

1 例接受胆道闭锁手术婴儿的护理经验

陈 津 周丽兰^{通讯}

中国人民解放军陆军特色医学中心 400060

【摘 要】总结 1 例接受胆道闭锁手术婴儿的护理经验。护理要点如下：做好术前准备工作，保障手术顺利；加强术中护理配合，做好记录工作；注重术后指导干预，尽早恢复健康等。经过 15 日的精细化治疗与围手术期护理干预，患儿病情稳定、治疗效果明显出院。

【关键词】胆道闭锁手术；婴儿；临床护理

先天性胆道闭锁作为新生儿十分多见的病症，患儿一旦发病会表现出婴儿黄疸进行性加重，进一步影响患儿的健康情况^[1]。现阶段，临床对于婴儿先天性胆道闭锁病症，主要运用肝门空肠 Roux—Y 吻合术方式，但是由于患儿的手术耐受性比较差，且自身应变能力、协调能力与成年人相比较弱，所以需要为患儿展开完善的围手术期护理干预，才能有效保证患儿胆道闭锁手术顺利进行。我科于 2021 年 6 月 8 日收治 1 例接受胆道闭锁手术的患儿，经过 15 日的精细化治疗与围手术期护理干预，患儿病情恢复良好出院。

1. 临床资料

1.1 患儿的一般资料

患儿男性，年龄 1 个月 7 天，主诉“生后 3 天发现皮肤巩膜黄染至今”入院治疗，患儿出生 3 天后家属即发现皮肤黄染，并且逐渐加重，尿色偏黄，大便颜色偏白，于当地医院光照、茵栀黄降黄治疗，黄疸未见明显好转，为求进一步治疗，于 2021 年 5 月 29 日至苏州大学附属儿童医院就诊，基于熊去氧胆酸、甲泼尼龙等对症治疗，查生化显示：ALT/AST/GGT 分别为 15.3/43.0/1020U/L，TB/DB 分别为 168.9/59.1 $\mu\text{mol/L}$ ，B 超显示胆囊体积小（胆道闭锁？），告知家属不排除胆道闭锁可能，再次复查生化显示 ALT/AST/GGT 分别为 35.6/70.0/947.6U/L，TB/DB 分别为 105.4/59.5 $\mu\text{mol/L}$ ，家属要求出院。现为求进一步诊治来我院，门诊拟以“黄疸；胆道闭锁可能”收入院拟进一步治疗。目前一般情况可，体温平稳，精神睡眠好，无呕吐，无腹泻，无咳嗽咳痰。

1.2 治疗过程和临床转归

患儿因“生后 3 天发现皮肤巩膜黄染至今”入院；查体检查：皮肤巩膜轻度黄染。腹稍膨隆，未见胃肠型及蠕动波。腹软，肝肋下 1 指，剑突下 2 指，质稍硬，无明显触痛，脾未触及，全腹无明显压痛，未及包块。移动性浊音阴性。肠鸣音不亢进。2021 年 6 月 9 日，B 超检查显示：肝门区门静脉左右分支前方条索样改变（纤维块？）。肝轻度肿大，肝门区探及淋巴结。脾脏轻度肿大，腹部肠腔内大量气体，后腹膜探测不清。继续外科治疗，继续白蛋白支持，注重复查感染指标、肝功能等检查，必要时调整抗生素与保肝等。患儿入院后完善相关检查，将手术禁忌症排除后，于 2021 年 6 月 21 日麻醉下行 1、腹腔镜下胆道探查术；2、胆管肝管空肠吻合术；3、空肠吻合术；4、腹腔镜下肝活组织检查；术中证实为胆道闭锁。手术顺利，术后转入 NICU，给予补液、对症支持治疗。患儿目前吸氧中，呼吸

平稳，经皮氧饱和度维持正常，体温正常，禁食胃肠减压中，昨日胃减 60 毫升白色粘液，无呕吐及腹胀，腹腔引流 32 毫升淡血性液体。查体：神志清、反应一般，前囟平稳，双瞳孔等大正圆，对光反射存在，颈软，呼吸平稳，双肺未闻及明显干湿性啰音，腹软，无肌紧张，肠鸣音存在；腹部切口包扎中，无明显渗血渗液，留置腹腔引流管，见少量血性液体。经过 15 日的精细化治疗与围手术期护理干预，患儿病情稳定出院。

2. 护理

2.1 做好术前准备工作，保障手术顺利

结合患儿年龄情况，运用不同的护理干预方式。由于此例患儿年龄为 1 个月 7 天，对父母离开并没有明显反应，所以护理干预过程比较顺利。在对此患儿展开手术之前，需要医护人员做好患儿各个方面的身体检查工作。因患儿有胆道闭锁的可能，加之患儿父母对于胆道闭锁疾病的了解并不全面，所以在手术前容易出现焦虑、紧张、担心等不良心理情绪。医护人员需要为患儿父母做好思想工作，减轻患儿家属的心理负担，有助于手术的实施。与此同时，因患儿患有临床上较为少见疾病，所以手术难度与其他手术相比会进一步提升。在手术前，需要医护人员将手术器械准备好，为手术顺利展开奠定良好基础。医护人员不但要计算好手术过程中所需的仪器设备数量与类型，还要确保手术仪器设备消毒良好，注重清洁消毒工作环节。对于手术室也要加强消毒清洁，使手术室空气保持流通，将手术室温度调整到 26℃-28℃左右^[2]，避免患儿在手术期间感到身体不适，同时将手术仪器设备摆放整齐，尽可能减少手术中意外的发生概率。

2.2 加强术中护理配合，做好记录工作

在胆道闭锁手术过程中，需要医护人员扮演好主刀医师助手角色^[3]，同时保证助手数量在合理要求数量之内，手术助手在展开手术护理干预中，需履行好各自职责，提高手术配合度。助手应该秉持着认真负责的工作态度，手术之前快速为患儿建立静脉通路，尽可能选择患儿大静脉穿刺位置，保证出现意外情况下有足够的时间进行补救。另外，医护人员也要协助麻醉医师的工作，注重保暖，尽可能减少患儿皮肤外露，以及设备展开反复清查，使其处于随时待命状态，并熟知各个手术器材的应用方法。在手术期间，医护人员需要实时监控手术各项进程，做好记录工作，避免手术中出现失误。手术结束后，注重保暖，减少术后意外的发生概率。与此同时，还要加强注重手术仪器设备的处理环节，把各种仪器设备实施消毒检查，并将其放

回至指定位置,便于下次手术的运用。

2.3 注重术后指导干预,尽早恢复健康

医护人员在手术前与手术中需要对患者展开有效的护理干预服务,从而保证患儿手术顺利展开。通过术后护理干预,可使患儿尽早恢复健康,为患儿身心健康发展创造良好的条件。

2.3.1 注意体温观察

胆道闭锁患儿接受手术之后,医护人员需要对其展开实时观察,以便全面了解患儿病情变化情况。因患儿刚刚做完手术,患儿的腹部容易表现出微微隆起现象,这是一种正常现象,会随着患儿病情逐渐好转而慢慢消失。但是,为了避免出现意外事故,医护人员还需要对患儿腹部隆起情况展开细致检查,通过测量与记录患儿腹部围度情况,了解患儿每日变化。一般情况下,手术后前3日患儿的体温容易出现异常波动,通常处于37.50℃~39.00℃之间^[4]。医护人员在此种情况下,可通过物理降温的方式改善患儿高温情况。有效控制患儿的体温变化情况,如若在降温1小时之后,患儿体温没有出现任何变化情况,需即刻向临床医师汇报,在临床医师允许情况下,实施相应的降温处理干预方式。

2.3.2 加强循环检测

医护人员对患儿实施持续心电监护,实时检测患儿的心率、血压、中心静脉压、尿量等情况,并观察患儿肢端温度与附近动脉搏动。为了保持肾脏灌注以及肝静脉血液回流,医护人员需对输血量与速度加以管控,使其确保术后每小时剂量超过2毫升每千克体重。医护人员可根据120~160ml/(kg·d)的计算患儿补液总量情况^[5],利用输液泵保持24小时匀速滴注。当患儿尿量不足1毫升ml/(kg·h)情况下,医护人员需根据医嘱,对患儿实施呋塞米2毫克,以静脉滴注方式,促进患儿尿液排出。

2.3.3 注重引流防护

手术后因需要注重观察,且患儿体型比较小,需要把患儿置入专门保温箱内,便于术后恢复。另外,医护人员也要对患儿进行插入引流管与尿管工作,确保引流管与导管处于顺畅状态。定期进行引流管维护,避免引流管出现异常。同时,医护人员也要定期更换引流袋,避免由于引流袋过满而出现污染问题。

2.3.4 加强伤口护理

因患儿的年龄比较小,所以在伤口愈合方面,与成年人相比,患儿愈合能力比较弱,且需要较长的愈合时间。所以,医护人员应该做好患儿的安抚工作,避免患儿由于哭闹导致伤口感染、撕裂。通过让患儿保持半卧位姿势,减轻患儿身体的疼痛感,使患儿保持呼吸顺畅,避免伤口扩大,加快患儿的伤口愈合。医护人员还要定期观察患儿伤口,如若出现感染、红肿等问题,需立即向临床医师汇报,及时处理伤口。

2.3.5 强化呼吸道管理

因患儿正处在身体成长的重要阶段,所有身体器官发育还没有达到成熟标准。特别是对于患儿呼吸道管理方面,因新生儿气管与支气管比较狭小,任何轻度的黏膜肿胀,都有可能使患儿出现气道阻塞。

在手术期间,为了减轻患儿的疼痛,避免患儿哭闹,导致手术出现意外,对患儿实施麻醉。但是因患儿正处于成长的关键时期,如若麻醉效果比较长,容易降低患儿的反应能力,使其在手术中呼吸道形成过多的分泌物,造成患儿呼吸阻塞^[6],使患儿表现出窒息症状,对患儿的生命健康造成极大危害。所以,在手术后,医护人员需要及时清理患儿呼吸道,并利用呼吸器,展开吸氧干预,确保患儿呼吸处于平稳状态。

2.3.6 加强营养支持

手术后,需要对患儿进行常规的白蛋白、去白细胞全血、红细胞悬液输入。同时在手术后3日对患儿实施肠外营养干预,7日后进行肠内营养奶15毫升,每隔3小时干预1次,之后结合患儿吸收情况,适当调整奶量与浓度,满足患儿所需的营养。

2.3.7 做好出院指导

在患儿出院当天,医护人员需嘱咐患儿家属定期带患儿进行门诊复查、B超以及肝功能指标,同时对患儿生长、发育情况进行检查。同时,医护人员还要嘱咐患儿家属预防感冒,提高患儿的抵抗能力,避免出现胆管炎症状。患儿出院后应继续接受保肝治疗、退黄治疗,如若在院外患儿出现不明原因发烧、皮肤大便颜色变白或者皮肤黄染加重等症状,需立即就医。

3. 小结

胆道闭锁作为儿童容易出现的消化道发育畸形病症,尽早接受手术治疗是有效的手段。然而,婴儿是主要的胆道闭锁发病群体,其自身的手术耐受性、抵抗能力比较差,需要加强注重胆道闭锁手术治疗的围术期护理干预方式,才能确保临床手术顺利展开,并提高治疗干预效果。肝门空肠 Roux—Y 吻合术作为治疗先天性胆道闭锁的主要形式,是一种现代化治疗技术手段,也使其对临床护理提出更高要求。本次通过个案研究分析,发现在胆道闭锁手术期间,运用围手术期护理干预方式,通过提前做好术前准备工作,保障手术顺利;加强术中护理配合,做好记录工作;注重术后指导干预,尽早恢复健康等干预方法,有助于降低患儿的并发症发生情况,患儿的不适症状发生概率比较低,有助于改善患儿的生活品质,使患儿早日恢复健康。

参考文献:

- [1]段星星,彭姪,杨柳,等.剪切波弹性成像评估胆道闭锁 Kasai 术前肝纤维化程度[J].中华超声影像学杂志,2020,029(002):143-148.
- [2]詹江华,王立.胆道闭锁围术期营养状况评价的临床意义[J].天津医药,2019,47(04):12-15.
- [3]刘更新,詹江华.胆道闭锁诊断方法价值分析[J].中华肝胆外科杂志,2021,27(03):232-235.
- [4]杨同男.ICU 肝移植术后患儿的基础护理经验[J].当代护士:上旬刊,2019,26(03):145-146.
- [5]舒俊,段翔飞,卞红强,等.腹腔镜在婴儿期外科相关性胆汁淤积症诊治中的应用[J].中华肝胆外科杂志,2019,25(2):111-115.
- [6]王俊玲.高频超声在鉴别诊断婴儿胆道闭锁和婴儿肝炎综合征的应用价值[J].中医临床研究,2020,12(07):113-116.