

绞窄性肠梗阻的观察与护理

单红兰

(江苏省盐城市第三人民医院 护理部, 江苏 盐城, 224001)

关键词: 绞窄性肠梗阻; 手术治疗; 护理

中图分类号: R 473.5 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2012)22-0175-02

绞窄性肠梗阻因有血液循环障碍, 可以导致肠壁坏死, 穿孔与继发性腹膜炎, 可发生严重的脓毒症, 休克, 心肺功能障碍, 如处理不及时, 死亡率甚高^[1]。现对本院 5 年来收治的经手术确诊的 32 例绞窄性肠梗阻患者的临床资料进行分析, 以期绞窄性肠梗阻能得到较早的诊断与治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院 2005 年 4 月 - 2010 年 5 月期间手术确诊的 32 例绞窄性肠梗阻患者的临床资料, 其中男 19 例, 女 13 例, 年龄 2~72 岁。绞窄性肠梗阻原因: 乙状结肠癌并梗阻致结肠破裂 1 例, miles 术后造瘘口狭窄致结肠破裂 1 例, 肠套叠 2 例, 1 例为儿童, 1 例为成人黑斑息肉病, 内疝 2 例, 肠系膜血栓形成 4 例, 束带卡压 20 例。

1.2 观察与护理

综合观察患者临床症状, 体征, 体温, 血象, 协助做好 X 片与 CT 检查。

1.2.1 按急腹症护理: 通知患者禁食、禁饮, 持续胃肠减压、输液及抗感染治疗, 禁止使用止痛剂, 以免影响对腹部体征的观察。重点观察患者体温变化, 密切观察腹痛及腹膜炎体征, 经处理后, 如症状缓解, 有望保守治疗; 如体温升高, 腹痛进行性加重或由间断性腹痛发展为持续性腹痛, 腹膜刺激征由无到有, 由轻到重, 则积极做好术前准

备。要注意胃肠减压有无血性液体及血便。行 X 片与 CT 检查需要搬动, 患者胃肠减压、输液及导尿管限制了患者的活动, 需要周到协助, 完成上述检查。

1.2.2 心理护理: 本组患者都很紧张、焦虑。护士最重要的是关心、安慰患者, 尽力减轻患者的痛苦, 护士可通过体态语言表示对患者的关怀和帮助, 如增加巡视的次数; 延长观察病情时停留的时间; 稳重和自信的表情; 轻握患者的手给予鼓励; 护理操作时轻、准、稳; 询问病情时语言简单明了, 使患者强烈地感受到他被重视、被关心、被爱护, 以稳定患者的情绪, 便于治疗护理措施的落实。

2 结果

绞窄性肠梗阻发病急骤, 且迅速加重, 早期腹痛剧烈, 常无静止期, 呕吐频繁发作, 可有血性呕吐物, 腹部有腹膜炎体征。可有局部隆起或触及孤立胀大的肠体, 腹腔穿刺可有血性液体, 全身变化快, 体温升高, 甚至出现休克, X 线诊断显示孤立扩大的肠体, CT 可提示实质性肿块, 腹腔扩张, 腹腔积液, 患者临床表现见表 1, 实验室及器械检查见表 2。腹痛到手术时间 3~93 h 不等, 平均 53 h。入院时立即手术 6 例, 肠系膜血栓形成 2 例, 内疝 2 例, 小儿肠套叠 1 例, 束带卡压 1 例, 其余非手术治疗再中转手术。

表 1 患者临床表现

症状	持续性腹痛		胃肠减压血性液体、血便		腹膜刺激征		体温升高	
	入院	术前	入院	术前	入院	术前	入院	术前
例数	6	32	3	18	6	32	4	30

表 2 患者实验室检查

症状	白细胞升高		X 线见气液平		CT 检查明确为绞窄性肠梗阻	
	入院	术前	入院	术前	入院	术前
例数	10	28	32	32	2	7

收稿日期: 2012-05-08

基金项目: 中国高校医学期刊临床专项资金(11220126)

3 讨 论

本组 32 例绞窄性肠梗阻,入院时 6 例,临床表现为持续性腹痛,腹膜炎体征,体温升高,白细胞升高,其中 2 例 CT 显示血管栓塞,而诊断绞窄性肠梗阻而急诊手术,3 例胃肠减压有血性液体或血便。余 26 例表现为阵发性腹痛,呕吐,腹胀,肛门停止排气排便,X 线,CT 检查可见肠腔积气,积液而考虑为单纯性肠梗阻而予胃肠减压,输液治疗。临床症状不缓解,出现持续性腹痛,腹膜炎体征,发热,白细胞升高,CT 出现腹腔积液,肠壁系膜改变考虑为绞窄性肠梗阻而中转手术治疗。

26 例中有 2 例为肠系膜上静脉血栓形成,1 例有脾切除病史,静脉血栓形成的症状为逐渐加重的腹部不适,腹胀,食欲不振,与大便习惯改变,这些症状可持续 1~2 周,然后突发剧烈腹痛,呕吐,部分患者有腹泻,血便,腹部检查可见腹胀,有压痛,肌紧张,也可有腹水,早期有肠鸣音活跃,以后肠鸣音减弱或消失,CT、肠系膜血管增粗扩张,不强化或环状强化,血管闭塞。肠系膜静脉血栓形成早期症状无特异性,一旦血栓形成导致肠坏死出现腹膜炎临床上才明确诊断。确认主要靠 CT 检查或肠血管造影,Ofer^[2]报道,CT 血管成像对肠系膜缺血性病变的诊断正确率可达到 95.6%。本组 4 例肠系膜缺血病例,2 例入院时急诊手术,2 例非手术治疗中转手术,对于缺血性肠病在绞窄性肠梗阻发生前能够诊断并得到治疗目前还是一个难题。

26 例中 2 例由于结肠梗阻导致结肠破裂,腹膜炎而手术的患者教训深刻,1 例为 miles 手术后造瘘口狭窄,1 例为结肠癌并梗阻。该两例患者入院后术前准备中发生结肠破裂,结肠梗阻时因盲瓣具有单向阀的作用,气体液体仅能向结肠灌注而不能返流至小肠形成闭袢型梗阻,结肠呈极度扩张,加上结肠薄,易发生结肠穿孔,对于腹胀明显的结肠梗阻,尽早手术,就可避免类似事情的发生。

26 例中 1 例黑斑息肉病并发肠套叠,由于病史典型,患者有家族病史,口腔,手足有黑色素沉着。CT 检查,肠壁呈同心周征改变。诊断明确,但该患者有多次腹痛史后自行缓解,临床医师放

松警惕,而采用非手术治疗。对于成人肠套叠常由肠管病变引发,临床不主张非手术治疗,一旦明确,即考虑手术治疗。该患者入院时并无腹膜炎体征,应该说错失了手术时机。

26 例中 21 例患者为粘连性肠梗阻,手术探查为束带、卡压导致肠坏死。其中多数患者有多次腹痛史,入院时大多无绞窄性肠梗阻现象。非手术治疗过程中,出现绞窄性肠梗阻而中断手术治疗,入院到手术时间 8~76 h,如何预测粘连性肠梗阻会演变成绞窄性肠梗阻而在肠管坏死前手术是一个难题,检索文献只有关于如何早期判定绞窄性肠梗阻的存在。Tsumura^[3]报道多因素分析显示全身炎症反应综合征与肌紧张可作为绞窄性肠梗阻的预测指标。本组病例都有腹膜炎体征,30 例体温升高,白细胞升高 28 例,与此相符。Jancelewicz^[4]多因素 logistic 回归分析显示,对于绞窄性肠梗阻 CT 图像上增厚肠壁变薄是最重要独立因素(LR9.3),肌紧张,白细胞升高(LR 为 2.8 和 1.7),也可作为预测因素。对于绞窄性肠梗阻 CT 诊断,我们经验不多,术前明确只有 7 例,对于此类患者病情有变化要即时进行 CT 检查,对比分析,尽可能早的作出诊断而中转手术。

通过对本组 32 例绞窄性肠梗阻的分析,我们认为,对于入院后诊断为单纯性肠梗阻,决定非手术治疗的,要重点观察患者的体温,腹痛的演变,腹膜刺激征,协助患者做好血象、X 线片与 CT 检查,对出现持续性腹痛、腹膜炎体征,体温、白细胞升高及相应 CT 影像改变时应及时中转手术。

参 考 文 献

- [1] 黎介寿. 黄家骊外科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008: 1485.
- [2] Ofer A, Abadi S, Nitecki S, et al. Multidetector CT angiography in the evaluation of acute mesenteric ischemia[J]. Eur Radiol, 2009, 19(1): 24.
- [3] Tsumura H, Ichikawa T, Hiyama E, et al. Systemic inflammatory response syndrome(SIRS) as a predictor of strangulated small bowel obstruction[J]. Hepatogastroenterology, 2004, 51(59): 1393.
- [4] Jancelewicz T, Vu L T, Shawo A E, et al. Predicting strangulated small bowel obstruction: an old problem revisited[J]. J Gastrointest Surg, 2009, 13(1): 93.