

团 体 标 准

T/CNAS 65—2026

儿童肠无神经节细胞症回流灌肠技术

Reflux enema technique for hirschsprung's disease in children

2026-06-30 发布

2027-01-01 实施

中华护理学会 发布

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华护理学会提出并归口。

本文件起草单位：重庆医科大学附属儿童医院、浙江大学医学院附属儿童医院、首都医科大学附属北京儿童医院、复旦大学附属儿科医院、中国医科大学附属盛京医院、南京医科大学附属儿童医院、广州市妇女儿童医疗中心、华中科技大学同济医学院附属协和医院、华中科技大学同济医学院附属同济医院、成都市妇女儿童中心医院、重庆医科大学附属第一医院。

本文件主要起草人：崔瑾、应本娟、刘丽、陈耀龙、胡丽君、朱红梅、张凤云、陈劼、刘杨、王燕波、徐信兰、史雯嘉、朱丹、杨立利、周小利。

儿童肠无神经节细胞症回流灌肠技术

1 范围

本文件规定了儿童肠无神经节细胞症回流灌肠技术的操作前评估、用物准备、操作要点、并发症识别及处理。

本文件适用于各级各类医疗机构的注册护士。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

肠无神经节细胞症 hirschsprung's disease

因消化道远端病变肠管肠壁神经丛内神经节细胞缺如，导致肠管持续痉挛、蠕动功能障碍，从而引起梗阻的一种先天性消化道畸形。

3.2

回流灌肠 reflux enema technique

将灌肠液经肛管注入消化道远端痉挛段及移行段，达扩张肠段后引流出粪液，再次注入灌肠液；如此反复操作以清除肠道积粪和积气、减轻腹胀的护理操作技术。

4 基本要求

4.1 应针对不同年龄段患儿，严格把控灌肠液总量及单次注液量。

4.2 灌肠过程中应密切观察患儿生命体征、腹胀情况及灌肠液引流情况。

4.3 灌肠时肛管应通过痉挛段及移行段进入扩张段。

5 操作前评估

5.1 应测量并记录患儿腹围。

5.2 应进行肛门指检，若有干结粪便嵌塞，可行人工抠便。

5.3 应评估钡剂灌肠造影等影像学检查结果，明确患儿病变肠段范围及肠管扩张程度（附录 A）；全结

肠型及全肠型无神经节细胞症患者禁止行回流灌肠。

6 用物准备

6.1 应选用材质柔软、表面光滑的肛管。肛管型号应根据患儿年龄确定：

- 新生儿宜选用 ≤ 20 Fr；
- 婴幼儿宜选用 22~24 Fr；
- 学龄前及学龄儿童宜选用 26~30 Fr。

6.2 应选用 0.9%氯化钠注射液作为灌肠液，温度维持在 39℃~41℃。灌肠液总量应根据患儿年龄及病情确定：

- 新生儿宜按 100 ml/(kg·次) 计算；
- 婴幼儿宜控制在 1000~2000 ml；
- 学龄前及学龄儿童宜控制在 2000~4000 ml；
- 经影像学检查确认中重度扩张或行术前肠道准备的患儿，可遵医嘱增加灌肠液总量。

6.3 宜选用球囊式冲洗器，冲洗压力维持在 30~50 mmHg（约 4.0~6.7 kPa）。

7 操作要点

7.1 体位准备

- 7.1.1 宜协助患儿取仰卧位，双腿屈膝交叉。
- 7.1.2 无法取仰卧位者，可采取截石位或左侧卧位。

7.2 肛管置入

- 7.2.1 应润滑肛门及肛管前端，缓慢将肛管插入肛门。
- 7.2.2 应沿直肠生理弯曲方向轻柔送管，至有落空感或可见气体及粪液快速排出时，提示肛管送达目标灌洗位置。
- 7.2.3 置入过程中如遇阻力，应将肛管退出 0.5~1 cm，随后边注液边送管；可遵医嘱注入少量甘油灌肠剂或医用液体石蜡润滑肠腔。

7.3 结肠灌洗

- 7.3.1 用冲洗器抽吸灌肠液，经肛管缓慢注入肠腔，注液速度不宜超过 10 ml/s，单次注入量 ≤ 100 ml。
- 7.3.2 单次注液完毕，应待粪液经肛管引出后再行下一次注液。
- 7.3.3 液体引流期间可沿结肠解剖走向按摩腹部。
- 7.3.4 注液与引流应交替进行，直至完成预定灌肠液总量；术前肠道准备者，应灌洗至引流液澄清。
- 7.3.5 出现注液困难或引流不畅时，可调整肛管位置或脉冲式注液；若处置无效，应拔出肛管，清除肛管内堵塞物后重新置管。
- 7.3.6 单次灌洗总时长宜控制在 30 min 以内。
- 7.3.7 应测量并记录腹围及引流液总量。

7.3.8 灌洗结束后，下列情况可遵医嘱保留肛管：

- 引流量少于灌入液量的 50 %，且灌肠后腹围较前增加 ≥ 2 cm 者；
- 临床分型属于长段型肠无神经节细胞症者。

8 并发症识别及处理

8.1 肠道黏膜损伤

- 8.1.1 灌肠过程中，若患儿诉肛门疼痛或引流液中带血丝，应立即停止灌洗，报告医生。
- 8.1.2 肛门局部出血可采用压迫止血。
- 8.1.3 出血持续或反复发生者，应配合医生完善检查，遵医嘱予以止血、抗感染及镇痛处理。

8.2 肠穿孔

- 8.2.1 灌肠过程中，若患儿突发剧烈腹痛/哭闹不安，腹胀进行性加重，伴面色、口唇苍白，应立即停止操作，报告医生。
- 8.2.2 发生肠穿孔者，应持续监测生命体征，遵医嘱予以禁食、胃肠减压及抗休克治疗，并完善急诊手术准备。

8.3 水电解质紊乱

- 8.3.1 灌肠过程中，若患儿出现烦躁、抽搐和乏力等症状，应立即停止灌肠，报告医生。
- 8.3.2 应监测生命体征及水电解质水平，遵医嘱行静脉补液治疗。

附 录 A
(资料性)

儿童肠无神经节细胞症分型

类型	短段型	常见型	长段型	全结肠型	全肠型
病变累及范围	痉挛段位于直肠远端	痉挛段自肛门向上延展至乙状结肠远端	痉挛段自肛门延展至降结肠、脾区，甚至横结肠	痉挛段累及整个结肠，甚至包括回肠末段	痉挛段累及全部结肠及距回盲部30 cm 以上小肠，甚至累及十二指肠
示意图					