

一例罕见新生儿巨大畸胎瘤术后伤口愈合不良合并多重耐药菌感染的护理

王 云 童 丹 梁 梅

(深圳市儿童医院 广东 深圳 518000)

【摘 要】总结 1 例罕见新生儿腹膜后及骶尾部巨大畸胎瘤术后切口愈合不良合并多重耐药菌感染的护理经验。护理要点包括:运用湿性愈合理念,实施规范化的伤口护理,结合多重耐药菌消毒隔离管理、引流管护理、大小便及体位管理、以及充足的营养支持。经过 32d 治疗及精心的护理,患儿伤口愈合良好,康复出院。

【关键词】畸胎瘤; 骶尾部; 湿性愈合; 伤口护理; 多重耐药菌; 新生儿

Nursing of poor wound healing combined with multiDR resistant infection in a rare neonatal giant teratoma

Yun Wang Dan Tong Mei Liang

(Shenzhen Children's Hospital, Shenzhen, Guangdong, 518000)

[Abstract] Summarize the nursing experience of a rare case of newborn with retroperitoneal and sacrotail giant teratoma with poor postoperative incision healing combined with multiple drug resistant bacteria infection. The key points of nursing include: the use of wet healing concept, the implementation of standardized wound care, combined with the disinfection and isolation management of multi-drug resistant bacteria, drainage tube care, urine and feces and position management, and adequate nutritional support. After 32d treatment and careful nursing, the child's wound healed well and he was discharged from hospital.

[Key words] Teratoma, sacrotail; Wet healing; wound care; Multi-drug resistant bacteria; Newborn

畸胎瘤是一种胚芽细胞肿瘤,其形成是因三种原始胚层的胚细胞异常发育而导致,在儿童中较为常见,可发生在颅内、腹膜、睾丸、卵巢等多个部位^[1],骶尾部是胎儿及新生儿期畸胎瘤最好发的部位,占比达 70%。据报道^[2],畸胎瘤在活产儿中发病率约为 1 / 40000,而女婴发病率是男婴的 3 倍。根据畸胎瘤不同生长部位及肿瘤大小可分为四型,IV型(隐匿型)约占 10%^[3],相对罕见。新生儿畸胎瘤多为良性病变,但随年龄的增长,恶变率较高,一旦确诊,尽早手术可提高治愈率。因骶尾部畸胎瘤手术的切口较长,手术剥离范围较广,残腔大,并且伤口临近肛门,极易受粪便污染,同时,因引流管位置特殊不易固定,伤口感染、积液、裂开时有发生,这些因素极大地增加了护理的难度,因此对患儿伤口进行及时观察评估,抓住最佳换药时机并选择合适的敷料,是伤口护理的关键。由于新生儿免疫力低下,抗生素的使用及重症监护室各种侵入性操作,增加了多重耐药菌感染机会。多重耐药(multidrug-resistant organism, MDRO),是指细菌对三种或更多抗生素同时表现出耐药性的情况,即细菌对多种抗生素产生耐药^[4]。护理人员在预防和控制 MDRO 传播中发挥着重要的作用。我科于 2022 年 12 月 1 日收治 1 例腹膜后及骶尾部巨大畸胎瘤的新生儿,经手术治疗后,患儿骶尾部切口出现伤口愈合

不良,伤口护理期间,同时并发多重耐药菌感染,经 32d 精心的治疗和护理后,患儿伤口愈合良好,多重耐药菌培养转为阴性,顺利出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患儿,女,1 天 21 时,胎龄 37+6 周,顺产出生,出生时一般情况良好。因胎龄 33 周时母亲产检发现腹部包块,生后超声提示“右肾增大并中度积液,右输尿管中上段扩张,腹腔内巨大囊性占位病变,考虑囊腺瘤可能。于 2022 年 12 月 1 日收治入我院新生儿外科重症监护病房。入院诊断:①腹腔囊肿;②右肾积水。入科查体:体温:36.7℃,心率:130 次/分,呼吸:40 次/分,血压:71/42 mmHg (1mmHg=0.133kPa),血氧饱和度:98%。腹部超声:骶尾部、盆腔巨大囊实性占位性病变(大小约 11.5cm×9.8cm×4.7cm,团块沿直肠与脊柱间向上延申至盆腔,上达肾门水平)。考虑骶尾部畸胎瘤 IV 级,拟手术治疗。

1.2 治疗及转归

术前完善相关检查,明确手术指征,患儿于 2022 年 12 月 2 日在全麻下经腹腔镜行腹膜后畸胎瘤切除+经骶骨入路行骶尾部畸胎瘤切除术,术中见瘤体为约 12cm×10cm×5cm 的囊实性瘤体,由于瘤体较大且创

面较深,手术后需要留置腹腔引流管和骶尾部盆腔引流管。术后的病理报告显示为囊实性成熟畸胎瘤。手术后伤口的护理使用 0.45%~0.55%碘伏常规消毒,消毒后覆盖无菌纱布。术后第 5 天(12 月 7 日)患儿骶尾部伤口出现渗液,考虑伤口愈合不良,脂肪液化的可能,完善骶尾部软组织超声提示,骶尾部缝线处皮肤及皮下软组织弥漫性增厚,局部有积液,范围 1.1cm×0.6cm×1.1cm,予加强骶尾部伤口换药。12 月 10 日患儿出现低热,实验性检查:白细胞 $17.93 \times 10^9/L$,超敏 C 反应蛋白 10.35mg/L,尿常规提示白细胞 85.14 个/u1、白细胞酯酶 ++,住院尿培养鉴定及药敏:革兰阴性杆菌。予积极抗感染。12 月 14 日复查炎症指标较前下降,尿培养提示屎肠球菌 $>10^5$,考虑泌尿系感染,药剂科介入指导用药,万古霉素抗感染,经 2~3 周治疗感染得到控制。12 月 28 日,腹部伤口愈合良好,骶尾部伤口创口处可见少许脓性分泌物附着,有红肿,予油塞填塞引流,继续加强换药,分泌物培养金黄色葡萄球菌,予接触隔离,继续联合使用抗生素积极抗感染。12 月 30 日,患儿骶尾部伤口出现脓性分泌物增多的情况,创口长度约 4 cm,深度可达 3cm,皮瓣与内层轻度分离,渗出液呈脓性,基底约 70% 呈黄色,伤口造口治疗师介入换药,经过查阅相关文献,伤口护理中应用湿性愈合理念结合引流管护理、大小便和体位护理,及充足的营养支持。12 月 30 日患儿尿培养为耐碳青霉素类大肠埃希菌,立即严格执行严密消毒隔离措施,根据药敏结果使用敏感抗生素,明确高危因素给予针对性护理,提高患儿机体免疫力,经过积极处理,患儿出院前复查两次中段尿细菌培养均转为阴性。

2 护理

2.1 规范化伤口护理

伤口护理运用湿性愈合理念。湿性愈合理论由 Winter 博士在 1962 年提出^[5],湿性敷料多含有藻酸盐、羧甲基纤维素钠、生物多糖衍生物等,能够刺激成纤维细胞增生和 III 型胶原纤维产生来促进切口愈合。有研究表明^[6],湿性环境下切口愈合速度是干性环境的 2 倍。在处理伤口创面脓性组织则使用脉冲清创法,研究表明,脉冲清创可以有效清除坏死组织,降低微生物负荷,打破并清除细菌生物膜,改善伤口愈合的微环境,从而促进伤口的快速愈合。

基于伤口愈合期的不同阶段,具体措施实施如下:

(1) 脓性渗出期:由于患儿切口边缘红肿,基底组织约 70% 为黄色腐肉,先用镊子将黄色坏死组织清除,再评估创面大小,患儿切口长度约 4 cm,深度可达 3cm,皮瓣与内层轻度分离,予镊子夹取 0.9% 无菌生理盐水

棉球清洁创腔深部,使用一次性 20 毫升注射器,抽吸 0.9% 无菌生理盐水进行脉冲式水流冲洗。冲洗时将注射器的管口尽可能靠近伤口表面,从伤口中心开始形成涡流向外环形冲洗,反复进行直至伤口洁净,再使用无菌棉球擦拭残余水渍,然后使用碘伏棉签消毒切口边缘。待切口干燥后,使用凝胶敷料填充创腔,最后使用水胶体敷料完全覆盖伤口。此期主要为清创期,由于渗出液较多,伤口造口治疗师每天换药 1~2 次。(2) 肉芽组织生成期:经过 10 天的清创处理,创面基底的颜色由黄色转变为红色,仍可见少量黄色脓胎。同时,开始出现肉芽组织,触摸时会有出血现象,但创腔有所变浅,深度约 2cm,在清洁消毒伤口的基础上,给予银离子藻酸盐抗菌敷料填充,使用 3M 皮肤伤口胶带牵拉,尽量缩小小皮缘间距,以利于伤口愈合,外敷粘性泡沫敷料。此期,伤口造口治疗师每 1~2 天进行 1 次换药,经过 8 次换药后,创腔观察到肉芽组织填充,伤口周围逐渐出现上皮组织爬行现象。(3) 上皮组织爬行期:患儿伤口渗出液较前期明显减少,肉芽组织也基本填满创腔,为了促进上皮组织爬行及保护娇嫩的新生上皮组织,给与表皮生长因子喷涂,并且使用薄型的水胶体敷料外敷,每 2~3 天更换 1 次,换药 4 次后,伤口基本愈合。因患儿年龄较小,而伤口创面较大,每次换药都会带来强烈的刺激和疼痛感,据相关研究显示^[7],非营养性吸允与味觉相关刺激均可有效缓解早产儿操作性疼痛。因此,换药前给予患儿口服 5% 葡萄糖水 5~10ml,换药时予安抚奶嘴持续吸允,以便在操作时减轻疼痛。

2.2 多重耐药菌消毒隔离管理

严格无菌技术和认真执行各项消毒隔离制度是预防医院感染的有效措施,研究表明,护理人员执行多重耐药菌(MDRO)防控最佳实践能够有效减少 MDRO 感染与定植^[8]。患儿确诊为多重耐药菌后,立即实施单间隔离及接触隔离,同时做好环境和人员的管理。(1) 环境管理:做到一房一用一消毒,根据科室设计的隔离物品清单固定隔离病房所需物品;患者所用的监护仪、输注泵、听诊器、体温计等医疗护理用品均专人专用并设立醒目标识;地面、物品及床单位每天用 1000mg/L 含氯消毒剂擦拭 2 次;患儿使用的物品,例如暖箱床垫、软枕、安抚奶嘴等每天更换,使用后的物品置入双层黄色垃圾袋内,封口后标注特殊感染性物品,送消毒供应中心进行消毒灭菌处理。(2) 人员管理:医务人员组织学习多重耐药菌患者的相关管理制度并进行考核,实施诊疗护理操作时严格遵循标准预防及无菌技术操作规范,专人集中操作;护理实施弹性排班,安排相对固定的人员护理,防止交叉感染的发生。通过以上措施,患

儿住院期间未发生医院内感染。

2.3 引流管护理

妥善固定、防止滑脱是引流管护理的首要问题。本例患儿由于伤口愈合不良,为减少尿液对伤口的污染,早期留置尿管持续导尿,尿管妥善固定在患儿大腿外侧,每天使用0.1%碘伏棉球擦洗尿道口两次,以预防尿路感染,观察尿液的颜色和量,并准确记录,每周应进行尿常规复查,并根据情况动态调整抗生素,积极控制尿路感染。骶尾部留置伤口引流管,引流管保持负压状态,选用3M弹力胶布“工”字型固定,胶布裁剪大小为4cm×3cm,在引流过程中,每4小时需从患儿身体端向引流管尾端挤压,以防止血凝块堵塞。

2.4 大小便及体位管理

大便失禁是骶尾部畸胎瘤术后常见并发症,腹-骶尾部联合入路发生率更高^[9]。因此,做好大小便管理和体位护理对促进骶尾部伤口愈合至关重要。12月17日患儿因大便次数频繁,导致肛周及会阴部皮肤发红,故便后及时用生理盐水棉球清洁肛周、会阴部皮肤,待干后,使用3M皮肤保护膜喷洒,让皮肤表面形成一层透气的保护薄膜,在此基础上喷洒一层造口粉,以减少粪便对皮肤的刺激,辅以调节肠道菌群的药物,防止菌群失调导致的腹泻,经积极处理,3d后患儿大便恢复正常,肛周及会阴部皮肤明显改善。由于骶尾部手术切口与肛门位置距离较近,在伤口护理上为避免尿液和粪便的污染,给患儿采取俯卧与侧卧交替的体位模式,保持1~2h更换1次体位。患儿取俯卧位时,头偏一侧,双手置于头两侧,将毛巾卷成3~5cm厚垫于新生儿肩下,形成鼻吸体位,有利于保持患儿呼吸道通畅,其头部两侧、双膝、脚踝及拇趾内侧使用泡沫敷料保护,从而避免上述部位皮肤黏膜压迫受损,在髂前上棘和胸骨上凹部位,则横向放置圆形垫布,使患儿的腹部悬空,避免对腹部施加压力影响患儿的呼吸。取侧卧位时,在其背侧和腹侧均放置软枕以固定身体,防止滑动,每日清洁皮肤后,易受压部位予赛肤润液体敷料涂抹。

2.5 营养支持

营养支持是治疗的重要环节,合理的营养支持方案有利于加快切口愈合^[10]。术后初期,根据患儿的体重、血糖水平、引流减压液体量以及24小时的出入量等因素,严格计算静脉营养的补充量,以保持水和电解质的平衡,维持内环境的稳定。采取多学科协作,由营养科会诊,配制个性化营养液。在停止胃肠减压、开始肠内营养后,根据医嘱合理喂养,在喂养的过程中观察患儿腹部的体征,并根据患儿喂养耐受情况动态调整肠内摄入量,如果肠内营养摄入不足,通过静脉营养及时补充。

同时,定期监测患儿的体格测量指标、实验室检查指标。经过上述针对性营养支持治疗,该患儿未发生营养相关并发症,出院时各项营养指标均在正常范围内。

3 小结

新生儿畸胎瘤IV型(隐匿型)术后伤口愈合不良合并多重耐药菌感染较为罕见,可借鉴的护理经验较少。患儿伤口位于骶尾部,临近肛门、会阴和尿道口,术后护理至关重要。新生儿对外界不良刺激的免疫能力低下,伤口愈合不良不仅会影响患儿的疾病恢复,也会增加医疗护理的工作量。本案例通过运用湿性愈合理念,实施规范化的伤口护理,结合多重耐药菌消毒隔离管理、引流管护理、大小便及体位管理、以及充足的营养支持,有效解决了患儿伤口愈合不良的难题,促进了患儿的康复,伤口护理的成功经验更是对临床同类患者的护理提供了一定的参考价值。

参考文献:

- [1] 郑珊.实用新生儿外科学[M].北京:人民卫生出版社2013:231.
- [2] 唐冬梅,魏素梅,杨泽莹,等.胎儿巨大骶尾部畸胎瘤破裂后足月分娩1例[J].中华围产医学杂志,2022,25(1):59-62.
- [3] 高勇,张迪,周茜,等.1例骶前延伸至腹膜后巨大畸胎瘤病例报告及文献回顾_高勇[J].结直肠肛门外科,2021,27(3):225-230.
- [4] 何瑞堂,吴雪,杨越,等.NICU新生儿肺炎克雷伯菌感染的耐药分析[J].中国实验诊断学,2017,21(12):2158-2159.
- [5] 马丽娟.湿性敷料换药及护理对术后切口裂开的愈合时间影响[J].国际护理学杂志,2013(4):897-899.
- [6] 麦娴静,杜欣媚,李莉.精细化护理模式在老年糖尿病足伤口护理中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(15):2857-2859.
- [7] 凌雅,章新琼,宇丽,等.早产儿操作性疼痛非药物干预的研究进展_凌雅[J].临床护理杂志,2021,20(5):60-63.
- [8] 黄月霞.儿童重症监护病房多重耐药菌感染的危险因素分析与护理对策[J].护理实践与研究,2020,17(1):115-117.
- [9] 孙秀梅,申艳玲,保晶.1例成人骶尾部畸胎瘤切除联合右臀部转移皮瓣修复术后的护理[J].全科护理,2018(28):3576-3577.
- [10] 刘莹,崔亚娟,于颖.1例活体肝移植术后并发耐药大肠埃希菌腹腔感染婴儿的护理[J].护理学杂志,2021,36(13):32-35.