

## • 案例分析 •

MDT 模式下 ERAS 理念在 1 例 DIE 患者  
围手术期护理中的应用程 佳, 王富兰<sup>△</sup>

(重庆医科大学附属第一医院妇科, 重庆 400016)

[摘要] 在 MDT 模式下采用 ERAS 理念对 1 例病变累及乙状结肠全层及部分直肠的 DIE 患者进行干预, 经过术前精准评估与准备、术后密切观察与护理, 患者术后恢复良好, 取得了满意效果。

[关键词] 多学科团队合作; 加速康复外科; 深部浸润型子宫内膜异位症; 横结肠造瘘

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2020.22.062 中图分类号: R473.71

文章编号: 1009-5519(2020)22-3709-03

文献标识码: B

子宫内膜异位症(EMT)好发于育龄期妇女, 主要分为腹膜型、卵巢型和深部浸润型 3 种。深部浸润型子宫内膜异位症(DIE)是指病灶浸润深度大于或等于 5 mm, 病灶主要侵犯膀胱子宫陷凹、直肠子宫陷凹及乙状结肠等。EMT 累及肠道者占 3.8%~37%, 以乙状结肠为主, 轻症状者无典型临床表现或仅表现为轻微恶心、消化不良等胃肠道症状, 重症状者可引起便血、排便困难, 甚至急、慢性肠梗阻<sup>[1]</sup>。DIE 治疗以手术为主。当 EMT 累及肠道浆肌层时, 可单纯切除肠表面病灶; 一旦累及到深肌层或黏膜, 只有行病变肠段切除及肠造瘘, 才能切净病灶, 减少复发<sup>[2]</sup>。DIE 手术风险较大, 易出现肠道及泌尿系统损伤, 术后并发症可达 10%<sup>[3]</sup>。多学科团队合作(MDT)模式是一种跨部门的协同模式, 可协同各项医疗资源, 整合多学科意见, 有利于提高医疗服务质量<sup>[4]</sup>。由于 DIE 手术涉及肠道、泌尿系统等, 术者需十分熟悉盆腔的解剖结构, 必要时需联合胃肠外科、泌尿科等合作完成<sup>[5]</sup>。加速康复外科(ERAS)理念是一种新型康复理论, 通过优化围手术期的各种措施, 降低手术相关应激, 促进患者早期康复, 其在外科围术期的应用效果已逐渐被认可<sup>[6]</sup>。本研究在 MDT 模式下采用 ERAS 理念对 1 例病变累及乙状结肠全层及部分直肠的 DIE 患者进行干预, 经过术前精准评估与准备、术后密切观察与护理, 患者术后恢复良好, 取得了满意效果。现报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 27 岁, 未婚, 无妊娠史, 有性生活史 1<sup>+</sup> 年, 常采用避孕套避孕。患者半年前因“反复左下腹痛 1 年半”入本院就诊, 大便隐血试验阳性, 完善结肠镜后, 病理活检示: (结肠) 肠黏膜、小团密集间质及少许腺体, 符合 EMT。盆腹腔磁共振成像示: 双附件区多发性囊性占位, 可疑 EMT(双卵巢、肠道侵犯), 予以亮丙瑞林缓释微球粉针, 每 4 周皮下注射 1 针, 注射 6 针后自觉腹痛较以前缓解。为求进一步治疗, 于 2019 年 7 月 20 日入院。入院后完善相关检查, 经影像科、胃肠外科、麻醉科、营养科进行多学科讨论, 制

订治疗方案, 无手术禁忌, 于 2019 年 7 月 24 日在全身麻醉下行剖腹探查+盆腔包块切除+部分大网膜切除+乙状结肠及直肠病变部分切除+乙状结肠及直肠端端吻合+横结肠预防性双腔造口+盆腔、肠、输尿管粘连松解术, 术中出血 1 000 mL。术毕留置尿管及腹腔引流管各 1 根, 横结肠造瘘口 1 个。术后输注红细胞悬液、新鲜血浆及清蛋白纠正贫血及低蛋白血症, 并予以补液、抗感染、营养支持等治疗。术后第 4 天出现发热, 体温最高达 39.5℃, 予以物理降温及抗感染治疗后体温降至正常。术后病理检查示: EMT(卵巢型、腹膜型、深部浸润型)。术后密切观察病情变化, 患者未发生吻合口漏、造口回缩、狭窄及 DVT 等并发症, 腹部伤口愈合良好后出院。

### 2 护理方法

2.1 术前护理 主要包括心理护理、常规护理、术前特殊肠道及饮食准备。(1) 心理护理。EMT 虽然在形态学上呈良性表现, 但在临床行为学上具有类似恶性肿瘤的特点, 如种植、侵袭及远处转移等, 严重影响患者生活质量<sup>[7]</sup>。研究表明, 负性情绪不仅会影响患者治疗态度及依从性, 而且对机体免疫及术后胃肠功能恢复也有一定影响<sup>[8]</sup>。患者是年轻且特别爱美的女性, 对于以后生育期望及生活质量要求比较高。由于 EMT 侵犯肠道, 必要时会行造瘘术, 将会改变患者的排泄方式。针对这一系列原因而产生的焦虑、紧张及恐惧等负性情绪, 本科与影像科、泌尿外科、胃肠外科、麻醉科、营养科进行多学科讨论, 制订详细的手术计划, 给予患者康复信心。主管医生及护士加强与患者沟通, 对术后常见并发症及可能出现的造口应对方法进行详细介绍, 让患者做好思想准备; 同时与患者家属交流, 鼓励其为患者提供良好的家庭支持, 使患者积极地配合治疗。采用焦虑自评量表(SAS)对患者进行评估, 术前患者 SAS 评分由 72 分降至 50 分, 焦虑症状得到改善, 能积极配合治疗。(2) 术前常规护理。指导患者积极完善术前血、尿、便常规及各脏器常规检查; 术前 3 d 连续每晚用聚维酮碘棉球擦洗阴道+甲硝唑 0.4 g 宫颈上药 1 次; 术前 1 d 修剪指

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 2428288226@qq.com。

甲,沐浴更衣,做好个人清洁卫生;术前 2 h 常规备皮,并用棉签蘸石蜡油彻底清除肚脐污垢后用洁悠神喷洒备皮区域预防感染。(3)术前特殊肠道及饮食准备。由于 EMT 侵犯到肠道,术中存在损伤肠道的风险,必要时需行肠道部分切除,因此,必须充分做好肠道准备<sup>[9]</sup>:①遵医嘱予以术前 3 d 开始口服甲硝唑片 2 片,每天 2 次,行肠道抗菌;②指导患者术前第 3 天进食稀饭等半流质饮食,术前第 2 天进食无渣汤,术前 1 d 饮水;③术前 1 d 下午给予复方聚乙二醇电解质散 2 袋+2 000 mL 温开水口服,清洁肠道;④为了避免由于禁食出现电解质紊乱,于术前 1 d 遵医嘱予以静脉补充电解质液体支持治疗,同时在 ERAS 理念下于术前 2 h 予以 10% 葡萄糖水 250 mL 口服,同时复查电解质水平。

**2.2 术后护理** 主要包括一般护理、管道护理、饮食护理、并发症预防及造瘘口护理。(1)一般护理。术后做好患者基础护理,保持床单位整洁,协助患者做好口腔护理及个人清洁卫生,增加舒适度;重视患者主诉,监测患者生命体征,严密观察患者病情变化、伤口敷料有无渗血渗液等。(2)管道护理。患者留置尿管及腹腔引流管各 1 根,将各管道标识清楚,用导管固定贴进行二次固定,并妥善固定于床边但需高于地面 20 cm,避免管道折叠及意外脱出,保持管道通畅,加强巡视与交接班,观察并记录每天引流液的颜色、量及性质。(3)多学科协助下的饮食护理。虽然患者行肠道手术,术后通过与胃肠外科及营养科讨论并根据 ERAS 理念,行横结肠造瘘术后 24 h,如无腹痛、腹胀、恶心呕吐等即可少量饮水,术后 5~7 d 待造瘘口有气体或液体流出后方可逐渐进食。患者于术后 24 h 即开始少量饮水,无恶心、呕吐等症状,术后 5 d 造瘘口有气体后开始进食流质饮食,并逐渐过渡到半流质及普通饮食,食物由少到多,由稀到稠,适当增加纤维素的摄入,避免摄入易产生气体及辛辣食物。进食期间营养不足的摄入部分通过肠外营养补充。(4)并发症预防。①预防术后感染:患者手术持续 7 h 左右,手术时间长且术中出血较多,术后出现贫血及低蛋白血症时,易出现抵抗力下降而继发感染,因此应做好预防感染工作。遵医嘱定时定量使用抗生素并严密观察各项感染指标,严格执行无菌操作,做好手卫生避免交叉感染,病房定时通风消毒,保持环境清洁,同时减少家属探视。为预防术后坠积性肺炎,术后予翻身拍背,鼓励患者有效咳嗽。患者术后第 4 天出现发热,血培养结果阴性,予以物理及药物降温后体温恢复至正常。②预防下肢深静脉血栓(DVT):手术创伤及导致的血流状态改变是术后发生 DVT 不容忽视的因素。手术时长大于或等于 3 h、术后卧床大于或等于 48 h 及开腹手术等均可促进妇科手术后 DVT 的发生<sup>[10]</sup>。采用 Caprini 评分量表<sup>[11]</sup>对患者进行风险评估,评分为 4 分,属于高危。基于风险分级选择预防措施,采用基础预防+物理预防+药物预防措施。基础预防主要基于 ERAS 理念指导患者术后早期活

动,术后 2 h 无恶心、呕吐等不适时,每 2 小时翻身 1 次;术后 6 h 取半卧位,进行膝关节伸屈运动、踝泵运动及指导家属按摩双下肢以促进血液循环;术后第 1 天下午在医务人员的协助下开始床旁活动。物理预防包括间歇性气囊加压+弹力袜;术后第 1 天开始行气压治疗,每天 2 次,每次 20 min。温水浴足每天 2 次,并指导患者穿弹力袜。药物预防为术后 24 h 起使用 0.4 mL 低分子肝素钠溶液皮下注射,每天 1 次直至出院。使用抗凝药物期间关注患者双下肢有无肿胀、疼痛及皮温皮色异常等 DVT 早期征象及凝血指标是否正常,必要时行 B 超检查。③预防吻合口瘘:一般认为吻合口瘘是吻合口张力过大、血运较差、吻合口周围感染及营养状态差等多种因素作用的结果,主要发生于术后 3~7 d<sup>[12]</sup>。患者由于术后禁食时间长,因此请营养科评估后加强静脉营养支持治疗,积极纠正患者低蛋白及贫血状态,并严密观察患者生命体征、腹部体征及腹腔引流液情况,特别关注腹腔引流管是否有脓性或粪渣样引流物,同时每 2 小时巡视病房时挤压引流管,保持腹腔引流管的有效引流。(5)多学科协助下的造瘘口护理。由于本科对造瘘口护理涉及很少,请胃肠外科造口护理专家会诊,并对本科护士进行护理要点指导:①造口缺血坏死是最严重的并发症,患者首先采用透明的开口式造口袋,方便护士观察肠造口有无回缩、出血、坏死。②由于造瘘口与手术切口很近,需注意观察切有无红肿、渗血、渗液及切口敷料有无被粪便污染。一旦出现污染,要及时进行消毒、更换切口敷料。③注意观察患者有无出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐及停止排气、排便等肠梗阻表现。④在造瘘口护理方面使用温开水由内向外清洗,待干后涂上溃疡粉,再涂抹皮肤保护膜及防漏膏,按测量的造口大小裁剪后再粘贴于造口上。⑤同时对患者及家属进行造瘘口护理培训。患者住院期间造口情况良好,未发生相关并发症。

**2.3 出院指导** 嘱患者出院后均衡饮食,加强营养,避免辛辣刺激性食物。掌握肠造瘘口的观察要点及护理方法,必要时可于本院造口门诊就诊。术后需禁止性生活、盆浴 3 个月,同时避免重体力劳动。术后 1 个月于妇科门诊复查,3 个月后于胃肠外科门诊评估是否可行横结肠造口回纳术。

### 3 讨 论

由于 DIE 存在与周围组织的炎性反应、血管生成、病灶分布广泛等特点,术中分离盆腔粘连、恢复盆腔器官的正常解剖状态时,易导致手术创面大、手术时间长等问题,极大增加了术后并发症的风险。本例患者的诊疗在妇科、泌尿外科、胃肠外科、麻醉科、影像科、营养科及护理科等共同协作下完成。基于 ERAS 理念,通过术前精准的评估与准备、术后密切的观察与护理,促进了患者的早期康复。DIE 术后合并肠造瘘较少见,妇科护士对造口护理技术掌握相对欠佳,需要不断学习其他专科的知识与技术,同时加强与其他学科的多学科协作,才能为患者提供更优质

的护理服务。DIE 典型的主诉为痛经、性交痛、慢性盆腔痛等,90%累及肠道的 DIE 患者以周期性的下腹痛、腹泻、腹胀、排便痛、便血等肠道症状就诊,由于部分临床医生对 DIE 的认知及经验不足,往往会导致误诊并延误治疗<sup>[13]</sup>。本例患者既往出现周期性下腹痛、腹泻、腹胀等症状,在外院门诊以肠炎反复治疗长达 1 年半,如果能早期诊断及干预,或许将改善患者预后。因此,DIE 引起的肠道功能紊乱值得临床医务人员进一步关注与研究。

#### 参考文献

- [1] 徐焜毅,李镇,常毅,等. 单发性乙状结肠子宫内异位症误诊为乙状结肠癌[J]. 外科理论与实践,2018,23(5):459-461.
- [2] MANGANARO L, VITTORI G, VINCI V, et al. Beyondlaparoscopy: 3-t magnetic resonance imaging in the evaluation of posterior culde-sac obliteration[J]. Magn Reson Imaging, 2012, 30(10): 1432-1438.
- [3] 吕永利,李霞. 深部浸润型子宫内异位症术后合并结肠造口 1 例患者的护理[J]. 护理与康复,2019,18(2):92-94.
- [4] 狄文,殷霞. 多学科团队协作在妇科肿瘤中的应用和前景[J]. 上海医学,2017,40(10):580-583.

- [5] 张惠民,姚书忠. 肠道子宫内异位症的诊断及腹腔镜手术治疗进展[J]. 中国妇产科临床杂志,2012,13(1):73-75.
- [6] 陈凇,陈亚进,董海龙. 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.
- [7] 许嘉慧,夏伟兰,刘冰,等. 子宫内异位症术后患者生命质量和心理社会适应的现状调查及护理[J]. 贵州医药,2019,43(6):998-999.
- [8] 袁慧勤. 妇科患者负性情绪影响因素调查分析[J]. 护理实践与研究,2019,16(11):14-16.
- [9] 中华医学会妇产科学分会子宫内异位症协作组. 子宫内异位症的诊治指南[J]. 中华妇产科杂志,2015,63(3):161-169.
- [10] QU H, LI Z, ZHAI Z, et al. Predicting of venous thromboembolism for patients undergoing gynecological surgery[J]. Medicine (Baltimore), 2015, 94(39):e1653.
- [11] CAPRINI JA. Risk assessment as a guide to thrombosis prophylaxis[J]. Curr Opin Pulm Med, 2010, 16(5):448-452.
- [12] 周晓宇. 1 例再次肿瘤细胞减灭术后 24 h 内大出血急诊行横结肠造瘘术患者的护理[J]. 中华现代护理杂志,2013,16(26):3292-3293.
- [13] 田琦. 深部浸润型子宫内异位症相关肠道功能紊乱的研究进展[J]. 国际妇产科学杂志,2019,46(1):20-22.

(收稿日期:2020-04-20 修回日期:2020-08-19)

## • 案例分析 •

# 儿童蛔虫病 1 例并文献复习

裴艳萍,罗荣华,沈 卉

(泰安市中心医院,山东 泰安 271000)

[摘要] 近年来,儿童蛔虫病的病例报道比较少见。由于临床关注度的下降,少数蛔虫病常被临床漏诊甚至误诊。该文通过对 1 例儿童蛔虫病的报道及文献复习,以期提高临床对儿童蛔虫病的重视。

[关键词] 蛔虫病; 儿童; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2020.22.063

中图法分类号:R72

文章编号:1009-5519(2020)22-3711-02

文献标识码:B

蛔虫病曾经是最常见的寄生虫病,其感染呈全世界性的分布。据统计,全世界蛔虫病感染人数约 14 亿左右<sup>[1-2]</sup>,尤以农村儿童多见。随着人们生活水平和卫生条件的提高,目前蛔虫病发生率显著下降<sup>[3-4]</sup>。由于临床关注度的下降,少数蛔虫病常被临床漏诊甚至误诊<sup>[5]</sup>。现将本科诊治的 1 例儿童蛔虫病报道如下,以期引起临床医生对蛔虫病的重视。

### 1 临床资料

患儿,男,2 岁 2 个月,因“呕吐伴腹痛、腹泻 1 d”为主诉入院。患儿自入院前 1 d 无诱因出现呕吐,共呕吐 6 次,呈非喷射性呕吐,呕吐物均为胃内容物,量不多,无咖啡样物质,未见蛔虫虫体;伴腹痛,以脐周为主,阵发性,自行或按揉后可缓解;伴腹泻,为黄色水样便,无黏液及脓血,未见蛔虫虫体排出。患儿出生史无明显异常。患儿家住农村,卫生条件相对较差。家族中无与患儿类似的呕吐、腹痛、腹泻患者,否认有蛔虫病患者。入院前彩色多普勒超声(彩超)见图 1。查体:营养发育中等,心肺未见明显异常,腹软,

无腹肌紧张,全腹无压痛、反跳痛,未触及异常肿块。腹部彩超示:左上腹可见 2 个管状结构,形态屈曲,规则,管径分别 0.3、0.5 cm,怀疑蛔虫体。见图 2。大便常规未见蛔虫虫卵等异常。入院诊断:(1)急性胃肠炎;(2)蛔虫病?入院后给予保护胃肠黏膜等治疗,腹泻缓解,但呕吐和阵发腹痛无明显缓解。入院后 2 d 复查腹部彩超,左侧腹部肠腔内可见数个管状结构,较宽处约 0.5 cm,部分管状结构可见活动,考虑蛔虫虫体。遂给予静推消旋山莨菪碱舒张消化道平滑肌,口服乳果糖促进排泄及口服阿苯达唑(400 mg)1 次,进行驱虫治疗,并嘱家属观察呕吐物及排泄物中有无虫体排出。入院第 4 天,患儿呕吐物中可见 1 条约 20 cm 长的蛔虫成虫(图 3),遂给予左旋咪唑宝塔糖口服 2 粒/次(每粒含磷酸哌嗪 0.2 g),共 3 次。自患儿呕吐蛔虫后,腹痛、呕吐均缓解。再次复查腹部彩超未见管状结构,反复大便常规检查未发现蛔虫虫卵。患儿住院 6 d 后痊愈出院。嘱出院后注意生活环境、饮食及个人手卫生,并定期复查彩超和大便常规。