

腹腔镜辅助下小儿巨结肠改良 Soave 术围术期的护理

张金琴, 蔡久英, 李炳

(淮安市妇幼保健院小儿外科, 江苏淮安, 223002)

[摘要] **目的** 总结腹腔镜辅助下改良 Soave 术治疗先天性巨结肠患儿的护理经验, 以提高护理质量。**方法** 做好患儿心理护理、完善术前准备、术后加强营养支持、会阴护理等。**结果** 66 例患儿治愈出院, 1 例患儿家长放弃治疗。**结论** 手术前后全面专业的护理是保证腹腔镜辅助改良 Soave 术成功的关键。

[关键词] 腹腔镜; 改良 Soave 术; 先天性巨结肠; 围手术期护理

[中图分类号] R473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2014)11-0038-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.11.011

Perioperative nursing of patients with Hirschsprung's disease after laparoscopic-assisted improved Soave operation

Zhang Jinqin, Cai Qiuying, Li Bing//Modern Clinical Nursing, -2014, 13(11):38.

[Abstract] **Objective** To summarize the experience of perioperatively nursing patients with Hirschsprung's disease after laparoscopic-assisted improved Soave operation to improve nursing experience. **Method** Psychological nursing to both patients and their families, well-planned preoperative preparation, postoperative nutritional support and perineal nursing were done. **Result** Sixty-six patients got recovered and discharged except one who quitted treatment. **Conclusion** Careful nursing before and after operation is critical for the prevention of complications and successful manipulation of laparoscopic-assisted improved Soave operation.

[Key words] liaparoscope; improved Soave operation; Hirschsprung's disease; perioperative nursing

先天性巨结肠又称为肠道无神经节细胞症, 是小儿外科临床较常见的一种消化道畸形疾病, 发病率为 0.26%^[1]。近 10 多年, 腹腔镜技术在小儿外科得到了广泛的推广, 逐渐代替常规的手术, 成为先天性巨结肠根治术的主流手术, 做好围手术期护理对保证手术成功具有重要意义^[2-3]。选择本院 2009 年 3 月~2013 年 3 月采用腹腔镜辅助下改良 Soave 术治疗先天性巨结肠 67 例, 取得较为满意的临床效果, 现将围手术期护理经验报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2009 年 3 月~2013 年 3 月采用腹腔镜辅助下改良 Soave 术治疗先天性巨结肠 67 例, 男 45 例, 女 22 例, 年龄 3 个月~12 岁, 中位数 22 个月。疾病类型: 超短段型 5 例, 短段型 26 例, 常见型 27 例, 长段型 7 例, 全结肠性巨结肠 2 例。

[收稿日期] 2014-09-12

[作者简介] 张金琴(1969-), 女, 江苏淮安人, 副主任护师, 本科, 主要从事外科护理工作。

1.2 手术方法

术晨禁食、置胃管, 术前晚及术晨各给予回流灌肠 1 次, 术前半小时给予半量抗生素。全部患儿均采用气管插管全麻后, 臀部垫高, 常规消毒铺巾, 包裹双下肢, 置导尿管, 经脐孔作 5 mm 纵行切口, 开放式进入腹腔后置入 5 mm Trocar, 建立 6~12 mmHg CO₂ 气腹, 放入腹腔镜先探查腹腔, 随后在腹腔镜的引导下分别于左上腹、右上、下腹各戳孔置入 5 mm 的 1 个 Trocar, 左上腹置入 5 mm 的无损伤抓钳用于展开结肠系膜, 在腹腔镜显示下确定痉挛段、移行段、扩张段的位置, 右上腹放入无损伤抓钳一把, 固定结肠, 右下腹放入剪刀, 分别在痉挛段和移行段近端剪取 0.5 cm × 0.5 cm 的浆肌层, 送快速冰冻病理切片, 确定切除肠管范围。确诊后助手用无损伤抓钳向左外、上方提起结肠, 充分显露结肠系膜, 用电钩或超声刀在系膜无血管区打通后, 紧贴肠壁分离切断系膜血管的三级弓及部分近端肠管的二级弓, 保证所切除肠管近端无张力拖至盆腔。7 例长段型的病例均分离脾结肠韧带和结肠脾曲, 2 例全结肠性巨结肠均

在腹腔镜下完成所有结肠的游离。分离盆腔,确保输尿管、卵巢的营养血管、精索不受损伤,确保结肠能在无张力的情况下拖至肛门口进行吻合,检查创面无明显活动性出血,暂时解除气腹。手术移至会阴,肛门稍加扩张后缝牵引线 8 针,于直肠黏膜下注射 1:200000 肾上腺素生理盐水,于齿状线上 0.5~1 cm 处环形切开直肠黏膜,近端切缘缝牵引线 12~16 根,向下牵拉同时向上分离,前壁仅剔除结肠黏膜,后壁切除结肠全层,当黏膜与肌鞘间出现套叠状且向下牵拉比较游离时,黏膜上环形切开肌鞘即进入腹腔,将游离的结肠和直肠黏膜从外括约肌肌鞘内拖出,根据快速冰冻切片结果切除病变肠管,重建气腹,检查证实拉下的结肠无张力、无扭曲、腹腔内无出血,无内疝。近端结肠的浆肌层与直肠肌鞘固定 4 针,将全层与齿状线上直肠黏膜切口用 5~0 PDS 线作间断缝合或连续缝合,留置肛管。完成结肠直肠吻合后,解除气腹,排出腹中的 CO₂,拔除 Trocar。

2 结果

67 例患儿均在术后第 2 天开始进食少量流质饮食并逐渐过渡至正常饮食,24~48 h 拔除肛管。1 例患儿术后 15 d 时经肛门指检发现腹膜反折处有一狭窄环予以强力扩张而治愈;1 例患儿切口反复裂开,肠管回缩,家长放弃治疗,3 例患儿术后 5 个月随诊发现吻合口狭窄,经扩肛治疗 1 个月逐渐痊愈。1 例直肠后间隙感染经切开引流后治愈。1 例术后早期出现直肠阴道瘘,经对症治疗后 3 个月好转。4 例术后早期轻度腹胀、便秘,经间断性开塞露灌肠及指导培养排便习惯后好转。8 例有少量非自主排出体外的粪便,2 年内症状消失。

3 护理

3.1 术前护理

3.1.1 做好患儿及家长心理护理 术前护士耐心地用通俗易懂的语言向患儿及其家长介绍腹腔镜治疗目的,术后可能出现的并发症及处理方法等。发放图文并茂的科普手册,使家长及年长患儿了解腹腔镜手术的方式、优点、特点及手术前后配合的注意事项,特别是对腹腔镜术后疼痛轻,美容效果佳,术后并发症少等优点做介绍。介绍同病种

病例的手术效果,调动家长 and 患儿的积极性,增强其战胜疾病的信心,积极配合治疗护理。本组患儿家长及年长患儿均能配合治疗和护理。

3.1.2 胃肠道、皮肤准备 术前 2 周开始给予回流灌肠 1 次,对腹胀严重、年龄较大的患儿可以每天进行 2 次回流灌肠。术前禁食 12 h,禁水 6 h,并向家长讲解禁食、禁水的重要性,以防家长心疼患儿而喂食。术前晚及术晨温盐水回流灌肠各 1 次,给予 0.2% 甲硝唑注射液 30~50 mL 保留灌肠,术晨留置胃肠减压管。清洁回流灌肠是术前准备的关键,在进行结肠灌洗前先根据病变类型确定肛管插入深度,患儿取截石位,抬高臀部 5~10 cm,将已备好的肛管头端涂润滑油,然后顺骶骨弧度略偏左轻柔地插入肛门。当患儿腹压下降时继续推进肛管,缓慢通过狭窄段,其深度根据病变部位高低而定。经过扩张段前痉挛段时有轻微的阻力,阻力消失后,即有大量奇臭的气体和潴留粪便喷出,说明已到达扩张段的肠腔。此时可用 50 mL 注射器抽吸等渗盐水 50 mL 反复冲洗,水温 38~40℃,每天灌洗 1 次,每次用量为 100~150 mL/kg^[4],注入液量小于或等于吸出液量。在灌肠过程密切注意患儿反应,严密观察其面色、心率、脉搏,注意其大便颜色、精神状态,同时应注意保暖,以免受凉。术前 1 d 做好腹部皮肤清洁,特别要注意脐部,以棉签蘸石蜡油将脐孔内的污垢彻底清洁,再用碘伏棉签擦拭数次。

3.2 术后护理

3.2.1 营养支持 维持 24 h 液体量,合理安排输液顺序、输液速度,术后第 2 天拔除胃管,给予少量饮水,无呕吐再进流食,观察有无腹胀及大便颜色,根据患儿情况及医嘱适当进食,少量多餐,循序渐进,饮食富含高蛋白、高热量,且清淡易消化,保证足够的摄入量。

3.2.2 会阴护理 患儿每次排便后肛门局部用温水棉球和 0.25% 的碘伏棉球进行清洁护理,创面使用氧化锌软膏涂敷,并用微波治疗仪局部照射 1 周,每日 1~2 次,促进局部血液循环,利于切口愈合,减少感染发生。本组 6 例患儿因大便次数频繁、皮肤娇嫩,出现肛周皮肤红肿,经加强护理、局部涂护臀软膏转为正常。

3.2.3 舒适护理 在给患儿进行治疗护理操作时,

尽量在其清醒状态下进行,根据患儿的活动规律、睡眠周期、治疗护理需要、喂养需要等来制订治疗护理计划,尽量为患儿提供充足的睡眠时间,满足他们的心理和生理舒适的需求。抚触能减轻机体对刺激的应激反应,使患儿睡眠节律好,醒后哭闹少、表情愉悦^[6]。本组 42 例患儿由于不会用语言表达出自己的痛苦,他们表达的方式是哭闹,教会家长根据情况及时满足宝宝需求。术后给患儿做抚触,每日 1~2 次,每次 10~15 min,以缓解患儿的疼痛及不适,减少哭闹,减少术后并发症,促进创口愈合。

3.2.4 并发症护理 术后出血、感染、肩痛、吻合口瘘是最常见的并发症^[7-8]。术后患儿排便次数会明显增多,注意观察大便的量及性质,如有脓血便伴有腥臭味,考虑是否发生吻合口瘘^[5],及时报告医师进行相应处理。术后前 2 d 护士每 30 min 巡视 1 次,观察伤口有无渗血、引流管是否通畅,如有呼吸和心率加快,血压下降等,及时观察伤口有无渗血、渗液,并通知医生给予处理。以后根据医嘱决定巡视次数,特殊情况随时进行观察。42 例患儿肩痛等不适但不会表达,做好预防护理尤其重要,术后平卧 6 h 后给患儿采取垫枕平卧位或头低脚高位(下腹或下肢抬高 20~30°)术后 1~2 d 拔除肛管后可根据患儿情况采取半卧位或自由体位^[9],术后 3 d 责任护士按从上到下的顺序局部按摩患儿肩背部、季肋部,按摩的目的是通过肩背部、季肋部肌肉的主动收缩与舒张,促进局部血液循环,促进残余蓄积的 CO₂ 的吸收,从而减少术后肩背部和季肋部疼痛的发生。术后第 8 天开始缩肛运动训练,年幼患儿可由家属用手指轻柔触摸肛门处,可引起肛门反射性收缩,耐心教会年长患儿缩肛训练,以锻炼括约肌功能,早晚各训练 1 次,每次 20~30 遍^[10]。本组 1 例术后第 4 天出现直肠阴道瘘,给予抗生素抗感染及 0.5% 聚维酮碘消毒会阴及肛门,粪瘘术后 2 周开始逐渐减少,术后 3 个月阴道内近期无粪便排出。1 例出现直肠后间隙感染,给予切开引流 10 d 后治愈。

3.3 出院指导

3.3.1 扩肛方法 扩肛可防止肛门狭窄,也可刺激排便,有利于结肠排空。本组有 3 例患儿出院后未严格进行扩肛,出现吻合口狭窄,因此做好扩肛方法的宣教对患儿的治疗效果具有重要意义。教

会家长正确掌握扩肛技术,术后 2 周开始扩肛,嘱家长用扩肛器进行扩肛,根据患儿年龄采用不同型号的扩肛器,动作轻柔,每次 15~20 min,1 次/d,逐渐扩至 16 号扩肛器,直至吻合口柔软为止。两次扩肛的间隔期根据松紧感觉而定,坚持 3~6 个月。并向家长讲述扩肛手法、要点、重要性,切记不能因为患儿哭闹而中断。

3.3.2 排便训练 扩肛的同时要训练患儿定时排便习惯,排便时间一般选择在早饭或晚饭后,每日 1~2 次,每次嘱患儿坐便盆排便 10 min,不管是否排便均按时终止。告知家长注意保持患儿肛周清洁,如有排便困难、腹胀、腹泻、发热等情况,及时就诊。

3.3.3 提供心理咨询、家庭康复护理指导 良好的心理状态是先天性巨结肠术后康复的关键。与家长及年长患儿通过语言或文字的交流(电话、短信、QQ 群),帮助解决相关问题,指导家长排解不良情绪,减轻其对患儿心理的影响,协助患儿养成良好的行为习惯,建立良好的人际关系^[11]。

4 小结

腹腔镜技术是现代高科技与传统外科技术的结合,具有创伤小、出血少、手术视野清晰,术后疼痛轻、肠功能恢复快、减少肠粘连、缩短住院时间、减少并发症的发生。腹腔镜辅助下改良 Soave 术治疗先天性巨结肠能彻底解除括约肌痉挛,不损伤肛门外括约肌,保持控便能力,手术更具合理性和安全性。术前充分的肠道准备、术后妥善的护理措施是保证手术成功及预防术后并发症的关键,与家属的良好沟通使治疗和护理能更好地、有效地执行,有利于构建良好和谐的护患关系。

参考文献:

- [1] 王夫.先天性巨结肠症[M]//李正,王慧贞.实用小儿外科学.北京:人民卫生出版社,2001:797-798.
- [2] Li B, Chen WB, Wang SQ, et al. Laparoscopy-assisted surgery for neonatal intestinal atresia and stenosis: a report of 35 cases[J]. *Pediatr Surg Int*, 2012, 28 (12):1225-1228.
- [3] Van de Ven TJ, Sloots CE, Wijnen MH, et al. Transanal endorectal pull-through for classic segment Hirschsprung's disease: With or without laparoscopic mobilization of the rectosigmoid? [J] *J Pediatr Surg*, 2013, 48(9):1914-1918.