

## 肠镜辅助纽扣内置堵压治疗结肠瘘的护理

卫 璠, 方 珍, 何秀英, 应月强

[摘要]目的:探讨经肛肠镜辅助下纽扣内置瘘口堵压治疗结、直肠吻合口瘘的护理配合。方法:心理护理消除患者顾虑,做好术前准备,加强术后引流管和牵引线的管理,合理冲洗,指导饮食。结果:提高了患者治疗的信心和依从度,减少了护理工作量,降低了费用,3例患者均获良好的效果。结论:系统的护理配合,为经肛肠镜辅助下纽扣内置瘘口堵压治疗结、直肠吻合口瘘的成功提供了有力的保障。

[关键词] 肠瘘; 肠镜术; 护理

[中国图书资料分类法分类号] R 656.1

[文献标识码] A

大肠术后吻合口瘘是严重的并发症之一,处理困难,住院时间长,护理量大且难度增高。常规处理方法有手术和非手术治疗,后者有引流冲洗及各种堵瘘或生物胶填充等治疗<sup>[1]</sup>。2009年3月至2010年8月,我科在肠镜辅助下采用纽扣经肛门内置肠腔瘘口堵压,成功治疗结、直肠吻合口瘘3例,取得良好效果。现就护理体会作一报道。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组3例中,男1例,女2例;年龄62~77岁。均为大肠癌术后吻合口瘘。分别于术后12~15d发现腹腔引流管引出粪便样液体,经冲洗5~7d后,引流管造影证实为吻合口瘘,瘘口分别距肛缘10cm、13cm、25cm,最大直径4.5mm。3例患者均在肠镜辅助下经肛门行纽扣内置肠腔堵压瘘口治疗(以下简称内堵术)。

1.2 治疗方法 在肠镜辅助下将导丝经引流管插入肠腔并拉至肛门外,通过导丝将系有纽扣的丝线从引流管内拉出固定,使纽扣覆盖在肠腔瘘口处。术毕,从原引流管置入一根细管作点滴冲洗用,引流管接引流袋。采用生理盐水和甲硝唑交替点滴腹腔引流管冲洗,每天2~3次,冲洗时间7~9d,剪断牵引线后再根据引流情况冲洗1~3d。

1.3 结果 3例分别于7~9d剪断牵引线,纽扣自然脱落经肛门排出;10~15d引流管造影,证实结肠瘘口已闭合;18~20d拔出引流管痊愈出院,住院时间30~41d。3例患者术后分别于2周、1个月、3个月门诊随诊,大便正常,原引流口处无压痛,引流管处瘢痕愈合。

### 2 护理

2.1 心理护理 主动关心患者,以换位思考的理念去理解患者及家属的感受,耐心、细致的做解释工作;同时要向患者及家属详细讲解内堵治疗方法是一种微创操作,术后可以正常饮食和下床活动,生活可完全自理,使患者以积极心态配合治疗。

2.2 术前护理 术前根据造影确定瘘口大小准备纽扣,消毒备用,一般选择纽扣的面积约是瘘口大小的1倍左右;根据瘘口距皮肤及肛缘的距离选择长度合适的导丝和丝线。肠道准备遵消化科专科医嘱,术前3d开始以高热量流质饮食为主,术前1d进无渣流质,术前3~5h口服20%甘露醇导泻,避免使用强刺激性泻药,防止肠蠕动过快引起腹痛;禁止清洁灌肠,以免瘘口扩大、炎症扩散等。

2.3 术后护理 术后监测生命体征的同时,观察有无腹痛、腹胀、腹泻等;遵医嘱给予抗感染、营养支持等对症治疗;术后当日即指导患者进无渣流质,次日开始正常饮食。护理重点:(1)观察腹腔引流情况,准确记录引流液的颜色、量、性状。注意无菌原则,交替使用甲硝唑+生理盐水自引流管滴水冲洗,每天2~3次,及时更换引流袋,避免瘘液溢出瘘口或在引流管内积存。(2)严密观察瘘口情况,保持瘘口周围的皮肤清洁干燥,及时清除引流管周围的分泌物和具有腐蚀性的肠道液体,根据需要用清水清洁皮肤,忌用刺激性的清洁剂,不可用力擦洗以免损伤皮肤,局部可以涂一些氧化锌软膏等保护皮肤。(3)配合医生做好引流管的管理,注意固定引流管,防止引流管脱出、移位、扭曲或折叠,以确保引流通畅。(4)牵引线固定于一卷绷带上(绷带的直径与处理后的腹壁外引流管长度基本相同),绷带用胶布固定于腹壁上,严密观察牵引线的松紧度,防止牵引纽扣的外固定线松脱,达不到堵压目的。(5)嘱

[收稿日期] 2010-11-08

[作者单位] 安徽省宣城市人民医院 普外科 242000

[作者简介] 卫 璠(1974-),女,主管护师。

患者使用便盆排便,严密观察大便性状,注意有无脓血便,防止因纽扣过分压迫导致局部肠壁坏死,同时注意每次大便中有无纽扣自行脱出。当堵瘘成功剪断牵引丝线后,注意观察患者有无腹痛、腹胀,直至看到粪便中的纽扣为止。

2.4 出院指导 保持愉快的心情,生活规律;调理饮食,多喝水,进高能量、易消化的食物,避免辛辣、刺激饮食;保持大便通畅,注意大便次数、性状和颜色;注意个人卫生,保证肛周清洁;注意保护原引流口,避免过度擦洗和搔抓,防止继发性感染;若腹部不适和大便异常及时就医。定期随访。

### 3 讨论

内堵术对肠道的连续性和粪便排出都影响不大,因纽扣为扁平半弧形,随着肠内压力增高而对瘘口堵压的压力增大,有效地阻断了肠内容物流出,避免肠内容物对瘘口周围组织消化腐蚀,从而减轻瘘道周围组织的感染,促进瘘口自愈<sup>[2]</sup>。本组 3 例均为左半结肠瘘,术后引流管未拔除,发生肠瘘经冲洗 5~7 d,引流管造影证实瘘道形成,瘘口距肛缘最大距离 25 cm,瘘口最大直径 4.5 mm,无明显残腔;患

者生命体征平稳,无腹膜炎症状及肠梗阻表现。我们体会是:本方法简便易行,疗程短,恢复快,疗效确切,免去了患者再次手术的痛苦,尤其适合内瘘口径较小的低位结、直肠吻合口瘘;术后肠内容物溢出减少,护理工作量、护理难度明显降低;患者可以正常饮食和下床活动,不支付营养支持的高额费用;患者心理负担很容易得到缓解,满意度提高,有助于医患关系的改善。本文经对 3 例积极心理护理,术前充分准备,每次巡视彻底细致检查,保证了纽扣达到内堵的目的,又不至于过分压迫致肠壁坏死。另外,加强对引流管的管理和大便性状的观察,充分引流,消除残腔和控制感染减少并发症的出现<sup>[3]</sup>,3 例患者均取得满意效果。

#### [参 考 文 献]

- [1] 黎介寿,任建安. 肠外瘘的治疗[J]. 中华外科杂志, 2002, 40(2): 100-103.
- [2] 唐亮,黄志刚,应月强,等. 肠镜辅助——纽扣内置肠腔堵压治疗大肠吻合口瘘两例[J]. 皖南医学院学报, 2010, 29(5): 369-371.
- [3] 范红华,金如燕. 36 例腹部手术后肠瘘患者的护理[J]. 护理与康复, 2008, 7(2): 515-517.

(本文编辑 马启)

[文章编号] 1000-2200(2011)11-1279-03

• 护理学 •

## 血液透析室医院感染 18 例护理体会

周锡芳

[关键词] 血液透析; 医院感染; 细节管理; 护理

[中国图书资料分类号] R 459.5 [文献标识码] B

随着血液透析水平的提高,维持性血液透析患者的生存率明显提高,但各种并发症亦明显增加,感染是维持性血液透析患者死亡的第二大原因<sup>[1]</sup>,严重影响患者的透析效果和生活质量。2007~2008 年,我院 50 例血液透析患者中发生医院感染 18 例,现就其护理作一报道。

### 1 临床资料

18 例中,男 11 例,女 7 例;年龄 55~80 岁。其中呼吸道感染 8 例,急性肾小球肾炎 4 例,糖尿病肾病 3 例,狼疮性肾病 1 例;深静脉置管感染 4 例,包

括糖尿病肾病 3 例,肾盂肾炎性肾病 1 例;胃肠道感染 2 例,肾小球肾炎 1 例,多囊肾 1 例;泌尿道感染 1 例,包括梗阻性肾病;内瘘感染 1 例,包括肾小球肾炎性肾病;丙型肝炎病毒感染 2 例,包括肾小球肾炎 1 例,糖尿病肾病 1 例。18 例感染病例的诊断符合 2001 年 1 月 2 日颁发的《医院感染诊断标准(试行)》<sup>[2]</sup>的诊断标准。经过质量持续改进,18 例感染病例,除 2 例死于并发症,1 例死于呼吸衰竭外,其余均好转。

### 2 护理

2.1 建立健全预防医院感染的制度和措施 建立与完善血液透析室(血透室)各项规章制度和操作规程,加强对血液透析从业人员的专业培训,定期进

[收稿日期] 2010-07-30

[作者单位] 江苏省连云港市一院东方人民医院 血透室 222045

[作者简介] 周锡芳(1963-),女,主管护师。