

新生儿乙状结肠造口术后并发症的护理体会

文衡萍¹, 朱璐兰²

(1. 南华大学附属第二医院病案室, 湖南 衡阳 421001;
2. 南华大学附属第二医院新生儿科)

摘要: **目的** 总结新生儿乙状结肠造口术并发症的护理措施。**方法** 总结 2002~2010 年 102 例乙状结肠造口术后有并发症患者 33 例的护理措施, 包括加强对造口周围炎、造口狭窄、造口结肠旁疝、造口出血、造口肠管回缩、造口肠管脱垂、造口肠管坏死的有针对性的护理。**结果** 102 例患者中发生与造口有关的并发症 33 例, 并发症发生率为 32.4%, 包括造口周围炎 12 例、造口狭窄 10 例、造口结肠旁疝 4 例、造口出血 3 例、造口肠管回缩 2 例、造口肠管脱垂 1 例、造口肠管坏死 1 例。33 例发生并发症患者经精心护理均痊愈。**结论** 加强护理是治疗新生儿乙状结肠造口术后并发症取得令人满意疗效的重要环节。

关键词: 新生儿; 乙状结肠造口术; 并发症; 护理
中图分类号:R473.72 **文献标识码:**B

结肠造口又称为人工肛门, 是一种急诊情况下挽救患儿生命的手段或分期治疗的初期治疗方法, 已广泛应用于许多先天性或获得性疾病, 但并发症发生率仍较高。Duchesne 等^[1]对 164 例造口患者调查, 发现 25% 的患者发生了造口并发症。国内万德森等^[2]调查造口并发症发生率为 16.3%~53.8%, 而护理工作对造口并发症的愈后发挥着相当重要的作用, 因此加强肠造口并发症的护理工作就显得尤为重要^[3]。本文将本院 2002~2010 年间收治的 102 例新生儿乙状结肠造口的术后并发症及护理情况进行总结, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

2002~2010 年本院共实施新生儿结肠造瘘术 102 例, 其中男 55 例, 女 47 例, 年龄 1~28 天, 平均 3.1±0.4 天。原发病症为结肠急性完全性梗阻 50 例, 肠道损伤 27 例, 肠道痿畸形 15 例, 先天性肠道疾病 10 例。均行乙状结肠双腔造口术(横切口 61 例, 纵切口 41 例), 且手术顺利。术后共有 33 例发生 7 种类型的并发症(见表 1)。

表 1 33 例乙状结肠造口并发症构成情况

并发症类型	n	构成比(%)
造口周围炎	12	36.4
造口狭窄	10	30.3
结肠旁疝	4	12.1
造口出血	3	9.1
造口肠管回缩	2	6.1
造口肠管脱垂	1	3.3
造口肠管坏死	1	3.3

2 并发症及护理

2.1 造口周围炎的护理

肠造口周围皮炎是造口术后早期最常见的并发症, 发生率为 3.8%~26.9%^[4]。表现为皮肤潮红、充血、水肿、糜烂, 甚至形成溃疡、局部剧痛。本组有 8 例患儿局部皮肤红肿糜烂, 4 例出现脓肿或蜂窝组织炎, 多因肠造口开放后粪便、消化液、汗液及化学物品刺激引起, 或人工肛门袋安置不当致渗漏或压迫摩擦所致。若单纯潮红, 可在更换造口袋后选用持久性好的造口袋并涂上护肤剂, 如氧化锌软膏; 发生糜烂时将护肤粉涂在糜烂面上, 再贴上皮肤保护剂剪片, 采取双重保护, 帮助患者选择合适的护理用品; 如有真菌感染可使用酮康唑软膏等外用抗真菌制剂。制定完整的皮肤保护计划, 选择开口大小合适的造口袋, 预防皮炎发生。

2.2 造口狭窄的护理

造口狭窄分早期造口狭窄(3 例)和晚期造口狭窄(7 例)两种。早期造口狭窄多因腹壁切口过小、游离肠管过短、张力太大而回缩。晚期造口狭窄则因造口周围反复感染、局部疤痕收缩、外露肠管浆膜炎症产生肉芽组织所致。狭窄最明显的部位多在黏膜与皮肤连接处,较少累及腹壁全层。预防的关键是切口大小适当,黏膜与皮肤一期缝合,术后 1 周开始用手指定期扩张,操作时小指蘸凡士林或液态石蜡等润滑剂,插入造口并向周围扩大,但不宜过深,用力勿过大,以免损伤造口。手指扩张 1 个月无效或小指不能通过时应手术治疗。

2.3 造口结肠旁疝的护理

本组共 4 例,分两类,一为腹膜切口与肠管缝合不够严密,肠管从造口结肠与腹壁间间隙突出(3 例),如病情严重可修补薄弱的肠壁,对造口肠段与腹膜皮肤分层缝合。二为造口结肠与侧腹膜存在间隙太大,腹壁薄弱腹压增大,小肠嵌入并发内疝(1 例)。3 例结肠与侧腹膜间内疝患儿行小肠复位、间隙封闭后治愈;1 例造口结肠与腹壁切口旁疝患儿经再手术小肠回纳、裂孔修补术治愈。手术应严密缝合肠壁与腹壁的间隙,防止手术后肠胀气和感染。

2.4 造口出血的护理

造口出血通常发生在术后 48 h,一般不会造成严重后果,常因造口黏膜擦伤渗血(3 例)。一般经干棉球或 1:1 000 肾上腺素液浸润的纱布压迫止血,本组 2 例。出血量大、部位较深者需结扎止血,本组 1 例。

2.5 造口肠管回缩的护理

本组有 2 例,其原因可能与术中造口肠段游离不够、提出腹壁的张力太大及肠管完全切断过早有关。此外,术后严重腹胀,双腔造口时作支持用玻璃棒拔除过早都可导致造口肠段回缩。因此,术后应严密观察外置肠管血运情况,外置肠腔与腹壁附着是否牢靠。如有缝线脱落或松动,及时通知医生缝合固定;如患儿出现肠管回缩,造口周围出现压痛、反跳痛、腹肌紧张等腹膜刺激症状时,应立即通知医生采取措施并重新造口。肠外置作为支持用的玻璃棒应在肠壁与腹壁粘附着固定牢固,术后 7~10 天方可拔除,以免造口肠道回缩。在翻身或喂养时要注意防止外置肠管受压造成损伤,对有玻璃棒固定外置肠管者,要防止玻璃棒脱落,以免肠

道回缩。

2.6 造口结肠脱垂的护理

本组 1 例,为系膜近段肠管脱出,程度较轻未特殊处理。叮嘱患者适当掌握活动强度,避免咳嗽等增加腹内压的危险因素,在护理中应注意选择正确尺寸的造口袋,掌握正确的粘贴方法,减少换袋次数。轻度脱出一般不需处理,将脱垂的肠管从造口回纳腹腔,反复回纳无效的严重患者需手术切除多余肠段,同时修补造口处腹壁切口。

2.7 造口肠坏死的护理

造口肠管坏死是严重的早期并发症,常发生在术后 24~48 h,多由动脉损伤、血运障碍引起。术后 72 h 内须严密观察造口肠壁与皮肤缝合处有无缺血坏死,正常颜色为红或粉红,如果发现造瘘口皮肤黏膜变黑或变蓝,予拆除部分缝线,拆除缝线部位皮肤黏膜分离处给予溃疡粉填充;去除及避免一切可能加重肠造口缺血坏死的因素,如拆除腹带,避免因腹带加压而加重造口缺血;使用透明的造口袋以便于观察,造口袋的底环裁剪要恰当,底版开孔直径比造口直径略大约 1~2 cm^[5],避免底环过小使造口受压而影响造口的血液循环。本组 1 例,经及时发现和再手术重新造口治愈。

3 结 果

102 例患者中发生与造口有关的并发症 33 例,并发症发生率为 32.4%,包括造口周围炎 12 例、造口狭窄 10 例、造口结肠旁疝 4 例、造口出血 3 例、造口肠管回缩 2 例、造口肠管脱垂 1 例、造口肠管坏死 1 例。33 例发生并发症患者经精心护理而痊愈。

4 讨 论

肠造口是一种常用的外科治疗手段,它是将小肠或结肠在腹壁做成人工肛门,以解除梗阻,恢复肠道通畅,或使粪便暂时不进入远侧结肠,避免病变或手术处肠段受粪便污染,以减少感染机会。儿童肠造口与成人肠造口的最大区别是暂时性(非永久性),在肠造口术后 3~6 个月,待临床症状消除或缓解后即需施以造口闭合术恢复正常的肠道功能。造口多选择在横结肠、乙状结肠或末端回肠。造口手术方法一般分为双腔造口、单腔造口和导管造口。

(下转第 430 页)

(上接第 425 页)

小儿尤其是新生儿造口的并发症较成人高,故造口术后护理尤为重要^[6]。

新生儿期行造口术的患儿,由于原发疾病的消耗和手术创伤,致使其组织完整性受损,导致代谢失衡。尤其是营养不良的患儿,更易出现并发症。因此肠道外营养护理的准确、及时,是保证患儿术后康复的基础。术后禁食 2~3 天,由静脉输液补充营养,留置胃肠减压管,保持引流管通畅,准确记录 24 液体出入量,以提供补给营养的根据,防止水、电解质紊乱。肠造口开放后患儿宜喂养清淡、易消化、富含营养的少渣饮食,以豆制品、蛋、鱼为佳,避免太稀或粗纤维太多的食品,以使大便干燥,便于清洁处理。生活起居有规律,保证足够的睡眠和休息,以促进生长发育。

新生儿乙状结肠造口后需密切观察造口颜色、水肿、排泄的情况。造口肠管黏膜正常颜色像嘴唇内部黏膜的鲜红色,富有弹性,布满毛细血管,若呈淡红色或紫黑色,可用消毒针头刺造口肠管基底部,如无新鲜血渗出,考虑造口早期缺血,应立即报告医生及时处理。当肠黏膜为淡红色发亮时则说明黏膜水肿。初期造口黏膜发生水肿多为局部淋巴回流障碍所致,可用 50% 硫酸镁溶液或甘油湿敷。在更换造口袋时检查黏膜色泽,排泄物的颜色、性质、量及气味。有粪便泄露污染时要立即用温水洗净,保持

造口周围皮肤清洁、干燥。造口狭窄而排便困难者,必要时可再次手术,重做造口。

新生儿乙状结肠造口术是一种急诊肠造口术,其并发症的发生率较高,可能因为对扩张的肠管未作准备即行手术,或者造口肠祥血循环常有障碍。专业熟练的造口护理方法及尽早闭合造瘘可减少并发症的发生。本组 102 例乙状结肠造口中 33 例发生造口相关并发症,经相应治疗和合理饮食,细心观察并发症及精心护理均痊愈,说明细心观察并发症及精心护理其并发症可以得到理想的临床效果。

参考文献:

- [1] Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, et al. Stoma complications: a multivariate analysis[J]. American Surgeon Surg, 2002, 68(11): 961-966.
- [2] 万德森, 陈功, 郑美春, 等. 永久性乙状结肠造口的手术方法及并发症的防治[J]. 中华胃肠外科杂志, 2003, 6(3): 154-156.
- [3] 马新生. 新生儿及婴儿腹部手术后肠外瘘 4 例临床分析[J]. 临床小儿外科, 2010, 9(1): 78-79.
- [4] 朱安, 史熠, 张根福. 肠造口周围皮肤糜烂[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2001, 7(1): 38-39.
- [5] 梁明娟, 李燕, 李少华, 等. 回肠造口并发症的护理干预[J]. 岭南现代临床外科, 2005, 5(4): 318-319.
- [6] 张琼, 钱小芳. 新生儿肠造口 3 例护理体会[J]. 福建医学, 2005, 27(2): 177-178.