, $P < 0.05$ 。干预前两组的 WBC、NEUT、PA 指标差异不明显, $P > 0.05$ 。干预后的 WBC、NEUT、PA 指标优于干预前, $P < 0.05$ 。干预后研究组的 WBC、NEUT、PA 指标优于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的舒适度评分高于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 术后综合护理干预可加速恢复进度, 积极改善预后, 值得应用推广。

关键词: 护理; 先天性巨结肠术; 患儿

先天性巨结肠属于肠神经元异常性疾病, 是小儿常见的先天性肠道疾病之一, 是引起新生儿消化道梗阻常见的原因, 不利于小儿的正常发育。本着三分治疗七分护理的服务理念, 在常规手术治疗基础上施行护理干预, 更利于整体疗效的提升。尤其是术后综合护理干预, 及时把控影响术后康复的不良因素, 积极改善患儿的生理及心理功能, 以此实现医疗服务质量和效益的持续改进。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院接受先天性巨结肠术治疗的 72 例患儿当作观察对象, 家属均知情同意, 均符合手术指征, 排除临床资料不全与脏器功能障碍及手术禁忌症者。随机分组各 36 例, 研究组年龄跨度 4 个月-4 岁, 年龄平均 2.3 ± 0.2 岁; 男 18 例, 女 18 例; 病理类型: 全结肠型 13 例, 短段型 12 例, 长段型 11 例。对照组年龄跨 5 个月-4 岁, 年龄平均 2.7 ± 0.6 岁; 男 19 例, 女 17 例; 病理类型: 全结肠型 14 例, 短段型 13 例, 长段型 9 例。临床资料相匹配, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组接受常规护理, 包括病情观察与环境干预等。研究组加强术后综合护理干预, 如下所示: (1) 病情观察: 术后患儿去枕平卧, 将头部偏至一侧, 清除呼吸道分泌物, 保持呼吸畅通。密切监测患儿的生命体征, 给予吸氧和血氧饱和度及心电的监护, 每小时评估记录护理单。(2) 管道护理: 妥善固定胃肠减压管, 做好标识工作, 记录管道置入的型号与深度, 观察引流液的量和颜色及性质, 定时挤压胃管, 确保引流通畅。妥善固定肛管, 防止肛管扭曲与脱出, 观察引流液的量与颜色及性质, 术后 24h 内观察肛管内是否出现活动性出血。(3) 肛周皮肤护理: 保持床单元的平整与干燥和清

表 1 恢复进度指标比较 ($\bar{x} \pm s$, h)

组别	n	排气时间	排便时间	住院时间 (d)	术后进食时间
对照组	36	18.21 ± 5.15	20.48 ± 5.45	10.48 ± 2.35	43.27 ± 5.48
研究组	36	13.54 ± 3.35	13.22 ± 2.17	8.14 ± 2.48	31.35 ± 3.45
t		7.524	9.562	6.134	14.624
P		0.008	0.003	0.012	0.000

2.2 术后并发症情况

研究组的术后并发症率低于对照组, $P < 0.05$ 。如表 2 所示:

表 2 并发症率比较 (n, %)

组别	n	肛周感染	吻合口狭窄	小肠结肠炎	吻合口瘘	其他	总发生率
对照组	36	3(8.33)	2(5.56)	2(5.56)	1(2.78)	3(8.33)	30.56
研究组	36	1(2.78)	0(0)	1(2.78)	0(0)	2(5.56)	11.11
χ^2							4.126
P							0.042

2.3 预后改善情况

干预前两组的 WBC 与 NEUT 及 PA 指标差异不明显, $P > 0.05$ 。干预后的 WBC 与 NEUT 及 PA 指标优于干预前, $P < 0.05$ 。干预后研究组的 WBC 与 NEUT 及 PA 指标优于对照组, $P < 0.05$ 。如表 3 所示:

洁, 保持臀部皮肤的干燥, 有肛管每天用 0.05% 活力碘棉球擦洗肛周 3 次, 肛管周围有大便随时清理干净, 拔除肛管后, 每次便后及时清洗干净, 保持肛周皮肤干燥, 酌情给予高锰酸钾浸泡。(4) 饮食护理: 术后禁食期间, 遵医嘱予以全量补液, 待肠鸣音恢复后, 遵医嘱给予少量饮水, 无不适者次日少量流食, 逐步向普食过渡。(5) 并发症护理: 术后定期监测体温, 遵医嘱给予抗生素, 预防小肠结肠炎等并发症, 加速术后的恢复。(6) 疼痛护理: 采用音乐, 抚摸等非药物镇痛措施分散患儿注意力, 必要时遵医嘱给予镇痛药物。(7) 活动指导: 患儿生命体征稳定的情况下, 把拔除肛管后下床活动。告知正确的活动方法, 要求家属陪同。

1.3 观察指标

参照胃肠功能恢复时间与住院时间等指标, 了解两组的术后恢复进度。参照 WBC 白细胞和 NEUT 中性粒细胞计数及 PA 前白蛋白等指标, 了解两组的预后改善情况。统计两组的并发症率。利用 GCQ 量表评定患儿的舒适度情况, 采取百分计, 分数与舒适度呈正相关。

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、 χ^2 检验。 $P < 0.05$, 表示数据对比, 有统计学差异。

2 结果

2.1 术后恢复情况

研究组的排气时间、排便时间、住院时间、术后进食时间的恢复进度指标优于对照组, $P < 0.05$ 。如表 1 所示:

表3 预后指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
WBC ($\times 10^9$)	术前	9.24 \pm 1.34	9.35 \pm 1.26	0.325	0.614
	术后第1d	12.42 \pm 3.64	11.17 \pm 1.21	4.625	0.032
	术后第4d	8.65 \pm 1.13	7.84 \pm 1.18	4.168	0.032
NEUT (%)	术前	0.33 \pm 0.04	0.32 \pm 0.03	0.221	0.715
	术后第1d	0.71 \pm 0.05	0.62 \pm 0.03	3.651	0.043
	术后第4d	0.58 \pm 0.04	0.48 \pm 0.02	3.962	0.041
PA (g/L)	术前	136.25 \pm 27.54	136.28 \pm 25.45	0.623	0.317
	术后第1d	113.62 \pm 20.45	118.65 \pm 23.62	10.625	0.002
	术后第4d	124.65 \pm 23.52	141.65 \pm 32.58	12.617	0.000

2.4 舒适度

研究组的舒适度评分高于对照组, $P < 0.05$ 。如表4所示:

表4 舒适度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
生理	65.41 \pm 2.33	96.45 \pm 2.43	28.523	0.000
心理	71.33 \pm 2.05	92.17 \pm 2.85	23.326	0.000
环境	80.16 \pm 2.19	95.52 \pm 1.64	14.774	0.000
社会生活	69.21 \pm 2.23	92.61 \pm 1.52	24.241	0.000

3 讨论

先天性巨结肠属于小儿常见的先天性消化道畸形之一, 有发病率高与病因复杂及手术方式繁琐和术后恢复过程长等特点, 加上患儿的体质差, 围术期易发生各种不良反应, 影响患儿的生活质量和整体疗效。要想加速预后改善, 还需优化护理管理模式, 提高护理工作的预见性和针对性及人文性, 弥补常规护理的不足, 实现手术疗法和护理辅助疗法干预价值的充分发挥^[1]。

术后综合护理干预, 可加速术后的恢复进度。在先天性巨结肠患儿术后的护理干预中, 要求护理人员加强实践经验总结, 落实基于循证依据的护理措施, 提高护理工作的创造性和针对性, 以达到理想的护理效果。如遵循快速康复护理的服务理念, 发现患儿在术后未排便和未排气, 并不会增加术后并发症率。早期进食可通过肠道补充营养, 更利于促进肠道蠕动, 减少患儿的哭闹, 预防患儿出现水电解质紊乱等不适, 更利于加速胃肠功能的恢复。配合术前的适度肠道准备与术中的保温等细节护理措施, 更利于促进肠功能的恢复。术后早期经口进食, 可减少肠道应激及肠外营养的输注。鼓励患儿早期离床活动, 加速术后的康复进程, 缩短住院时间, 减少住院医疗费用, 以此实现医疗资源的整合优化与高效利用^[2]。

术后综合护理干预, 可加速预后改善, 缓解炎症因子的刺激。手术对机体的创伤较大, 尤其对患儿特殊群体来说, 加上术前的禁食水与手术麻醉应激及术后疼痛刺激等方面的影响, 促使患儿术后处于机体高度的应激反应状态。致病因素可激活下丘脑-脑垂体-肾上腺轴系统, 增加机体中的糖皮质激素和儿茶酚胺的释放, 机体出现高分解代谢, 体内的炎症因子增加。WBC 是衡量机体应激反应的关键炎症指标, 在手术等创伤的刺激下, 体内的 WBC 水平大幅度的升高, 可根据炎症指标的水平, 评估机体创伤应激程度。除此之外, 在创伤刺激下, 患儿机体内的 NEUT 水平也会随之提高。研究组术后施行整体性的护理干预, 可显著降低 WBC 与 NEUT 的水平, 证实了综合护理可减轻患儿的应激反应, 能够帮助患儿安全渡过围术期。PA 属于内脏蛋白, 可反应患儿的营养状况。PA 的半衰期短, 能够灵敏的评价患儿营养状况, 当机体伴有炎症反应情况时, PA 指标的水平会明显下降。综合护理干预, 能够帮助患儿改善身心状态, 术后营养支持与早期活动等护理干预, 更利于减轻患儿的手术应激, 将患儿从炎症因子和负面情绪及手术应激等恶性循环的状态中脱离出来, 为患儿术后的早日康复奠定良好的基础。研究组术后的 PA 改善幅度明显大于对照组, 表示术后优质护理服务, 更利于改善患儿的营养不良症状, 积极应对手术麻醉等围术期各种创伤引起的患儿蛋白丢失, 利用综合护理措施纠正患儿的负氮平衡

状态。通过调整患儿的营养状况, 提高患儿的抵抗力, 利于降低术后引起的各种不良反应, 从而加速预后改善。

术后综合护理干预, 可降低并发症率。在手术与麻醉及术后禁食等因素的影响下, 患儿极易引起肠道菌群失衡与全身的电解质紊乱等不适。常规护理以控制疾病发展的理念为主, 被动性和主观性的落实护理措施, 忽视患儿心理与生理等方面的需求满足, 护理工作的针对性和前瞻性不足, 难以达到理想的护理效果, 促使术后的并发症率较大。术后综合护理干预, 对护理人员的职业素养和业务能力的要求较高, 要求护理人员明确掌握先天性巨结肠术后患儿护理的注意事项及操作要点和护理质量标准等, 提高自身的服务意识与风险意识及责任意识, 加强实践经验总结和教训积累, 明确把握护理流程各环节的风险因素, 采取有效的措施规避存在和潜在的护理风险, 切实降低术后的并发症率。引起术后并发症的因素较多, 也是多种因素共同作用的结果, 针对于患儿自身的问题, 需通过术后营养支持的措施, 不断改善患儿的抵抗能力。针对于护理操作失误引起患儿并发症及不良事件的原因, 需不断优化护理管理制度和模式及手段, 严格执行操作规程, 在换药等环节, 严格执行无菌操作规程。患儿的体质差, 为降低交叉感染的风险, 规范落实皮肤护理和消毒隔离保护机制等护理措施。加强对护理质量的把控, 切实发挥术后护理在降低并发症率等方面的作用价值。多做家属的思想工作, 调动其体内的积极因素, 使其积极参与到对患儿的护理管理工作中来, 掌握正确的护理方法, 包括患儿的情绪安抚法与正确饮食护理等方法, 积极发现并发症的各种先兆表现, 及时通知医护人员处理, 以此实现患儿并发症的有效预防和控制^[3]。

术后综合护理干预, 可提高患儿的整体舒适度。术后加强病情评估, 根据病情变化和护理服务需求, 制定科学合理与严格有序的护理流程, 充分体现出护理的优势。随着患者对护理质量要求的不断提高, 需采取标准化的护理模式, 实现护理工作目标化, 在降低医疗成本的基础上, 不断提高护理服务质量和效益。术后根据患儿的生理变化, 规范落实营养支持和术后镇痛及心理疏导等综合护理措施, 整合优化术后各种护理项目, 确保护理服务分工明确, 不断提高术后整个护理过程的高效化及标准化和个体化, 降低护理工作的低效性和盲目性。施行多模式镇痛, 集中进行术后治疗性的操作, 减少患儿的痛苦程度。充分落实术后优质护理服务, 充分体现出综合护理理念的内涵, 贯彻执行以人为本和循证医学及快速康复等现代化服务理念, 大幅度的改进术后的服务方法, 促使护理服务更加科学与规范, 从而让先天性巨结肠患儿在术后安全高效的护理措施中, 不断改善自身的生理功能与心理功能及健康状况。

综上所述, 术后综合护理干预可加速恢复进度, 积极改善预后, 降低并发症率, 减轻患儿的不适, 值得深入研究。

参考文献

- [1]范东杨.基于目标管理的加速康复外科护理在先天性巨结肠患儿围术期的应用效果[J].中国肛肠病杂志,2021,41(11):78-80.
- [2]张宇.临床护理路径结合 ERAS 优质护理在儿童先天性巨结肠切除后的应用效果[J].中国医药导报,2021,18(27):178-181.
- [3]陈婴婴.精细化护理干预在先天性巨结肠经肛门行巨结肠根治术患儿中的价值分析[J].医学理论与实践,2021,34(17):3077-3080.