

护理干预对先天性巨结肠术后失禁性皮炎发生率的影响

苏花治^①

【摘要】目的：探讨护理干预对先天性巨结肠术后失禁性皮炎发生率的影响。方法：入组研究对象来自于 2016 年 5 月 -2017 年 12 月在笔者所在科室采取手术方式进行治疗的先天性巨结肠患儿 40 例，随机分为试验组 (n=20) 和对照组 (n=20)。40 例患儿均行先天性巨结肠手术进行治疗，其中 30 例行经肛门改良 Soave 术、6 例行腹腔镜辅助下经肛门巨结肠根治术、4 例行 Martin 术。术后对照组按照巨结肠术后护理常规进行护理，试验组在此基础上给予体位护理、肛周及管道护理、饮食护理等护理干预。结果：试验组患儿术后失禁性皮炎发生率，明显低于对照组患儿，差异有统计学意义 (P<0.05)。试验组患儿家属的临床护理满意度高于对照组患儿家属，差异有统计学意义 (P<0.05)。结论：对先天性巨结肠术患儿在术后给予体位护理、肛周及管道护理、饮食护理等护理干预，能够显著降低患儿失禁性皮炎发生率，实践效果显著。

【关键词】 护理干预；先天性巨结肠；失禁性皮炎

doi: 10.14033/j.cnki.cfmr.2018.25.031

文献标识码 B

文章编号 1674-6805(2018)25-0068-02

先天性巨结肠，又称肠管无神经节细胞症，是由于多种原因造成胚胎期神经节细胞在消化道移行受阻，远端肠管缺乏神经节细胞而发生持续性痉挛性收缩造成功能性肠梗阻，继发近端结肠扩张、肥厚，甚至细胞退化变性而出现一系列临床症状体征，是一种较常见的先天性消化道畸形^[1]。目前临床上对于先天性巨结肠的治疗主要以手术方式为主，先天性巨结肠治疗的手术方式较为多样化，根据患儿的不同情况选择合理的手术方式实施治疗，能够使患儿取得良好的治疗效果^[2]。但是无论采取哪一种手术方式进行治疗，先天性巨结肠根治术后，由于肛门内括约肌松弛、麻痹或排便协调功能不良等原因，会导致术后肛门污粪，多数患儿需 2~3 个月恢复^[3]。患儿因大便稀、次数多，皮肤细嫩，护理不当很容易发生失禁性皮炎，给患儿术后康复带来不利影响。因此，采取有效的护理干预措施对先天性巨结肠术后患儿实施针对性的护理，有效降低其失禁性皮炎的发生率，是一项非常重要的工作。笔者以下就对这一课题实施了研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组研究对象来自于 2016 年 5 月 -2017 年 12 月在笔者所在科室采取手术方式进行治疗的先天性巨结肠患儿 40 例，以对照试验要求为依据，(1) 纳入标准：①经临床诊断确诊为先天性巨结肠患儿，且采取先天性巨结肠根治术进行治疗；②灌肠过程中无肠穿孔发生的患儿。(2) 排除标准：①合并感染性疾病的患儿；②合并皮肤疾病的患儿；③合并中度以上营养不良的患儿。随机将其分为观察组和对照组，每组均设置 20 例患儿。观察组 20 例患儿，其中男 15 例，女 5 例；年龄 3 个月 ~5 岁，平均 (1.5+0.4) 岁；其中普通型 12 例、长段型 4 例、短段型 2 例、全结肠型 2 例。对照组 20 例患儿，其中男 16 例，女 4 例；年

①厦门大学附属第一医院 福建 厦门 361003

龄 3 个月 ~4 岁，平均 (1.4+0.3) 岁；其中普通型 13 例、长段型 3 例、短段型 3 例、全结肠型 1 例。两组患儿组间资料经统计学分析，差异无统计学意义 (P>0.05)。组内 40 例患儿家属均知晓本次研究内容，并同意参与，入组前均签署了入组同意书。且本次研究经笔者所在医院伦理委员会审核批准。

1.2 研究方法

40 例患儿均行先天性巨结肠手术进行治疗，其中 30 例行经肛门改良 Soave 术、6 例行腹腔镜辅助下经肛门巨结肠根治术、4 例行 Martin 术。术前常规行肠道准备，每日用 38℃ ~41℃ 温生理盐水清洁回流灌肠，一般 50~100 ml/kg。如患儿有粪石，可予洗肠后灌入液体石蜡油 20~30 ml 保留灌肠^[4]。手术前 1 d 晚及术日晨清洁灌肠，可根据患儿肠道清洁程度适当增加灌肠液量，直到流出液不含粪便，洗肠后予甲硝唑保留灌肠。术后对照组给予常规临床护理，即应用碘伏棉球法进行肛周护理，每次便后使用生理盐水清洗，充分暴露肛门，使用 0.25% 的碘伏棉球从上到下擦拭待干，然后用烤灯照射肛周皮肤，3~5 次/d，20~30 min/次，保持局部干燥。烤灯照射过程中需由专人照护，避免烫伤。患儿每次排便之后重复以上护理步骤^[5]。对于肛周皮肤出现发红症状的患儿，要及时涂抹氧化锌软膏进行保护。试验组在此基础上给予体位护理、肛周及管道护理、饮食护理等护理干预。试验组患儿的护理措施如下。

1.2.1 体位护理 待患儿麻醉苏醒之后，帮助患儿采取蛙式仰卧位休息，并且适当对患儿的双下肢进行约束，使其保持外展状态，以便充分地暴露会阴部^[6]。同时使用离被架支撑被子，采用自然通风方式，保持患儿会阴部及臀部皮肤干爽^[7]。定时帮助患儿翻身拍背，积极预防压疮的发生。在患儿卧床休息期间要注意保持适宜的室内温度和湿度，及时为患儿增减衣服、被子，预防患儿发生感冒。

理研究, 2018, 32(6): 969-970.

[10] 况丽, 叶明. 协同护理对人工全髋关节置换术患者自我护理及情绪的影响研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(6): 672-674.

[11] 茹晓南. 循证护理在腹腔镜下卵巢囊肿剥除术患者中的应用效果 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(20): 160-163.

(收稿日期: 2018-04-08)

1.2.2 肛周及管道护理 患儿术后常规留置尿管及肛管,各引流管应予以妥善固定,保持各引流管引流通畅。由纱布及胶布固定肛管的方法,改用线性固定肛管,将线固定在臀部两边,增加肛周皮肤的暴露度。这样能更早更彻底地实施肛周护理,减少大小便对患儿皮肤的刺激。肛周护理方法由常规的擦洗法改为冲洗法,及时用生理盐水冲洗肛周的分泌物及大小便,并使用活力碘对伤口和肛周皮肤进行冲洗、消毒处理,使之形成一层抑菌膜。在清洗、消毒处理后,使用小功率电吹风进行局部吹干后使用皮肤保护剂,如美宝湿润烧伤膏^[8]、红霉素眼膏、洁悠神液体敷料、造口护肤粉或皮肤保护膜等^[9]。局部皮肤有破溃,有渗液时使用水胶体敷料或泡沫敷料^[10]。

1.2.3 饮食护理 术前指导患儿家属给患儿进食少渣、易消化,高热量、高蛋白、维生素含量丰富的食物,增强患儿的抵抗力,减少大便的产生,有利于肠道准备,减轻洗肠给患儿带来的痛苦,缩短术前肠道准备的时间。术后早期患儿需禁食、禁饮3~5d,待其肠胃功能恢复之后,先给予流质食物,并逐渐向半流质食物、软食过度^[11]。术后饮食需以高热量、高蛋白、高维生素、高纤维素为主。对大便次数多且较稀的患儿及时向营养师咨询,通过饮食结构使大便成形,或者遵医嘱使用止泻剂和微生态调节药^[12],减少排便次数,减少稀水样便对肛周皮肤的刺激。在患儿出院时,护理人员要指导患儿出院后要保证饮食营养均衡,多进食新鲜的瓜果蔬菜,观察患儿大便情况。指导患儿家属帮助患儿养成每日定时排便的习惯,保持大便通畅。排便通畅及良好的排便习惯,对于有效预防失禁性皮炎的发生,均具有重要的意义。

1.3 观察指标及评价标准

(1)失禁性皮炎评价标准。I级:皮肤完整,有轻度发红与不适;II级:中度发红,皮肤剥脱,小水泡或小范围部分皮层受损,伴有不适或者疼痛;III级:皮肤暗红或深红色,大面积皮肤剥脱受损,水泡和渗出^[13]。(2)患者护理满意度评价标准。在出院当天,通过家属填写医院自制满意度调查表,总分100分。不满意:0分;一般:1~59分;比较满意:分数60~79分;满意:分数80~100分。计算各组的满意度得分及满意率。总满意率=(满意+比较满意)/总例数×100%。

1.4 统计学处理

研究使用SPSS 16.0对计数资料和计量资料进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿术后失禁性皮炎发生率比较

试验组患儿术后失禁性皮炎发生率,明显低于对照组患儿,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患儿术后失禁性皮炎发生率比较 例(%)

组别	I级	II级	III级	合计
试验组($n=20$)	2(10.0)	1(5.0)	0	3(15.0)
对照组($n=20$)	11(55.0)	4(20.0)	1(5.0)	16(80.0)
Z/χ^2 值		12.734		16.942
P 值		0.004		0.000

2.2 两组患儿家属的临床护理满意度比较

试验组患儿家属的护理总满意度95.0%(19/20),高于对照组的75.0%(15/20),差异有统计学意义($\chi^2=6.628$, $P=0.022$)。

3 讨论

失禁性皮炎的发生不但会增加患儿的痛苦,延长住院时间,而且还会增加护理工作量,降低家属的满意度。对于先天性巨结肠术后患儿来说,失禁性皮炎是早期最常见的并发症,预防比治疗更具有实际意义。本研究中,通过对先天性巨结肠根治术患儿在术后实施体位护理、肛周及管道护理、饮食护理等护理干预,试验组中患儿在住院治疗期间出现失禁性皮炎I级2例,II级1例,III级0例。对照组患儿出现失禁性皮炎I级11例,II级4例,III级1例。试验组失禁性皮炎发生率显著低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组的护理总满意度为95.0%,对照组为75.0%,试验组明显高于对照组。

综上所述,在先天性巨结肠术患儿的护理中,相比于常规护理路径,应用有针对性护理干预路径显著降低了患儿失禁性皮炎的发生率,可以有效促进医护患关系,缩短住院时间,住院费用降低,顺利出院,有效提升了患儿家属的临床护理满意度,实践效果显著。

参考文献

- [1] 张澍.现代儿科学[M].北京:人民军医出版社,1998:514-516,204-219.
- [2] 陈永革.先天性巨结肠治疗新进展[J].海南医学院学报,2011,17(10):1438-1440.
- [3] 李正,王慧珍,吉士俊.实用小儿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:824.
- [4] 张金哲.张金哲小儿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:209.
- [5] 蒋艳,高林.腹腔镜辅助改良Soave术根治小儿先天性巨结肠的护理[J].山西医药杂志,2014,43(9):1072-1074.
- [6] 袁玲,李梅,刘晓文,等.护理干预对先天性巨结肠术后肛门口吻合口感染及肛周皮炎的影响[J].护士进修杂志,2012,27(20):1863-1865.
- [7] 李勤,袁静华,王永清,等.失禁性皮炎的持续质量改进研究[J].实用临床应用杂志,2015,19(24):241-244.
- [8] 丁晓云,杨晓,朱杰玲,等.美宝湿润烧伤膏加康复新液敷配合红外线治疗压疮的效果观察[J].广东医学院学报,2014,32(6):865-866.
- [9] 金婷婷.3M液体敷料和长效抗菌材料洁悠神在失禁性皮炎中的联合运用[J].实用临床医学杂志,2016,20(22):126-128.
- [10] 贾静,徐晶晶,仇晓溪.结构化皮肤护理方案对降低患者失禁性皮炎患病率的应用效果[J].中华护理杂志,2016,51(5):590-593.
- [11] 陈德青.新生儿先天性巨结肠经肛门根治术围手术期护理[J].赣南医学院学报,2012,32(4):613.
- [12] 何丹丹,童孜蓉,宋燕波,等.综合护理干预对失禁性皮炎发生率的影响[J].江苏医药,2015,41(4):495-496.
- [13] 蒲萍.前馈控制在失禁性皮炎护理管理中的应用[J].健康之路,2015,14(11):134-135.

(收稿日期:2018-04-02)