

1 例高位肠痿伴腹壁缺损患者的围手术期护理

罗雪梅, 杨婕, 蒋理立

Perioperative nursing care of a patient with high level intestinal fistula and abdominal wall defect Luo Xuemei, Yang Jie, Jiang Lili

摘要: 对 1 例高位肠痿伴腹壁大面积缺损患者,入院早期禁饮禁食,配合术前静脉营养输入,纠正水电解质紊乱及痿口周围皮肤状态后,经肠切除肠吻合联合带蒂皮瓣转移—自体皮片移植,术后无吻合口痿、感染、腹腔脓肿、静脉血栓等并发症发生,顺利从全静脉营养到完全肠内营养过渡,营养状况得到改善。术后第 10 天,患者腹壁转瓣区域、植皮区域及大腿取皮区域愈合,顺利出院。提出对此类患者需做好围术期营养管理、体液管理,痿口周围、植皮区及供皮区皮肤管理,为手术的顺利进行奠定基础,并有助于改善患者预后。

关键词: 肠痿; 腹壁缺损; 带蒂皮瓣转移; 皮片移植; 营养不良; 全静脉营养; 肠内营养; 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.11.029

高位肠痿因常合并肠液及消化液对痿口周围皮肤的腐蚀和刺激,创面护理难度较大,极大地限制患者的饮食活动,且整体预后不佳^[1];外科手术联合围手术期优质个体化护理是高位肠痿患者可选择的有效治疗方式^[2]。2018 年 8 月,我科收治 1 例因肠道手术并发症致近端空肠痿患者,该患者合并 6 cm×6 cm 腹壁缺损,经肠切除肠吻合联合带蒂皮瓣转移—自体皮片移植的手术方式,联合围手术期个体化护理,治疗效果满意,现将其护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 男,69 岁。小肠梗阻术后切口感染导致小肠痿,2015 年因幽门梗阻行远端胃大部切除术,1 年前再次因不明原因肠穿孔于当地医院行肠穿孔修补术;9 个月前因空肠梗阻行梗阻部位肠切除吻合术,此次术后出现肠痿,于当地医院将痿口处空肠两断端拖出固定于腹壁,并经远端空肠置入肠营养管。患者长期经中心静脉置管肠外营养联合空肠营养管营养支持,同时患者及家属自行护理创面。入院时评估:患者一般情况可,生命体征平稳,营养状况极差,重度营养不良(身高 165 cm,体质量 41 kg, NRS2002 营养风险筛查表评分结果为 5 分)。专科查体:中上腹部可见原手术瘢痕,手术瘢痕处可见约 6 cm×6 cm 腹壁缺损,外露近远两断端空肠,肠管色泽红润,蠕动可,近端空肠大量肠液及消化液分泌溢出,远端空肠营养管固定在位;痿口周围大面积皮肤潮红伴红疹、糜烂,全腹软,无明显压痛及反跳痛。辅助检查:血红蛋白 94 g/L,总蛋白 59.4 g/L,白蛋白 33.3 g/L。消化道造影检查示:①吻合口未见异常,残腔胃充盈良好,未见充盈缺损,十二指肠旷置;②小肠—前腹壁痿道形成,小肠显影良好,未见梗阻征象。全腹增强 CT 示,右前腹壁局部缺损,肠管外露,相邻肠管壁增厚粘连。

1.2 方法 入院后予以生长抑素抑制消化液分泌、痿口周围皮肤专科护理、静脉营养联合肠内营养,待痿口

周围皮肤无潮红、糜烂,行剖腹探查:痿口肠管切除肠吻合—肠粘连松解术,术中经整形外科医生评估后一并转移右侧腹壁带蒂皮瓣覆盖腹壁缺损区域,取右侧大腿游离皮片移植于转瓣区域。术后予以抗感染、静脉营养、肠内营养、转瓣及植皮区域专科护理等。

1.3 结果 手术历时 3 h,术中未输血,手术顺利,术中麻醉满意,术毕安返病房。术后第 3 天肛门恢复排气,流质饮食、软食逐渐过渡到普食,少食多餐,顺利从全静脉营养到完全肠内营养过渡,营养状况得到改善。术后无吻合口痿、感染、腹腔脓肿、静脉血栓等并发症发生,术后第 10 天,患者腹壁转瓣区域、植皮区域及大腿取皮区域愈合,顺利出院。术后 1 个月随访,患者情况较好,体质量 45 kg,肠痿愈合。

2 围术期护理

2.1 营养管理 本例患者持续肠痿,经口禁食,入院 24 h 内 NRS2002 评分 5 分,经营养科会诊考虑重度营养不良,同时因患者无法经口进食,营养科配制营养液,经空肠营养管注入,每天 1 袋,每袋主要营养成分能量 1 842 kJ,蛋白质 17.6 g,脂肪 4.4 g,碳水化合物 81.4 g,并配合静脉输入脂肪乳氨基酸葡萄糖注射液(商品名卡文,1 440 mL/d)4 d,期间监测血糖及电解质情况。患者术后早期禁食禁饮,经营养科会诊,结合术前重度营养不良及手术创伤应激等情况给予全静脉营养(三升袋),全天能量需要量约 7 116 kJ,蛋白质 75 g 左右,经中心静脉行肠外营养支持,术后第 2 天输入白蛋白 20 g,监测白蛋白、血糖和电解质,根据监测水平调整胰岛素和电解质用量,术后第 2 天嘱进水,少量多次,总量约 200 mL,逐日增加,营养师配制营养粉,术后第 3 天根据患者耐受情况,口服营养粉,15 g(1/3 袋)+温开水 50 mL,每天 3 次,每袋主要营养成分能量 670 kJ,蛋白质 6 g,脂肪 2 g,碳水化合物 30 g, K⁺ 150 mg, Na⁺ 88 mg, Ca²⁺ 48 mg,适量增加流质饮食并酌情减少全静脉营养补液量,期间无腹胀、呕吐、腹泻。患者术后第 6 天突发呕血,呕吐物为鲜红色血性液含较多食物残渣,共计约 500 mL,急查血常规:白蛋白 23 g/L,血红蛋白 52 g/L,红细胞 2.1×10¹²/L,血小板 346×10⁹/L,白细胞

$9.89 \times 10^9/L$;结合患者长期禁饮禁食及手术创伤应激情况,考虑上消化道应激性出血可能,给予禁食、禁饮,哌拉西林他唑巴坦(特治星)抗感染,奥美拉唑抑制胃酸分泌,卡络磺钠及凝血酶(商品名巴曲亭)止血,静脉输注红细胞悬液 3 U、白蛋白 20 g 连续输入 3 d 及相关对症处理;并监测血常规及生化电解质,2 d 后逐步恢复经口流质半流质饮食。

2.2 体液管理 患者因重度营养不良,术前体质量 44 kg,术后液体以预防性抗生素使用及全静脉营养补液为主,监测肝肾功能及电解质无明显异常,术后 6 d 出现应激性消化道出血,输入羟乙基淀粉(商品名万汶)500 mL、加快补液等,病情稳定后逐步恢复经口进食,在院期间未出现电解质紊乱等情况。

2.3 皮肤管理 患者因长期大量消化液分泌溢出且患者及家属的不当护理,瘘口周围皮肤长时间受消化液刺激,入院时瘘口周围皮肤约 $11\text{ cm} \times 11\text{ cm}$ 存在明显潮红伴红疹、糜烂情况,以瘘口为中心有 $6\text{ cm} \times 6\text{ cm}$ 腹壁缺损。入院后经胃肠外科、烧伤整形科、营养科及重症医学科会诊,拟行带蒂皮瓣转移解决瘘口创面问题,但瘘口周围创面情况较差,将显著增加皮瓣移植感染相关风险;讨论后先给予微泵持续静脉泵入生长抑素 $6\text{ mg} +$ 生理盐水 50 mL (泵速 2.1 mL/h),以减少消化液分泌;同时密切观察肠黏膜颜色,及时清洗,清洗后将造口护肤粉、3M 无痛皮肤保护膜或其他抗生素软膏或氧化锌涂在创面周围,保护周围皮肤,减少渗出物对皮肤的刺激,维持瘘口周围皮肤干燥。经过细心护理,术晨周围皮肤清洁干燥,无皮肤潮红,红疹消退,糜烂部位愈合。

术后皮肤管理的重点是加强植皮区及供皮区的皮肤护理。对于植皮区皮肤,嘱健侧卧位,勿摩擦及压迫以防止皮片移位。密切观察转移皮瓣,皮瓣淡粉红色,与肉芽创面贴合紧密,观察转移皮瓣皮下有无积血、积脓,保持敷料清洁干燥,用凡士林纱布覆盖保护伤口,植皮区禁用红外线烤灯照射。供皮区采用红外线烤灯照射,能促进创面干燥、结痂、缓解疼痛。供皮区皮肤用纱布覆盖包扎,红外线烤灯照射持续 $4 \sim 6\text{ h/d}$;烤灯距离创面 $30 \sim 50\text{ cm}$ 或根据患者对热的感受确定距离,避免温度过高或过低,致使疗效较差或灼伤皮肤^[3];红外线烤灯照射 6 d 后供皮区皮肤干燥,无渗液。

2.4 疼痛管理 入院患者数字疼痛评分(Numerical Rating Scale,NRS)^[4]为 1 分,给予疼痛健康宣教,NRS 数字疼痛评分 >3 分时需使用镇痛药,术前疼痛评分无变化;术后留置针处接自控镇痛泵(PCA),术后 72 h 拆除 PCA,未诉疼痛,预防性静脉输入镇痛药。术后 7 d,遵医嘱静脉输入氟比洛芬酯 50 mg ,1 次/d,15 min 后疼痛评分 2 分,术后第 4、5 天夜间诉疼痛,疼痛评分为 5 分,遵医嘱予曲马多 100 mg 肌肉注射,30 min 后疼痛评分 1 分,无恶心、呕吐等不适。

2.5 静脉血栓的预防 入院时 Caprini 静脉血栓风险评分^[5]为 4 分,未予处理。术后 24 h 无明显出血

风险后,给予依诺肝素钠 0.4 mL ,1 次/d,皮下注射预防血栓,配合使用下肢加压弹力袜,协助翻身活动,协助早期下床活动,每周复评,未发生静脉血栓。

2.6 围术期心理护理 入院后使用华西心情指数评估表^[6]快速筛查患者有无抑郁、焦虑情绪及自杀风险等问题。该患者心情指数评分 4 分,无明显异常,患者轻度焦虑。责任护士每日及时与患者沟通交流,介绍肠痿疾病及手术相关的知识,并仔细交代治疗中需要注意的问题,增加患者对疾病治疗的信心,患者的心理压力缓解,配合治疗及护理。

3 小结

对于高位肠痿伴大面积腹壁缺损患者行带蒂皮瓣移植术,术前胃肠外科联合整形科、营养科等科室的多学科会诊,结合患者重度营养不良及痿口周围糜烂的皮肤状况制定个体化治疗方案,纠正患者水电解质紊乱并显著改善痿口周围皮肤状态,使手术得以顺利开展。术后患者的个体化护理重点在于精细化控制补液量,优先保障必要治疗及静脉营养,同时鼓励早期进食及向流质半流质饮食的过渡。但此病例也存在一定的教训值得注意,即手术创伤刺激及长期禁饮禁食带来的应激性消化道出血风险,需在围手术期诊疗护理中加以辨别和处理,必要时可于术后预防性使用抑酸或胃黏膜保护药物。对于转瓣区、取皮区的护理以及深静脉血栓预防和疼痛管理等需要患者及家属充分知情、配合的诊疗护理项目,务必在过程中反复予以宣教。此外,必要的疼痛管理和心理干预有利于患者舒适度的改善以及心理状态的改良^[7-8]。

参考文献:

- [1] 孙陈,薛阳阳,施天奇,等.1 例多发肠痿致腹腔感染行腹部植皮术后患者的护理[J]. 护理学杂志,2016,31(16):39-41.
- [2] 黄涛.胃肠手术后肠痿治疗时机及方式的选择效果分析[J]. 中国现代医生,2018,56(26):49-51.
- [3] 范明枝,孙颖.红外线烤灯照射对头部供皮区烧伤患者创面愈合的疗效观察[J]. 解放军护理杂志,2018,35(11):64-66.
- [4] Castarlenas E, Sánchez-Rodríguez E, Vega R L, et al. Agreement between verbal and electronic versions of the numerical rating scale (NRS-11) when used to assess pain intensity in adolescents[J]. Clin J Pain, 2015, 31(3):229-234.
- [5] 刘晓涵.住院患者静脉血栓栓塞症风险评估工具的应用研究[D]. 上海:第二军医大学,2015.
- [6] 刘珊珊,郑儒君,李俊英,等.华西心情指数在肿瘤科护士心理状况测定中的应用[J]. 四川医学,2017,38(11):1330-1335.
- [7] 李怡,刘晶,张唯怡.外科护士疼痛干预认知状况调查及管理建议[J]. 临床研究,2019,27(2):178-180.
- [8] 周春香,唐静华,叶惠芳,等.呼吸衰竭行无创呼吸机治疗患者的舒适化心理护理[J]. 护理学杂志,2017,32(1):72-74.

(本文编辑 赵梅珍)