

经肛门根治先天性巨结肠患儿的护理体会

焦 旻

[摘要]目的:探讨经肛门行先天性巨结肠根治术的护理体会。方法:对16例经肛门行先天性巨结肠根治术的患儿补充足够营养,术前采用等渗盐水行巨结肠灌肠,做好肠道准备;术后严密观察,做好护理。结果:所有患儿均痊愈。结论:术前充分的肠道准备、术后细致观察、精心护理是治愈该病的重要环节。

[关键词] 巨结肠; 结肠疾病; 外科手术; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 574.63 R 656.9 [文献标识码] A

先天性巨结肠是小儿较常见的消化道发育畸形,占婴幼儿消化道畸形的第2位^[1]。在新生儿期主要表现为胎便排出延迟、腹胀、呕吐等低位肠梗阻症状;儿童表现为顽固性便秘、腹胀、消瘦。该病可影响生长发育,应尽早实施手术治疗。传统的手术大多需要开腹切除病变段肠管,有可能引起腹腔内污染、切口感染、术后肠粘连等并发症。我院小儿外科近两年开展了经肛门根治先天性巨结肠手术^[2],取得了良好的效果,现将护理体会作一总结。

1 临床资料

1.1 一般资料 2003年12月~2004年10月,我科施行经肛门I期拖出式巨结肠根治术16例,其中男10例,女6例;年龄45天~6个月。均有先天性巨结肠的典型症状、体征,钡剂灌肠、X线摄片提示为普通型巨结肠,术后均经病理证实。本组患儿在常规肠道灌洗、服药3~5天后,行经肛门I期拖出式巨结肠根治手术,切除病变结肠22~37 cm³。

1.2 结果 所有病例术后24 h左右肠道功能恢复,开始排气排便。术后应用抗生素、葡萄糖、能量、营养支持。术后4~7天痊愈出院,出院时体温正常,能正常进食,排便略多,无腹胀。近期随访术后大便次数增多,排稀便。2个月后逐渐为成形大便,

趋于正常。术后未发现小肠结肠炎,营养发育正常。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 饮食护理 患儿入院后即进行饮食指导,向患儿的家长讲清注意饮食的重要性,以取得配合。4个月以内患儿以母乳喂养为主,稍大患儿可适当添加高蛋白和含丰富维生素的软食。巨结肠患儿因长期腹胀、顽固性便秘、反复呕吐、饮食减少、营养不良,部分患儿消瘦,术前可给予氨基酸,必要时输新鲜血、白蛋白、补液治疗,以增强体质,提高对手术的耐受力。术前一晚禁食。

2.1.2 肠道准备 因本组患儿病变的狭窄段均位于乙状结肠远端,故术前1周开始每日用生理盐水巨结肠灌肠1次,口服抗生素做肠道准备,术前1天晚及术日晨清洁回流灌肠。灌肠液为温生理盐水(或温开水500 ml加食盐4.5 g,温度以25~30℃为宜,忌用白开水,以免发生水中毒。新生儿一般每次灌入20~30 ml,儿童为50~100 ml,分数次灌入、吸出,反复进行,禁止一次灌入大量液体,总量控制在每天100~150 ml/kg。体位:取平卧位,横躺于床的一侧,两腿分开,臀下铺胶单,床下放污物桶。选择粗细适宜的肛管,太粗易损伤肠黏膜,太软或太细易在肠内打折,用台金冲洗器缓慢注入。准确测量灌入和排出量,使出入量基本相等,或出量稍多于入量,尽量不让过多的液体滞留在结肠内。如回流不

[收稿日期] 2004-04-20

[作者单位] 蚌埠医学院附属医院 小儿外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 焦旻(1978-),女,护师。

好的临床效果。但在实施过程中,科学的护理方法,加强降温及复温过程中的呼吸、循环、体位等方面的护理是保证治疗顺利成功的重要因素。对生命体征的监测及循环系统功能的监护,保持呼吸道通畅是确保临床疗效、降低病死率、改善预后的有效措施。

[参 考 文 献]

[1] 王敏,王传秋,朱娅萍.亚低温治疗重型颅脑损伤的监测和护理[J].实用临床医药杂志,2005,9(2):32-34
[2] 李梦东主编.实用传染病学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1998:184

[3] 史伟.重症颅脑损伤患者亚低温治疗的护理[J].蚌埠医学院学报,2005,30(2):172-173
[4] 魏登惠.亚低温治疗重症颅脑损伤的监护[J].蚌埠医学院学报,2001,26(6):548-549
[5] 曲凤英,李莉,郑吉珍.亚低温治疗重型颅脑损伤的护理[J].中华腹部疾病杂志,2003,3(4):294-295
[6] 俞兰观,周群,何贤妹.重型脑外伤病人选择性脑亚低温治疗的护理[J].中华护理杂志,2003,38(6):437-439

畅,即调整肛管位置,或按摩腹部,以协助注入液回流。注意事项:(1)灌肠前一定要观看 X线片,了解病变段的位置,以确定适当的插管深度;注意润滑肛管,头端轻柔地插过狭窄段,达到扩张段,切勿使用暴力,以免造成肠穿孔。因新生儿肠壁菲薄,且较短,故插管时更应慎重。(2)灌肠时,冬天注意保暖(因小儿体温调节中枢发育尚未成熟,加之小儿有相对大的体表面积和较少的皮下脂肪,二者均会使热量散发),要将腹部及上肢包裹好,尽量少暴露。(3)灌肠时由两位护士操作效果较好,一位灌洗,另一位按摩腹部,保证灌多少、出多少。灌肠中密切观察患儿面色、脉搏、呼吸及灌肠回流液的颜色。术前 4~6 h 禁饮食,术日晨置胃管、尿管。

2.1.3 家长心理指导 经肛门结肠拖出术根治巨结肠是一项新开展技术,大部分家长对其缺乏了解,护士应详细向家长介绍经肛门行巨结肠根治术的优点:单纯经肛门直肠手术,对腹腔干扰小、出血少,减少腹腔污染机会,术后形成肠粘连机会少。经直肠内分离,保留了肛管括约肌及局部的血供、神经,不影响大小便的控制,也避免了盆腔结构的损伤。术后恢复快、住院时间短,减少了患儿家属的经济负担和精神负担,而且体表无瘢痕,基本无并发症。通过真诚交流取得家长的信任。

2.2 术后护理

2.2.1 监测生命体征 (1)监测心率:经肛门结肠拖出术根治巨结肠,小儿全身麻醉或手术的刺激均可使心率加快;在低血容量初期,亦可出现心动过速。因此,小儿围手术期补液非常重要,监测心率是实施液体疗法的重要指标。术后在监测心率的同时,输液速度不宜过快,控制在 $10 \sim 12 \text{ ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$,约每分钟 3~4滴,防止心血管系统过负荷引起肺水肿、心功能衰竭。(2)监测体温:由于患儿体温调节中枢不完善,加之麻醉、手术及室温的影响,小儿易出现高热或体温不升,因此要注意降温与保暖。结肠手术后禁用肛表。测腋温应擦干患儿腋下,将体温计的水银端放在腋窝深处,将上臂贴紧身体夹紧,10 min后取出,如认为测得的体温可疑应重新测温,如高于 38.5°C 应物理降温。(3)监测呼吸:观察患儿呼吸频率和深度的变化,常规吸氧,保持患儿呼吸道通畅。(4)监测尿量:尿量是反映循环血容量的重要指标,通过监测尿量可调节补液的速度和补液的总量。

2.2.2 营养支持与进食 如患儿术前有营养不良,术后可继续给予氨基酸、营养液支持治疗。术后禁食,待胃肠功能恢复,胃管拔除后方可母乳喂养,稍大患儿可进食少量无渣流质,以减轻对肠道的刺激,

减少排便次数,可减少大便对吻合口的污染,促使吻合口愈合。

2.2.3 肛门护理 由于部分结肠切除,吸收水分功能降低,术后早期导致排便次数增加,多呈稀水样便,易侵蚀肛周皮肤,影响吻合口愈合,以及造成会阴、肛门周围皮肤感染、糜烂、疼痛。因此,需加强肛门护理,以保持肛门及周围皮肤的清洁干燥,利于切口愈合。每次便后及时用利凡诺棉球擦拭肛门及周围皮肤,亦可用氧化锌软膏或植物油涂擦以保护肛周皮肤。

2.3 健康宣教和出院指导 出院前让患儿父母掌握喂养要领,向家长说明胃排空时间变化范围大,在一天内不同的时间对食物的要求不同,应根据患儿的具体情况做到少食多餐喂养,但短期内大便次数增加,2月后大便逐渐成形、次数减少。为预防手术后吻合口及直肠肌鞘瘢痕挛缩狭窄,指导家长学会扩肛,操作时切勿粗暴。扩肛一般在术后2周开始,每日1次,每次 $15 \sim 20 \text{ min}$ 连续扩肛6个月,如在扩肛期间患儿出现剧痛、面色苍白、出汗、吻合口出血等现象,即停止扩肛,及时入院复查。出院时将出院指导写成卡片,让家长定期带患儿来院复查。

3 讨论

先天性巨结肠是小儿比较常见的消化道发育畸形,其基本的病理变化是消化道远端肠壁内 Auerbach 神经丛和黏膜下的 Meissner 神经丛的自主神经节细胞缺如或减少,使病变的肠管丧失蠕动能力而处于痉挛状态,形成功能性狭窄和梗阻,粪便淤积在近端的结肠内。由于粪便积聚,大量细菌繁殖产生毒素,久而久之使近端结肠代偿性的扩张、肥厚、肠壁水肿,失去正常功能。先天性巨结肠主要以手术治疗为主,切除病变及扩张的肠管。术前准备很重要,除加强饮食管理、纠正贫血及营养不良外,做好肠道准备尤为重要。术前灌肠不仅可以清除肠道内的粪便,减少细菌数量及毒素,而且可减轻肠壁水肿。术前一周左右每日用温盐水灌肠,加用口服抗生素,可达到避免术后切口感染促进愈合的目的。

经肛门 I 期拖出式巨结肠根治术是小儿外科一项新开展的手术,肠道准备的充分与否是手术成功的重要关键之一,术后的观察与护理是治愈该病的重要环节。观察细致,护理措施得力,可避免或减少并发症的发生,缩短住院时间,减少经济费用。

[参 考 文 献]

- [1] 张 澍. 现代儿科学 [M]. 北京:人民军医出版社, 1998: 514-204.
- [2] 宫 莉, 徐建中, 芮有臣. 经肛门拖出或结合腹部小切口根治先天性巨结肠 34例 [J]. 蚌埠医学院学报, 2003, 29(5): 406-410.