

先天性巨结肠根治术患儿的围手术期护理

马红梅, 刘永艳

(首都儿科研究所附属儿童医院 普通新生儿外科, 北京, 100020)

摘要: 先天性巨结肠是病变肠壁神经节细胞缺如的一种肠道发育畸形, 是引起新生儿消化道梗阻的常见原因。大部分患儿可以通过一期巨结肠根治术获得痊愈, 同时高质量的围手术期护理干预对确保患儿手术顺利和术后康复意义重大。本文对先天性巨结肠根治术患儿的术前检查、肠道准备、术后肛周护理、营养指导、延续性护理干预等做一综述, 为提高先天性巨结肠根治术围手术期护理质量提供参考。

关键词: 先天性巨结肠; 根治术; 围手术期; 肠道准备; 营养指导; 延续性护理

中图分类号: R 726. 1 **文献标志码:** B **文章编号:** 2096-0867(2018)02-0009-03

Peri-operative nursing management of pediatric patients with radical excision for congenital Hirschsprung's disease

MA Hongmei, LIU Yongyan

(Department of General Pediatric Surgery, Children's Hospital
Affiliated to Capital Institute of Pediatrics, Beijing, 100020)

ABSTRACT: Hirschsprung's disease is a birth defect in which nerves are missing from parts of the intestine. The most prominent symptom of Hirschsprung's disease is constipation, and the treatment is generally by surgery to remove the affected section of bowel. The high-quality peri-operative nursing management is a key issue to improve the success of operation and postoperative rehabilitation. This paper reviewed the interventions on preoperative examination, bowel preparation, perianal care, nutrition guide and continuing nursing care, in order to improve the nursing quality for pediatric patients with radical excision for congenital Hirschsprung's disease

KEY WORDS: Hirschsprung's disease; radical excision; perioperative period; bowel preparation; nutrition guide; continuing nursing

先天性巨结肠是病变肠壁神经节细胞缺如的一种肠道发育畸形^[1], 发病率约为新生儿的 1/5 000, 位列消化道畸形的第 2 位。多数患儿可以通过一期巨结肠根治术获得痊愈。对于实施先天性巨结肠根治术的患儿, 术前进行结肠灌洗清除患儿肠道的粪便^[2], 术后正确的肛门护理、管道固定以及扩肛等^[3], 能降低在术后并发症发生风险, 加快患儿康复, 确保手术成功。本文对先天性巨结肠患儿围手术期护理措施做一综述, 旨在为规范临床实践和提高儿科护理质量提供参考。

1 先天性巨结肠流行病学特征

先天性巨结肠有家族性发病倾向, 近年国外报告家族性发生率为 4. 00%^[4]。先天性巨结肠

发病与基因结构异常有关, 基本病理变化包括: 结肠远段黏膜下及肌间神经丛中的神经节细胞缺如; 无神经节段的肠壁黏膜下层及肌间肥大胆碱能神经纤维增生, 形成所谓“肥大神经丛”结构^[5]。根据无神经节细胞延伸的范围可分常见型(占 70. 00% ~ 80. 00%)、短段型(占 0. 50%)、长段型(占 15. 00% ~ 20. 00%)、全结肠型(占 5. 00% ~ 10. 00%)和全肠型(罕见)^[6], 性别与病变类型有关, 短段型男女比例为 4. 2 ~ 5. 5: 1, 长段型男女比例为 1. 2 ~ 1. 9: 1^[7]。先天性巨结肠患儿肠壁肌间神经丛和黏膜下神经丛丧失蠕动功能, 常处于痉挛收缩状态, 粪便不能从结肠充分进入直肠, 亦不能激起正常的排便反射, 发生功能性肠梗阻^[8]。先天性巨结肠诊断主要依据临床表现、钡剂

灌肠、直肠肛管测压、直肠黏膜活检等,经典的巨结肠手术方式主要包括 Swenson、Duhamel、Soave 及 Rehbein 术等^[6,9-10]。随着微创医学的发展和腹腔镜技术的深入应用,经典直肠内拖出手术得到进一步改善,促成了如经肛门巨结肠根治术,或腹腔镜辅助经肛门巨结肠根治术等的应用^[11]。

2 围手术期护理

2.1 术前检查和鉴别诊断:巨结肠患儿主要临床表现为排便困难,严重时出现不全肠梗阻,合并肠炎后会发生局部及全身感染中毒性症状,出现巨结肠危象^[12],如不及时诊断与治疗,可危及患儿生命^[8]。除常规检查外,术前责任护士需要动态观察上述临床体征的变化,敏锐识别患儿发生巨结肠危象之前的早期征兆,配合医生采取有效的措施,以保证患儿能够按诊疗计划实施手术治疗。

2.2 术前肠道准备:规范的清洁灌肠能够有效地清除肠道内的积气、积粪,从而减轻腹胀,缓解肠管扩张段的张力,促进食欲,还可以减轻肠道炎症刺激及水肿,防止术中粪便污染,减少术后并发症^[13]。实施清洁灌肠要根据肛诊、肠镜或 X 线钡灌肠造影,详细了解病变部位高低、狭窄段长度及肠曲走向,正确估计肛管插入的深度^[14]。而对未明确诊断,生命体征不平稳、严重低蛋白血症患儿暂时不行回流灌肠^[15]。术前 10~14 d,给予患儿每日实施清洁洗肠,用 0.9% 氯化钠液回流灌肠 1 次,注意保持灌肠液出入量平衡,防止水中毒。灌肠液温度维持在 38~40℃,温度过高过低均可能损伤患儿肠黏膜。根据患儿体质量计算灌入量,按照 50~100 mL/kg 计算,灌肠总量 ≤100 mL/kg^[12, 14-16]。清洁灌肠过程中,患儿取仰卧位或截石位,充分暴露肛门部,选择型号合适或略粗的肛管,采用液状石蜡润滑前段^[17]。当肛管遇到阻力时说明碰到狭窄段,此时插管动作要轻柔,缓慢变换肛管的方向,若仍然无法顺利插入,可更换小号肛管或注入石蜡油,重新插管。当肛管通过狭窄段进入扩张段后,会出现明显脱空感觉,而且伴有粪便或者气体排出^[18],当灌肠管碰到肠壁时,可用注射器注入少量液体以冲开和扩张肠腔或改变进管方向^[19]。肛管插入后,用 20 mL 或 50 mL 注射器抽取生理盐水,冲灌后即让粪便由肛管流出或吸出粪便,切勿用清水或高渗盐水灌肠,防止水中毒或脱水休克,有粪石者每次清洁灌肠后给予液状石蜡保留灌肠^[16]。灌洗

过程中护理人员以全手掌按顺时针方向轻柔按摩患儿腹部,并上下左右轻微移动肛管,帮助粪便随灌肠液排出^[20]。灌肠结束后拔出前要观察患儿腹胀是否改善,如果无明显改善,应保留肛管,也可用虹吸方法促进灌入液体排出^[21]。手术前晚及术晨实施结肠灌洗各 1 次,洗至抽出液体无任何粪渣即可,腹部柔软呈舟状,并用 0.5% 甲硝唑 50 mL 保留灌肠,洗肠时注意保暖,尽量减少患儿身体暴露、防止受凉^[22]。

2.3 术后肛管及肛周的护理:患儿手术后常规在肛门处插入无菌肛管,患儿取仰卧位,两腿分开略外展,必要时用约束带固定双下肢,臀部用棉垫垫高,以免肛管与床单位摩擦导致过早脱落^[23]。责任护士每天观察肛周有无分泌物,用蘸有安多福消毒液的棉签擦拭,红外线照射肛门及周围皮肤,保持局部干燥,照射灯距为 30~50 cm。照射时应有专人看护,3~5 d 后拔除肛管^[24]。肛管拔除后,由于手术后肛门括约肌松弛,大便次数增多,避免排泄物长时间浸泡,污染肛门,应用生理盐水棉球随时清洁肛门,保持肛周清洁干燥。发生臀红,及时涂抹鞣酸软膏或氧化锌保护皮肤^[23-24]。

2.4 营养供给:患儿因自身疾病导致营养状况差,加之手术后禁食、手术创伤等,应加强营养。拔出胃管后,观察患儿若无呕吐,排便排气顺利,腹部平软,肠鸣音正常时,先尝试进食少量葡萄糖水或白开水,若无腹胀、呕吐等不良反应,可开始进少量半流质饮食,食物以高热量、高蛋白、高维生素的少渣饮食为主,少量多餐,并逐渐过渡到正常喂养。喂奶的患儿喂奶需耐心细致,喂奶后抬高患儿床头,头偏向一侧,以免呕吐致窒息或误吸。

3 延续性护理指导

3.1 注重肛门功能恢复、提高患儿生活质量:先天性巨结肠手术采取正确、有效的扩肛方法,可有效的刺激肠蠕动,增强肠蠕动功能的恢复,提高患儿生活质量。术后 2 周可以开始扩肛,操作前需依据患儿年龄来选择扩肛器大小,逐渐增大扩肛器的型号。扩肛器前端涂液体石蜡,患儿取平卧位,经肛门顺直肠生理弯曲度轻柔插入,避免肛门出现撕裂出血。前 3 个月时 1 次/d,30 min/次,每 2 周加大 1 个型号;第 4 个月开始隔 1 d 扩肛 1 次,第 5 个月开始每周扩肛 2 次,第 6 个月每周扩肛 1 次。扩肛中患儿会排便、排气,切记不要拔出扩肛器,可继续操作。每日扩肛时间应统一固定,

每次扩肛后嘱家属抱起患儿准备排大便,促进形成条件反射,训练排便习惯,改善排便功能,提高患儿远期生活质量。

3.2 制定健康教育计划、提供术后生活指导:护士首先进行示范,并向家长逐项讲解扩肛治疗的操作方法、注意事项、技巧、力度,家长按要领进行实际操作,护士及时纠正家长的错误操作,指导家长保持患儿肛周及会阴部皮肤清洁干燥,防止肛周感染^[16],训练患儿定时排便,建立排便反射。教会家属观察患儿排便情况,按时扩肛。嘱患儿家属不要让患儿暴饮暴食,多吃水果、蔬菜和粗纤维食物,少吃辛辣刺激的饮食,注意饮食卫生,防止腹泻^[16]。定时到医院复查。

4 小结

先天性巨结肠目前多主张行经肛门巨结肠根治术。围手术期护理主要包括术前进行结肠灌洗,以清除患儿肠道的粪便;术后正确的管道固定、肛门护理、营养支持、并发症的预防以及扩肛训练等,降低术后并发症风险,减轻患儿痛苦,促进康复。随着家长对护理要求的不断提高,不仅对患儿身体方面,对患儿心理方面的护理干预也将会被重视,但目前关于心理护理方面的资料尚少,患儿心理护理可成为下一步研究的重点。

参考文献

- [1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 498-499.
- [2] 杨敏,胡丽君,徐启贵. 婴幼儿先天性巨结肠术前灌肠效果的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(1): 12-14.
- [3] 李雪莹,韩枫,胡晓云. 156 例小婴儿先天性巨结肠围手术期护理干预[J]. 中国医科大学学报, 2013, 42(1): 89-90.
- [4] KAPUR R P. Practical pathology and genetics of Hirschsprung's disease. [J]. Semin Pediatr Surg, 2009, 18(4): 212-223.
- [5] 吴晓娟,冯杰雄. 先天性巨结肠的诊断和治疗[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2011, 26(11): 894-896.
- [6] 中华医学会小儿外科学分会内镜外科学组. 腹腔镜先天性巨结肠症手术操作指南(2017 版)[J]. 中华小儿外科杂志, 2017, 38(4): 247-254.
- [7] 张金哲,孙宁,倪鑫,等. 张金哲小儿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013: 1078-1085.
- [8] 朱莹莹,张春霞. 先天性巨结肠的围手术期护理体会[J]. 中国实用医药, 2013, 8(29): 184-185.
- [9] SHARMA S, GUPTA D K. Hirschsprung's disease presenting beyond infancy: surgical options and post-operative outcome [J]. Pediatr Surg Int, 2012, 28(1): 5-8.
- [10] WILKINSON D J, EDGAR D H, KENNY S E. Future therapies for Hirschsprung's disease [J]. Semin Pediatr Surg, 2012, 21(4): 364-370.
- [11] TANG S T, WANG G B, CAO G Q, et al. 10 years of experience with laparoscopic-assisted endorectal Soave pull-through procedure for Hirschsprung's disease in China [J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2012, 22(3): 280-284.
- [12] 阎大益. Ikeda-soper 术治疗小儿先天性巨结肠疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(20): 2245-2246.
- [13] 王智超,胡丽君,陈希容,等. 先天性巨结肠患儿应用标准化回流灌肠的效果观察[J]. 护理研究, 2014(19): 2369-2370.
- [14] 李雪清,朱伟雄,肖勇,等. 护理干预对小儿先天性巨结肠根治术疗效的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(2): 195-197.
- [15] 耿苏苏,徐丽霞,刘瑾,等. 标准化回流灌肠在新生儿巨结肠中的应用效果与护理措施[J]. 西部医学, 2015, 27(7): 1085-1087.
- [16] 汤勤丽,张桂辉,李正梅,等. 围术期护理干预在行先天性巨结肠根治术患儿中的应用[J]. 护理研究, 2015, 29(12C): 4543-4545.
- [17] 陈蔚,陆沈燕. 先天性巨结肠患儿的临床护理难点分析及对策[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2014, 10(3): 97-99.
- [18] 闫秀兰,曾庆玲,蒋中华,等. 临床护理路径在先天性巨结肠患儿术后护理中的应用[J]. 护理研究, 2015, 29(12C): 4599-4600.
- [19] 蒋维铭. 新生儿腹腔镜下先天性巨结肠根治术日回流灌肠及留置肛管的方法[J]. 全科护理, 2014, 12(32): 2987-2988.
- [20] 朱丹,郭先娥,胡露红. 结肠回流灌洗联合药物保留灌肠用于巨结肠根治术后患儿[J]. 护理学杂志, 2011, 26(4): 28-29.
- [21] 李娟,郝爱琴,魏海玲. 先天性巨结肠灌肠护理心得[J]. 中国实用医药, 2015, 10(19): 270-271.
- [22] 骆如香,徐玲,苏庆娇,等. 经肛门先天性巨结肠根治术围手术期的护理[J]. 结直肠肛门外科, 2010, 16(1): 54-55.
- [23] 张俊霞,张晓红,贾禹. 先天性巨结肠经肛门一期结肠拖出根治术 26 例围术期护理[J]. 中国医学创新, 2011, 8(7): 87-88.
- [24] 朱洪琪,穆传红. 经肛门一期 Soave 术治疗婴幼儿先天性巨结肠的围术期护理[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(18): 141-142.

(本文编辑:黄磊)