

分为满意,80~89 分为基本满意,≤79 分为不满意。出院当天由责任护士发放,由患儿家属无记名填写后交回,均为有效问卷。③统计两组术毕回病房至进食时间、术后住院天数。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 进行数据录入和分析,行 *t* 检验、 χ^2 检验、秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组进食后 6 h 内呕吐、腹胀及哭闹发生率比较 见表 2。

表 2 两组进食后 6 h 内呕吐、腹胀及哭闹发生率比较
例(%)

组别	例数	呕吐	腹胀	哭闹
对照组	231	10(4.33)	6(2.60)	153(66.23)
观察组	247	9(3.64)	7(2.83)	56(22.67)
χ^2		0.147	0.025	92.055
<i>P</i>		0.702	0.847	0.000

2.2 两组术毕回病房至进食时间、术后住院时间比较 见表 3。

表 3 两组术毕回病房至进食时间、术后住院时间比较
 $\bar{x}\pm s$

组别	例数	术毕回病房至 进食时间(h)	术后住院 时间(d)
对照组	231	7.05±0.45	4.87±1.61
观察组	247	3.16±0.53	3.52±1.50
<i>t</i>		86.213	9.490
<i>P</i>		0.000	0.000

2.3 两组家属满意度比较 对照组满意 61 例、基本满意 117 例、不满意 53 例;观察组满意 112 例、基本满意 126 例、不满意 9 例,两组比较, $Z=6.015,P=0.000$,差异有统计学意义。

3 讨论

3.1 患儿术后早期进食水不会增加腹胀、呕吐的发生 腹腔镜技术较常规开放手术有明显的优势^[1],但也存在相应的问题^[2-3],其中因肠道功能仍受抑制,为防止呕吐等并发症的发生,麻醉苏醒 6 h 后进食的护理常规沿袭至今;再加上手术量大、接台手术等限制因素,医生往往无法确定手术所需具体时间,常导致患儿围术期禁食禁水时间长达 12~23 h。长时间禁食禁水,患儿生理和心理创伤应激反应增加,舒适需求无法得到满足。随着 ERAS 理念的兴起和发展,越来越多的学者,开始寻找早期进食水在儿童患者中应用安全性和益处的证据。ERAS 协议倡导利用早期口服喂养来避免代谢失衡,欧洲麻醉协会亦建议术后尽早进食以减少恶心呕吐的发生^[4,13-14],此为婴幼儿腹腔镜术后早期进食提供了有力的理论基础。本研究结果显示,早期进食水的患儿腹胀呕吐发生率与对照组比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。与覃倩

等^[15]对骨科学龄前儿童全麻术后早期进食水安全性和可行性的研究结果类似。值得注意的是,责任护士在围手术期,需发挥主导作用,通过口头宣传、图片、微信小视频等方式,反复对患儿家属进行术后进食种类、量的健康教育,确保其完全理解及合作良好;期间密切观察患儿有无不适反应。

3.2 患儿术后早期进食水可降低哭闹率,缩短术后住院时间,提高满意度 长时间禁食禁水,给患儿带来生理和心理上的双重不满足感,术后易出现强烈饥饿、烦躁、哭闹的情绪,导致家属焦虑加重,容易引起医患纠纷。术后早期进食,作为 ERAS 的核心元素之一,在儿科手术中的研究正逐步增加,越来越多的研究关注到术后早期恢复饮食现有的或潜在的益处。本研究结果显示,早期进食水的患儿,哭闹率、术后住院时间显著低于对照组,家属满意度显著高于对照组(均 $P<0.01$),提示术后早期进食水,能缓解饥饿,使患儿生理满足、心理舒适,减少哭闹,有利于降低家长的焦虑,有助于获得家长更多的信任与合作,为患儿术后早期康复起到良好的推动作用;缩短住院时间,家属满意度进一步得到提高,此与阮红霞等^[16]对缩短咽喉部手术患儿术后禁食禁饮时间的研究结果一致。但在本研究观察组中仍有 9 例患儿家属满意度<80 分,分析其原因,可能是家属对住院环境、医护人员的服务态度要求相对较高,对此,需加强病房环境管理,保持病房的安静、舒适、整洁、美观,同时加强护理人员业务素质和内涵的培养,提高护理服务质量和水平。

4 小结

本研究显示,婴幼儿腹腔镜术后早期进食水安全、有效,在未增加并发症风险的前提下提高患儿舒适度,缩短住院时间和家属满意度;亦提高了病床周转率,促进了医疗资源服务更大化。本研究的局限性:实施过程未实施盲法,可能存在一定的偏倚。今后可采取随机对照与盲法相结合的多中心、大样本研究,以探究更具说服力的实证,为针对性干预提供依据。

(致谢:本文承蒙复旦大学附属儿科医院赵永信老师的指导,特此致谢!)

参考文献:

[1] Szavay P O. Applications of laparoscopic transperitoneal surgery of the pediatric urinary tract[J]. Front Pediatr.2019,7: 29.

[2] 李变,张玉侠,陈劼.择期手术患儿术前禁食禁饮的研究进展[J]. 护理学杂志,2012,27(16):89-91.

[3] Dennhardt N, Beck C, Huber D, et al. Impact of preoperative fasting times on blood glucose concentration, ketone bodies and acid-base balance in children younger than 36 months[J]. Eur J Anaesthesiol, 2015, 32(12): 857-861.

[4] 中华医学会外科学分会,中华医学会麻醉学分会.加速

康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J]. 中国实用外科杂志,2018,38(1):1-20.

[5] 李索林.快速康复外科理念在小儿腔镜外科中的应用[J].临床小儿外科杂志,2015,14(5):353-356.

[6] Lee T, Kang S, Kim D, et al. Comparison of early mobilization and diet rehabilitation program with conventional care after laparoscopic colon surgery:a prospective randomized controlled trial[J]. Dis Colon Rectum,2011, 54(1):21-28.

[7] 张灵伟,张红玲,丰小庆.妇科腹腔镜术后患者早期进食的可行性分析[J].齐鲁护理杂志,2020,26(8):56-58.

[8] 谭梦菲.腹腔镜围手术期快速康复护理在阑尾炎患儿中的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(18):3422-3423.

[9] 谈蕴璞,李乐,余家康.加速康复外科在3D腹腔镜辅助下治疗儿童胆总管囊肿的临床应用[J].中华小儿外科杂志,2019,40(5):447-451.

[10] 单晓敏,蒋伟红,诸纪华,等.加速康复理念下围手术期患儿饮食方案的制订及应用研究[J].中华护理杂志,2019,54(11):1621-1625.

[11] American Society of Anesthesiologists Task Force. Prac-

tice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration:application to healthy patients undergoing elective procedures[J]. Anesthesiology,2017,126(3):376-393.

[12] 袁凯涛,石汉平.《欧洲临床营养和代谢学会指南:外科临床营养》解读[J].中国实用外科杂志,2017,37(10):1132-1134.

[13] Smith I, Kranke P, Murat I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology[J]. Eur J Anaesthesiol,2011,28(8):556-569.

[14] 中华医学会肠外肠内营养学分会.加速康复外科围手术期营养支持中国专家共识(2019版)[J].中华消化外科杂志,2019,18(10):897-902.

[15] 覃倩,王志稳,董秀丽.骨科学龄期儿童全麻术后早期进食进水的研究[J].中华护理杂志,2018,(4):399-403.

[16] 阮红霞,耿力,胡翠红,等.缩短全麻下咽喉部手术患儿术后禁食禁饮时间研究[J].护理学杂志,2012,27(12):40-41.

(本文编辑 王菊香)

婴幼儿颌面部舌体多发淋巴管畸形经皮硬化治疗的护理

卢琦,刘婷

Nursing care of an infant undergoing percutaneous sclerotherapy for multiple lymphatic malformations of the tongue and maxillofacial region Lu Qi, Liu Ting

摘要:对1例婴幼儿颌面部及舌体多发淋巴管畸形行经皮硬化术治疗患儿,实施全方位精心护理,患儿病情好转,顺利出院,随访满意。提出术前做好口腔准备,预防感染;术后冲洗消毒创面、减轻舌体疼痛和出血,预防流涎造成的皮肤损害和病灶肿胀引起的窒息;加强营养管理、特殊药物护理和后期吞咽功能训练是其护理重点。

关键词:淋巴管畸形; 经皮硬化术; 口腔护理; 皮肤护理; 用药护理; 康复训练

中图分类号:R473.72 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.04.034

淋巴管畸形是一种先天性脉管病,发病率为0.25%~0.5%^[1],大多在出生时或1岁以内发病,好发于头颈部、腋窝、纵隔和腹膜后等与胚胎淋巴管形成密切相关的部位^[2]。2019年8月,我科收治1例颌面部及舌体多发淋巴管畸形患儿,拟行影像引导经皮硬化手术治疗。患儿年龄小、病变范围大,牵连组织多,具有浸润生长特征,麻醉耐受性差,给手术及围术期护理都带来巨大难度。对此,本病区针对患儿病情及手术情况,列出护理难点和重点、制订综合性护理措施,使患儿顺利完成手术,好转出院。护理要点报告如下。

1 临床资料

男,2岁。因“颌下及舌部肿物8月余”于2019年

8月入院。8个月前舌面有多发颗粒状凸起,无恶心、呕吐、无呼吸困难等症状,之后患儿颌下肿物变硬,行B超检查显示颌下积液,为行进一步诊治就诊于我院。入院专科查体:颌下可见质韧肿物,边界不清,约3.0 cm×4.0 cm,局部可触硬结,右侧颌下为著,皮温不高,触痛(一),活动性一般,双颈部可触及肿大淋巴结。舌体肿大,可见多发颗粒样凸起,部分颗粒呈青紫色。行磁共振检查:颌面部及舌体淋巴管畸形。入院后第3天在全麻下行“影像引导经皮硬化术”,在超声及DSA引导下多点多角度经皮穿刺肿物抽液(颌下抽出淡黄色不凝液体2 mL,舌体抽出淡黄色不凝液体1 mL)后注射少量造影剂,示造影剂在瘤内呈多个不规则小囊分布。在超声及DSA透视监视下向颌下经皮注射博来霉素0.1万U、向舌体经皮注射聚桂醇6 mg及博来霉素0.1万U进行硬化治疗。完成后摄片,弥散均匀,术中顺利,用时45 min。术后患儿舌体出血、肿胀、疼痛,舌面出现厚痂,1.3 cm舌体不

作者单位:山东大学齐鲁儿童医院介入医学科(山东 济南,250022)

卢琦:女,本科,护士

通信作者:刘婷,123110435@qq.com

收稿:2020-09-22;修回:2020-11-10

可纳入口,不能经口进食,潜在营养不良,颈部皮肤受潮湿因素影响,易发生感染,病灶肿胀压迫呼吸道。术后给予静脉滴注磷酸肌酸 0.5 g,2 次/d,维生素 C 1.0 g、维生素 B6 0.1 g,1 次/d,前列地尔 10 μ g,1 次/d。经精心护理,患儿舌体无明显外凸及肿胀,营养良好,皮肤完好,未发生窒息,未发生药物不良反应,体温正常。住院 13 d 出院。出院时患儿口腔黄色分泌物减少,舌体红润,出现舌苔,结痂,0.3 cm 舌体不可回纳入口,可经口进食;存在流涎。告知家属保持颈部皮肤清洁干燥。出院后 1 周复诊,患儿口腔分泌物明显减少,舌体肿胀减轻,厚痂脱落,溃疡愈合,可经口进食半流质食物,家长满意。随访 6 个月,6 个月后患儿口腔内无异常分泌物,无厚痂,无溃疡,舌体红润,可完全回纳入口,无流涎,颈部皮肤完好。

2 护理要点

2.1 术前口腔准备 患儿舌体有较多米粒样大小、色微黄的淋巴滤泡。为保持口腔清洁、避免术前出现口腔感染,指导患儿每次进食后饮水,减少食物残渣;给予口腔护理,2 次/d。具体操作:①操作前由责任护士与患儿家长沟通,询问患儿喜好,用 iPad 播放其喜爱的动画片,吸引患儿注意力。②将患儿床头抬高 15~30°,由家长协助护士约束患儿,将患儿头偏向播放动画视频一侧,用 4.5 号头皮针去掉针头自制成冲洗连接管,接 20 mL 注射器,抽取 2%复方氯己定含漱液,从不同方向对牙面、颊部、舌面反复冲洗;辅助护士从对侧嘴角使用 20 mL 注射器连接自制冲洗管抽吸液体,直至液体澄清,操作过程中应避免误吸。患儿术前未出现口腔感染和口腔相关并发症。

2.2 术后舌体护理 术后当天舌面持续渗血、舌体肿胀、疼痛、张口受限、不能经口进食,使用疼痛评估量表(FLACC)评估疼痛评分 8 分,给予口腔冲洗,2 次/d,方法同术前。冲洗液由 0.9%氯化钠溶液与酸性氧化电位水按 1:1 比例配置 20 mL,加入维生素 B12 1 mg、2%盐酸利多卡因注射液 60 mg^[3]。其中维生素 B12 可软化口腔厚痂、2%盐酸利多卡因缓解口腔疼痛,且具有持续时间长、不良反应小及黏膜穿透力强等优点,从而改善张口受限,恢复经口进食;同时,复合冲洗液中酸性氧化电位水中含有活性炭、氯等物质,能够与病原微生物中的氨基酸发生特异反应起到杀菌作用^[4],酸性氧化电位水还能促进伤口肉芽生长,缩短伤口愈合时间^[5]。冲洗后,先用干棉棒擦拭清理舌体剩余分泌物,然后蘸取康复新液擦拭舌面,待干,向患儿舌体喷洒外用重组牛碱性成纤维细胞生长因子促进伤口愈合;喷洒时注意少量多次操作,每次用量为 3 mL,避免误吸;最后给予矛头蝮蛇血凝酶粉末 2 U 均匀涂抹于舌面,减少舌面出血。术后第 3 天口腔冲洗时舌体有黄色分泌物自舌底流出,患儿口腔内恶臭减轻,舌体发黄;术后第 5 天口腔冲

洗时,舌体有少量出血,舌体变硬,颜色略黑,责任护士评估患儿 FLACC 疼痛评分 3 分,疼痛好转。术后第 7 天患儿肿胀明显好转,舌体发痒,舌面出现结痂,患儿伸手抓挠舌体,口腔护理改为冲洗液冲洗口腔后,给予康复新液湿敷 30 min。术后第 10 天,舌苔出现结痂,舌体红润,0.3 cm 舌体未回纳入口。

2.3 术后流涎及皮肤护理 婴幼儿的皮肤较成人角质层薄,角质细胞小,皮肤屏障功能弱,皮肤的水合能力还不完善,角质层中含有较多的水分和较少的天然保湿因子等,这些特点使婴幼儿更容易产生各种皮肤问题,尤其是面颊部皮肤 pH 值显著高于成人,导致皮肤易出现继发性损害^[6],若长时间浸水或处于潮湿的状态下,皮肤质地变软会形成皮炎,表现为水肿、红斑、散在点状出血,或产生表皮发白、起皱,浸渍处皮肤容易剥脱,形成糜烂或继发感染。患儿术后舌体肿胀、舌部运动障碍以及口唇闭合困难,导致口腔对唾液的控制能力减弱,产生流涎症状,长时间大量流涎使下颌部、口面部及颈部褶皱处皮肤处于潮湿状态。为避免发生皮肤浸渍并发症,全麻术后,协助患儿取去枕平卧位,将患儿头偏向一侧,及时清除口腔内分泌物,平卧 6 h 后改半卧位,抬高床头 45°,密切观察伤口渗血情况,下颌及颈部给予 3346E 型 3M 液体敷料,3 次/d;使用时距离皮肤 10~15 cm 喷洒,保护患儿口鼻以防误吸,约 30 s(待干)后,给予颈下垫清洁干毛巾,每 2 小时更换 1 次,保持局部干燥。婴幼儿真皮缺乏弹性,容易摩擦受损,接触患儿皮肤衣物和毛巾选择柔软细腻的纯棉材质以减少刺激。采用 0.9%氯化钠注射液 10 mL、硫酸庆大霉素 40 mg 及地塞米松磷酸钠注射液 2 mg,给予超声雾化吸入,2 次/d,以湿化气道、保持口腔及舌体湿润。第 3 天开始舌体分泌物及流涎减少,出院前患儿皮肤完整,未发生相关感染。

2.4 营养及饮食护理 术后当天患儿舌体肿胀进食困难,使用营养风险及发育不良筛查工具(STRONG kid)^[7]评分为 2 分,营养中等,但潜在营养不良,需营养干预。请营养科会诊,责任护士、主管医生及营养师共同制订生长发育营养支持方案:第 1 天开始给予鼻饲奶 50 mL,第 3 天增至鼻饲奶+流质饮食 80 mL,每天(24 h 计)共 8 次。流质饮食包括无渣鲜榨果汁和小米汤;第 5 天开始给予鼻饲奶+流质饮食 200 mL,每天(24 h 计)共 6 次。患儿胃内无潴留,进食后无呕吐。术后第 5 天,试夹闭胃管喂少量水,无呛咳,经口给予患儿配方奶粉 50 mL,患儿拒食,继续使用胃管给予流质无渣饮食。术后第 7 天患儿疼痛减轻,经口进食少量水及配方奶粉后无呕吐,拔除胃管。术后第 8 天,经口给予患儿半流质饮食,患儿无呕吐,效果好。出院时,患儿 STRONG kid 评分为 0 分,营养良好。