

非肠道手术患儿全麻术后进食时间的探讨

章庆华, 姚祥根

(江苏省扬州市妇幼保健院 儿外科, 江苏 扬州, 225002)

关键词: 婴幼儿; 术后进食; 不良反应

中图分类号: R 473.72 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)22-168-02 DOI: 10.7619/jcmp.201322076

全麻时容易发生反流和误吸^[1], 尤其是小儿外科患者, 所以全麻术后进食时间应为麻醉清醒后 4~6 h, 以防发生误吸或呕吐。但在临床护理工作中, 作者发现由于手术前后禁食时间长, 患儿常出现口渴、饥饿(或胃部不适)而哭闹或烦躁, 加重了患儿的痛苦及家长的焦虑, 甚至导致并发症的发生。本科将 158 例患儿随机分为 2 组, 对照组术后按医嘱常规麻醉清醒后 6 h 进食, 试验组术后由责任护士对患儿进行评估, 合格后即给患儿进食, 比较 2 组患儿的不良反应, 现将方法及结果报道如下。

1 资料与方法

选择 2011 年 1 月—2012 年 6 月择期手术的患儿 158 例, 以病室为单位随机分为对照组 78 例和试验组 80 例。对照组中, 男 62 例, 女 16 例; 年龄 <1 岁者 27 例、1~3 岁者 32 例、>3 岁者 19 例; 疾病类型: 斜疝 49 例, 鞘膜积液 21 例, 隐睾 8 例。试验组中, 男 65 例, 女 15 例; 年龄 <1 岁者 29 例、1~3 岁者 30 例、>3 岁者 21 例; 疾病分类: 斜疝 50 例; 鞘膜积液 25 例; 隐睾 5 例。2 组患儿术前禁食禁饮 4~8 h, 采用氯胺酮与丙泊酚或咪达唑仑 2 种药物行静脉复合麻醉。2 组患儿性别、年龄、疾病类型、麻醉方式比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

2 组患儿术后均去枕平卧, 常规吸氧 6 h, 心电监护 6 h, 给予支持治疗。对照组患儿术后按医嘱常规麻醉清醒后 6 h 进流质, 由少量开始, 逐渐增加, 过渡至正常饮食。试验组由责任护士对患儿进行观察和评估, 评估合格后开始进食。评估方法: 根据 Steward 苏醒评分表进行评分^[2], 主要依据清醒程度、呼吸道通畅程度、肢体活动度(0、1、2 递增)评分 ≥ 4 分; 无恶心呕吐并有进食意愿者为合格。每 30 min 进行评估 1 次。评估合

格后由责任护士指导家长喂食, 将床头抬高 15~30°, 使患儿取侧卧位或半卧位, 用奶嘴或吸管让患儿吸取温开水 10~20 mL, 无呛咳、恶心呕吐后再喝母乳或牛奶, 首次进食量为平时的一半, 少食多餐, 逐步过渡到正常饮食。

2 结果

2.1 2 组患儿术后不良反应情况比较

见表 1。

表 1 2 组患儿术后不良反应情况比较 例

组别	呕吐	口渴	饥饿感或哭闹	腹胀
试验组($n=80$)	5	5*	11**	5*
对照组($n=78$)	5	64	55	15

与对照组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$ 。

2.2 2 组患儿家长焦虑程度比较

试验组家长平均焦虑分值为(36.7±7.1), 对照组家长平均焦虑分值为(68.5±9.0), 2 组患儿家长焦虑程度比较, 差异具有显著统计学意义($P<0.01$), 即试验组患儿家长焦虑程度显著低于对照组。

3 讨论

杨清清等^[4]研究表明, 小儿禁食时间不宜超过 8 h; 有报道称患者禁食 8.5 h 会恶心, 长时间禁食则可引起术后肠麻痹时间延长^[5]。随着麻醉学科的发展、麻醉药的综合应用, 麻醉医生可准确掌握麻醉药物的剂量, 使麻醉作用在手术结束时基本消失。本研究中患儿均采用氯胺酮与丙泊酚或咪达唑仑 2 种药物行静脉复合麻醉, 氯胺酮与丙泊酚或咪达唑仑合用有利于维持心血管功能稳定, 并可减少氯胺酮导致的精神症状, 且苏醒快, 术后恶心及呕吐发生率降低。大部分全麻患儿术后至病房时首次 Steward 苏醒评分即达 4 分, 麻醉已基本清醒, 有教材规定非腹部手术, 全

身麻醉者麻醉清醒,恶心呕吐反应消失后可进食。

患儿术后进食可以使不良反应率降低。长时间禁食容易导致分解代谢增加,机体对葡萄糖、氨基酸、脂肪酸的吸收减少,患者处于负氮平衡,不利于术后身体的恢复。长时间禁食禁饮造成患儿饥饿、口渴,组织脱水可使交感神经兴奋,引起焦虑、紧张以及烦躁,患儿胃排空速度快,浓缩尿及保留水的能力差,手术前后禁食时间太长,饥饿哭闹出汗多,容易导致脱水而导致脱水热。患儿代谢旺盛,如果禁食超过 12 h,可发生低血糖及代谢性酸中毒,而哭闹时吞入大量空气会使胃内压增高,出现腹胀,致使胃肠蠕动功能恢复慢,影响术后恢复。患儿哭闹还会引起腹压增加,伤口张力增高,从而增加了伤口裂开、出血、斜疝复发的机会,不利于伤口的恢复。另外,手术创伤以及长时间禁食禁饮使机体处于应激状态,患儿处于负氮平衡,可诱发消化性溃疡。另一方面,胃肠道不仅为营养物质的摄取和利用提供了大面积场所,

同时,其还是全身最大的淋巴器官,对患者的免疫反应起着重要作用。术后早期进食可以克服以上缺点,早期进食能及时补充营养,纠正水、电解质和负氮平衡,维持机体内环境稳定,增加患儿舒适度,使患儿处于最佳的身心健康状态,有利于促进患儿早日康复,同时还能减少静脉输液数量,降低了医疗风险及医疗费用。

参考文献

- [1] 印爱珍,曹美嫦. 儿童常见疾病护理常规[M]. 长沙:湖南人民出版社,2010: 289.
- [2] 孟庆云,柳顺锁. 小儿麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996: 148.
- [3] 王慧,刘志宏. 医学心理学[M]. 上海:第二军医大学出版社,2001: 230.
- [4] 杨清清,李素芳,秦尚够,等. 择期手术患儿术前禁饮禁食时间过长原因分析及对策[J]. 现代护理,2005,11(12): 1787.
- [5] 黄小静,彭南海,江志伟,等. 择期手术患者术前长时间禁食应该被废止[J]. 实用临床医药杂志,2007,11(5): 21.

(上接第 167 面)

程中,根据患者年龄、文化程度、接受能力的不同,采用语言、文字、图画、视频等不同宣教方式(必要时邀请医师一同进行)对患者加强有关骨折愈合、功能恢复过程内容的健康教育,并通过以往案例的宣教,使患者及家属了解复诊的意义及重要性。

4.2 建立复诊温馨提醒制度

①将患者复诊的时间制定成表格,粘贴于门诊病历上,便于患者及时查看;②在科内已建立的患者出院电话回访登记本中登记患者复诊时间,在复诊前 1~3 d 进行 1 次电话回访,及时提醒患者复诊,若患者未按时复诊次日再次电话提醒,督促患者按时复诊。

4.3 建立节假日复诊预约制

对需要陪护复诊的而家属在工作日无时间陪护的患者,可提前电话预约在非工作日进行复诊。若某一假日预约复诊患者较多,可增加当班医师,进行弹性排班。

4.4 提供复诊项目收费咨询

患者出院前及每次复诊后,告知下次复诊可能进行的检查项目及收费情况,并提供电话咨询。

4.5 建议当地医院复诊、提供电话咨询

对出院后回老家休养的患者,出院时嘱咐其按时在当地医院复诊,并协助其准备复诊的相关资料,同时提供电话咨询及回访,有针对性地对患者进行康复指导和健康教育。

4.6 建立主治医师复诊预约制

对坚持要原主治医师复诊的患者,在预定复诊日前 1 周,护士协助预约其主治医师,并电话告知患者预约时间。

参考文献

- [1] 刘凯,张鸣. 骨科患者术后及时复诊在治疗中的作用分析[J]. 交通医学,2008,22(6): 600.
- [2] 沈玉芳,尤春芳. 骨科住院患者跌倒与坠床的原因分析及护理对策[J]. 护士进修杂志,2012,12(27): 2179.