

加速康复外科理念在小儿外科的护理应用

魏易茜

青海红十字医院 青海 西宁 810000

摘要: 为探究加速康复外科(ERAS)理念在小儿外科围手术期护理中的临床应用价值,本文选取我院2024年3月—2025年3月收治的80例外科手术患儿为研究样本,随机分为对照组与观察组,每组40例。对照组采用传统围术期护理,观察组实施ERAS优化护理路径,对比两组患儿术后疼痛评分、进食时间、下床活动时间、住院时长及并发症发生率。结果显示,观察组各项康复指标优于对照组,术后并发症发生率仅7.50%,明显低于对照组25.00% ($P < 0.05$)。ERAS理念通过术前宣教、术中保温、术后镇痛、早期进食活动等优化措施,减轻手术应激反应。该护理模式安全性高、康复速度快,可改善患儿就医体验,降低不良事件风险,适合在小儿外科临床护理中广泛推广应用。

关键词: 加速康复外科; 小儿外科; 围手术期; 护理干预; 术后康复

引言: 小儿外科患儿年龄偏小,脏器代偿能力弱,手术应激易引发哭闹、胃肠紊乱等不良表现,增加术后并发症风险。传统护理模式流程固化,术前禁食时间长、术中保温措施简单、术后镇痛滞后,不利于患儿快速恢复。加速康复外科理念依托循证医学依据,优化围术期护理流程,减轻机体应激损伤。本文以小儿外科手术患儿为研究对象,构建规范化ERAS护理方案,对比传统护理效果,分析该理念在术前、术中、术后的应用要点,总结临床应用优势,旨在完善小儿外科护理体系,提升护理质量,加速患儿术后康复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年3月—2025年3月本院小儿外科收治的80例手术患儿作为研究对象,手术类型包含腹股沟疝修补术、阑尾切除术、鞘膜积液高位结扎术。采用随机数字表法分为两组,每组40例。对照组男22例,女18例;年龄2~11岁,平均(5.36 ± 2.15)岁;手术时长35~85min,平均(52.45 ± 10.36)min。观察组男23例,女17例;年龄2~12岁,平均(5.42 ± 2.08)岁;手术时长38~82min,平均(51.96 ± 9.85)min。两组患儿年龄、性别、手术类型、手术时长对比无统计学差异($P > 0.05$),具备可比性。本研究经医院伦理委员会审批,患儿家属均知情同意。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 符合小儿外科择期手术指征;年龄2~12周岁;生命体征平稳;无严重先天性脏器疾病;家属配合护理干预及随访工作^[1]。

排除标准: 急诊手术患儿;合并凝血功能障碍、严重感染;术前存在营养不良、呼吸困难;精神异常、无

法配合护理评估;中途退出研究、临床资料缺失者。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组护理方式

对照组采用传统常规护理模式。术前严格禁食8h、禁饮4h,简单告知家属手术注意事项,不开展心理疏导;术中常规铺巾保暖,无精准体温管控;术后按需镇痛,待患儿主诉疼痛后给药;术后禁食6h以上,排气后方可进水进食;根据家属意愿安排下床活动,无早期活动指导,常规开展切口护理、抗感染护理^[2]。

1.3.2 观察组护理方式

观察组依托ERAS理念实施全程优化围术期护理,分为术前、术中、术后三个阶段。术前优化禁食禁饮时间,固体食物禁食6h,清流质饮品术前2h停止饮用;开展家属及患儿双宣教,借助动画、绘本安抚患儿情绪,缓解术前恐惧。术中调控手术室温度,采用保温毯、输液加温装置,维持患儿体温稳定,减少体表暴露。术后采用多模式镇痛,优先使用非阿片类镇痛药物,降低药物不良反应;术后2h可少量进水,6h内尝试流质饮食;术后6~12h指导下床活动,辅助翻身、肢体活动,同时强化切口护理、管道护理,减少并发症发生^[3]。

1.4 观察指标

①康复指标:记录两组患儿术后进食时间、下床活动时间、住院时长;②疼痛评分:采用面部表情疼痛量表(FPS-R)评估术后6h、24h疼痛分值,分值越高痛感越强;③并发症:统计术后呕吐、腹胀、切口红肿、低热感染发生情况;④护理满意度:采用家属满意度调查问卷,分为满意、一般、不满意,计算总满意度。

1.5 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件处理数据,计量资料以

(均数±标准差)表示,行 t 检验;计数资料以百分比表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后康复指标对比

观察组进食时间、下床活动时间、住院时长均短于对照组,组间差异显著($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患儿术后康复指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术后进食时间(h)	下床活动时间(h)	住院时长(d)
对照组	40	7.85±1.42	22.36±4.52	5.82±1.35
观察组	40	3.12±0.85	10.58±3.26	3.26±0.92
t 值	-	18.152	13.426	9.854
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组术后疼痛评分对比

术后6h、24h观察组疼痛评分明显低于对照组,患儿哭闹程度轻,痛感更低,差异具备统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患儿术后疼痛评分对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术后6h疼痛评分(分)	术后24h疼痛评分(分)
对照组	40	4.85±1.12	3.26±0.85
观察组	40	2.13±0.76	1.05±0.42
t 值	-	12.753	14.862
P 值	-	<0.001	<0.001

2.3 两组并发症与满意度对比

观察组并发症发生率7.50%,显著低于对照组25.00%;家属护理满意度97.50%,高于对照组82.50%,数据差异明显($P<0.05$)。见表3。

表3 两组并发症发生率及护理满意度对比

组别	例数	并发症发生率(%)	护理满意度(%)
对照组	40	25	82.5
观察组	40	7.5	97.5
χ^2 值	-	5.214	5.075
P 值	-	0.022	0.024

3 讨论

3.1 ERAS理念在小儿外科应用的特殊性

小儿生理结构特殊,机体各脏器发育尚未完善,新陈代谢速度旺盛,身体耐受能力明显弱于成人,对疼痛刺激、低温环境、饥饿状态敏感度极高,手术创伤极易诱发明显的全身性应激反应。术中创伤刺激会导致患儿交感神经兴奋,出现心率加快、情绪躁动、激素紊乱等不良表现,不利于手术平稳开展^[4]。传统护理模式普遍遵循长时间禁食禁饮制度,患儿术前易出现低血糖、脱水、哭闹躁动等情况,术中体温管控不完善易引发低体温、凝血功能异常,加之术后镇痛方式被动,疼痛持续刺激会进一步加重机体应激损伤。ERAS理念严格遵循儿

童生理发育规律,结合小儿代谢特点科学优化禁食禁饮时间,减轻饥饿带来的生理应激;术中实施全程体温管控,维持机体血液循环稳定;配合多模式镇痛方案弱化疼痛刺激,充分贴合小儿身心发育特征,有效规避传统护理存在的诸多弊端,全面提升围手术期护理舒适度与安全性^[5]。

3.2 ERAS围手术期护理干预作用分析

在ERAS围手术期护理体系中,术前、术中、术后干预措施相辅相成,共同降低手术对患儿造成的不良影响。术前开展针对性心理干预与健康宣教,利用绘本、动画等童趣方式安抚患儿恐惧情绪,同时向家属科普手术流程与护理要点,缓解家属焦虑心理,提升整体配合度。合理缩短禁食时长能够维持胃肠道正常生理状态,规避长时间空腹引发的脱水、低血糖及胃肠功能紊乱问题^[6]。术中规范化保温护理可减少低温引发的血管收缩、代谢紊乱,保障术中血流动力学平稳,降低麻醉风险。术后早期少量进食可温和刺激胃肠蠕动,加快消化功能恢复;指导早期下床活动能够促进全身血液循环,预防压疮、下肢淤血等卧床并发症;联合多模式镇痛可稳定控制疼痛分值,减少患儿剧烈哭闹造成的切口牵拉,促进切口愈合。结合本次试验数据可充分证实,ERAS规范化护理能够有效缩短康复周期,降低各类不良事件发生概率^[7]。

3.3 临床应用现存问题

ERAS理念在基层医院小儿外科普及程度偏低,存在诸多限制性问题。部分基层医护人员护理理念固化,对加速康复外科的循证依据、操作规范认知不足,仍采用长时间禁食、术后长期卧床等保守方式,无法发挥ERAS优势。多数患儿家属缺乏专业知识,对早期进食、下床活动存在顾虑,担心切口开裂或病情加重,治疗依从性较差。目前国内小儿外科尚未形成统一、标准化的ERAS护理路径,不同病种及年龄段的干预标准缺乏明确规范^[8]。同时小儿个体差异明显,通用护理方案适配性不足,无法满足个性化康复需求,需进一步细化个性化干预流程。

3.4 临床优化应用对策

为提升ERAS理念在小儿外科的应用质量,需制定系统化优化对策。首先,加强医护人员专项培训,定期开展ERAS循证护理知识讲座,规范护理操作流程,转变传统固化思维。其次,强化术前家属沟通,用通俗语言讲解护理措施的科学性与安全性,列举成功案例消除顾虑,提高配合度^[9]。同时,结合手术类型、患儿年龄及身体耐受度制定差异化方案,区分婴幼儿与大龄儿童的进食时间和活动强度。此外,构建多学科协作干预模式,

联合医护、麻醉、康复等专业人员共同制定护理计划,完善术后随访监测机制,动态调整护理方案。

结束语

本文以80例小儿外科手术患儿为研究样本,对比分析加速康复外科护理与传统护理的临床效果。研究表明,ERAS理念通过优化术前、术中、术后全流程护理,能够有效降低患儿术后疼痛程度,缩短进食、下床及住院时间,减少腹胀、切口感染等并发症,提升家属护理满意度。该理念贴合小儿生理发育特征,安全性高、康复效果好。临床应持续推广ERAS护理模式,完善规范化护理路径,结合患儿个体差异制定个性化干预方案,为小儿快速康复提供可靠保障。

参考文献

[1]许秋燕.分析基于加速康复外科理念的人性化护理在小儿先天性食管裂孔疝修补术中的应用及对其睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(10):1878-1880.

[2]王婧婧,李昶梅,周雪蓉.加速康复外科理念在小儿腹腔镜阑尾切除围术期护理中的应用[J].当代护士(中旬刊),2021,28(7):51-54.

[3]郑巧丽,庄军霞,王春英.加速康复外科理念联合循

证护理在儿童围术期饮食中的应用效果分析[J].中外医疗,2022,41(28):174-178.

[4]方觅晶,史雯嘉,汤绍涛,等.加速康复外科护理在儿童机器人先天性胆总管囊肿根治术围术期的应用[J].机器人外科学杂志(中英文),2023,4(2):126-132.

[5]余云飞,苏宏亮,梁碧娟,等.基于加速康复外科理念的围手术期营养管理在先天性巨结肠患儿中的应用[J].妇儿健康导刊,2024,3(12):96-99,136.

[6]王晶,付晓丽,郑琴.整体护理联合加速康复外科理念在小儿尿道下裂修复术护理中的应用[J].妇儿健康导刊,2023,2(19):171-173.

[7]李伟,罗景初,胡海,等.加速康复外科理念联合机器人腹腔镜手术治疗小儿先天性胆管扩张症[J].临床小儿外科杂志,2025,24(8):758-763.

[8]刘淑萍,曾民富.术前麻醉准备在加速康复外科理念下小儿疝气手术中的应用[J].四川生理科学杂志,2025,47(6):1251-1253.

[9]王文美,邓洪强,熊泉清,等.加速康复外科理念在小儿先天性胆总管囊肿围手术期中的应用效果评价[J].中国临床新医学,2025,18(6):626-631.