

1 Case of Very Low Birth Weight Test Tube Infant NEC after Enteral Fistula Postoperative Care

Meiyang Zhang

Children's Hospital of Anhui Province, Hefei Anhui
Email: zmeiyiny@126.com

Received: Sep. 22nd, 2017; accepted: Oct. 6th, 2017; published: Oct. 12th, 2017

Abstract

Objective: To summarize the nursing experience of 1 case of very low birth weight test tube infants with necrotizing enterocolitis (NEC) after enterostomy. **Methods:** After the operation of children with strict monitoring of vital signs, do stoma observation and care, strengthen nutrition support, reasonable intravenous maintenance. **Results:** After nursing intervention, the expected therapeutic effect was achieved. **Conclusion:** Nursing of children with preterm infants with NEC fistula can improve the quality of life of children and prevent complications, laying the foundation for the second operation.

Keywords

Low Birth Weight, Infants Intestinal Fistula, Nursing

1例极低出生体重试管婴儿NEC行肠造瘘术后护理

张美英

安徽省儿童医院PICU, 安徽 合肥
Email: zmeiyiny@126.com

收稿日期: 2017年9月22日; 录用日期: 2017年10月6日; 发布日期: 2017年10月12日

摘 要

目的: 总结1例极低出生体重试管婴儿坏死性小肠结肠炎(NEC)行肠造瘘术后的护理经验。**方法:** 对手术

后的患儿严密监测生命体征，做好造口的观察和护理，加强营养支持，合理进行静脉维护。结果：经过护理干预有效达到预期治疗效果。结论：做好早产儿NEC造瘘术后患儿的护理，能提高患儿的生活质量，预防并发症，为二期手术奠定基础。

关键词

极低出生体重儿，肠造瘘，护理

Copyright © 2017 by author and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

坏死性小肠结肠炎(NEC)是新生儿期一种严重威胁生命的肠道炎症性疾病[1]，以胃肠道缺血坏死、并发肠穿孔为特征，其发病凶险，病死率高，并发症严重。经禁食、禁水、胃肠减压、纠正水、电解质酸碱平衡紊乱、抗感染等保守治疗后，腹部症状加剧并有肠穿孔以及休克者症状者应考虑手术治疗，行肠切除和肠造瘘术，日后择期行造瘘口关闭术。本文总结了1例极低出生体重试管婴儿NEC行肠造瘘术后护理措施，现报告如下。

2. 临床资料

患儿系试管婴儿，女，孕28⁺⁶W出生，体重1100g，G⁴P²系双胞胎之大双，Apgar评分9分，生后三天患儿出现腹胀并逐渐加重，肠鸣音存在，予以肛管灌肠时，肛管植入困难，腹紧张，腹壁皮肤发亮，考虑消化道畸形于2015年5月15日12时转入我科，T：35.3℃，HR：142次/分，R：37次/分，体重：980g。查体：反应差，三凹征(一)，前囟平坦，两肺呼吸音粗，未闻及罗音，腹稍膨，腹壁静脉显露，未触及包块，肝脾肋下未触及，移动性浊音阴性，肠鸣音未闻及，腹部平片示：膈下大量游离气体，消化道穿孔。于入院当日17:00行“剖腹探查 + 坏死肠管切除 + 肠活检 + 末端回肠造瘘术”，术中见腹腔内大量的气体和脓液，末端回肠距回盲部约10cm处坏死穿孔，直径约1cm，结肠较纤细，切除坏死肠管，末端回肠行双口造瘘，盆腔内留置乳胶管引流，术后带口插管转入PICU治疗。予以机械通气、抗感染、止血、营养支持、禁食水、胃肠减压等处理，于术后24小时后顺利撤机，第二天开放双造瘘口，给予盐水棉球外敷在肠管粘膜上。遵医嘱给予胃肠外营养，于术后第4天开始尝试胃管内注入5%GS，术后一周开始母乳口腔内滴入，逐渐加量后，减少静脉营养的量，完全过渡到母乳经口喂养，体重由0.98kg增长至1.5kg。住院过程中，患儿出现呼吸暂停，遵医嘱应用纳洛酮静脉推注后缓解。

3. 护理

3.1. 严密观察病情

术后置患儿于已预热至35℃的暖箱中，密切观察体温，维持腋温36℃~37℃。持续心电监护，用婴儿专用电极片，减少与皮肤的接触面积以及电极膏对皮肤的刺激，调节好报警范围，观察呼吸、心率、血氧饱和度、面色、肢端颜色、温度，及时应答监护仪报警。同时密切观察胃肠减压管内引流液的颜色、性状、量，引流管有无反折，负压吸引球吸引压力，患儿有无腹胀，每4小时用注射器抽吸胃内液体，

防止管道阻塞或引流不畅导致腹胀。观察固定胃管胶布有无松脱、管道固定时胶布有无压迫鼻粘膜。准确记录 24 小时出入量，尤其是尿量的变化，因早产儿体重轻，体表易导致不显性失水，加上造瘘口丢失的肠液，含有大量水分、电解质，对于造瘘口排除的肠液、大便秘结用棉球浸粘收集准确称重，为医生补液提供依据。

3.2. 呼吸道护理

患儿术后给予呼吸机支持，应用同步间歇指令通气模式(SIMV)，潮气量 6 ml/kg，频率 30 次/min，呼气末压力 2 cmho₂，该患儿体重极低，插管细、软，易打折、扭曲，插管深度细微变化就导致脱管，为了即达到固定的效果又不损害患儿娇嫩的肌肤，我们先用水胶体敷料裁剪后粘贴在患儿面颊部，然后粘贴固定插管的胶布，达到保护皮肤的目的；用丝绸胶布撕开成“人”字形将插管固定在患儿一侧口角。每班检查气管插管固定胶布是否松动，气管插管外露的长度有无变化，每 4 小时听诊肺部呼吸音，及时发现痰鸣音以及异常呼吸音，无明显痰鸣音，不予吸痰，减少刺激。因患儿在暖箱中，不便于呼吸机管道的护理，我们把呼吸机管道从暖箱头端的出气口引进暖箱内接气管插管，再在出气口上方用布帘遮盖，减少暖箱内热量的散发。呼吸机的支具托与暖箱出气口同一高度，呼吸机管道固定其上，各关节旋至紧密，严防松脱牵拉气管插管；保持加温湿化器温度 35℃~37℃，积水杯处于最低位，及时清理积水杯中液体。及时评估患儿撤机指征，缓慢下调呼吸机各项参数，该患儿于术后 24 小时撤离呼吸机，拔管后，给予头偏向一侧，肩部放置小方巾，维持气道通畅，同时给予 0.5 L/min 低流量吸氧，吸氧管末端固定在鼻前庭，减少对鼻腔粘膜的刺激，密切观察呼吸频率、节律，面色，当血氧饱和度维持在 93% 以上时，停止吸氧或仅在患儿进食时给予间断吸氧。该患儿撤机后低流量吸氧 12 小时，停氧气吸入，但患儿反复出现呼吸暂停，伴有心率下降至 90 次/分，面色发绀，给予弹足底，因次数频繁，遵医嘱予以纳洛酮 0.1 mg/kg 静脉推注，每 6 小时一次，2 天后，患儿呼吸暂停现象缓解。

3.3. 造口护理

患儿为双造口，术后第二天遵医嘱开放造瘘口，应观察造瘘口的形状，外露肠管的颜色、有无渗血、造口周围皮肤状况。该患儿造瘘口突出皮肤表面，肠管其外观暗红色，术后三天造口周围可见少量渗血，加上患儿体重极低，腹围小，造口位置低。为了观察造口，及时处理异常状况，术后早期不宜粘贴造口袋，为避免肠液刺激皮肤，我们在造瘘口周围的皮肤上用 3 M 透明敷贴粘贴，再用 NS 棉球抚平外敷于造瘘口肠管上，外盖无菌纱布。3 天后，造口无新鲜渗血，并有墨绿色稀便排出，责任护士每隔 4 小时打开造口上的纱布，去除沾染大便的棉球，用生理盐水棉签擦拭肠管以及周围皮肤后，重新放置 NS 棉球于造瘘口上。术后 2 周造瘘口排除黄色稀便，同时发现造口周围粘贴的 3 M 透明敷贴有卷边，敷料下有渗液，除去透明敷料后，发现皮肤潮红，表面有渗液，立即用生理盐水清洁皮肤，待干后，外涂 3 M 液体敷料，再用修剪好的水胶体敷料贴于造口周围皮肤上[2]，5 天后，造口周围皮肤恢复正常。随着患儿体重增长以及大便次数和量的增加，我们修剪儿童造口袋粘贴于造口上收集大便，每班清理一次。

3.4. 静脉维护

该患儿体重仅 980 g，又进行坏死肠管切除以及肠造瘘手术，考虑术后需要进行长时间静脉营养支持，因此，静脉置管的建立与维护十分重要。入科后，立即在右肘正中静脉上粘贴 3 M 透明敷料，注明拟行 PICC 穿刺，与 PICC 小组联系穿刺术，但因无相应型号的导管，无法行 PICC 置管。科室静疗小组讨论后，对患儿静脉进行合理保护：该患儿的静脉穿刺由科内穿刺能手进行，从远心端的大静脉开始，如左大隐静脉 - 左股静脉 - 左腋静脉 - 右大隐静脉 - 右股静脉 - 右腋静脉。静脉穿刺成功后，注明穿刺时间，

穿刺者，每班责任护士抽静脉回血，确认静脉置管在位，静脉营养液输注完毕，用生理盐水脉冲式冲净管道内的药物残液；每班记录穿刺点有无红肿、渗液、穿刺侧的肢体有无肿胀。术后第 5 天该患儿右侧股静脉留置针内可见回血，但下肢稍肿胀，彩超确定无静脉血栓，继续给予输液，输液中，给予抬高下肢，监测双下肢周径，两者差值 0.6 cm，未继续加重。该股静脉留置针使用 1 周后拔除，针眼稍红，给予 0.5% 碘伏外涂后，无不良反应，监测体温正常，继续进行腋静脉置管补液。

3.5. 营养支持

该患儿术后静脉营养时间长，配置营养液时严格执行无菌操作，配置后放置于 4°C 的冰箱中，因患儿体重轻，每小时输注速度为 3~5 ml，我们用 20 ml 注射器抽吸，量不可过多，维持 4 小时左右，输完后更换注射器。营养液用输液泵控制速度，匀速输注，维持 24 小时，输液过程中每班监测血糖变化。术后第四天后，停胃肠减压尝试肠内营养支持，给予 5% GS 1 ml 胃管内鼻饲，每 2 小时一次，鼻饲后，患儿无腹胀，术后第五天，给予 5% GS 1 ml 口腔内滴入，患儿吞咽正常，无呕吐，以后每日每次增加 0.5 ml 口腔内滴入，术后 1 周改用母乳，术后 2 周增加维生素 AD 滴剂每日一粒；随着肠内营养量的增加，患儿静脉营养逐渐减少，至术后 28 天，完全停止静脉营养，给予肠内营养。术后 15 天，使用奶瓶喂养，患儿吸吮有力，无腹胀现象，造瘘口排出黄色软便。

3.6. 基础护理和消毒隔离

患儿系极低出生体重儿，加上手术打击，体抗力弱，其基础护理以及消毒隔离措施十分重要。我们在暖箱的平板上放置 2 只用三升袋制作的水袋，充水 1000 ml，铺上小床单，再用软棉布铺成鸟巢状，患儿放入其中，全身涂抹婴儿油，减少水分丢失，2 周内禁止擦浴，暖箱外用黑布遮盖，减少声光刺激，护理操作如更换尿裤、检查皮肤、管道护理、进食等集中进行，尽可能减少对患儿的刺激。暖箱上挂醒目的洗手的标志，暖箱每周更换一次；备用于床单元的急救物品，如复苏囊、面罩、听诊器专用并收纳于清洁的容器中。

3.7. 健康宣教

该患儿 3 个月后拟行造口关闭术，出院后的家庭造口护理指导十分重要，我们在住院后期利用每周 2 次家长探视时间向家长讲解造口袋的护理方法，更换造口袋步骤，造口周围皮肤护理，收集大便的方法演示，提高家长对造口认知和护理能力，减少出院后的担忧。患儿住院 33 天后，体重增长良好，未出现造口并发症，转患儿于普通病房继续观察治疗。

4. 小结

NEC 是新生儿时期严重威胁生命的肠道炎症性疾病，近年来，学者认为肠道菌群紊乱在其发病中发挥了重要作用[1]。极低出生体重儿抵抗力弱、各器官功能不全、加上手术创伤，其肠造瘘术后的并发症较其他年龄的患儿更高，优质的护理能减少并发症的发生，使手术后的患儿顺利度过危险期，为患儿造口还纳术提供良好的内环境。对此类患儿严密观察病情，细致做好造瘘口的护理，重视营养支持，注意早期开始维护肠道功能，做好呼吸道以及相关的基础护理显得十分重要。

参考文献 (References)

- [1] 李玉青, 洪莉. 肠道菌群与儿科肠道炎症性疾病研究进展[J]. 临床儿科杂志, 2016, 34(1): 59-63.
- [2] 何碧云, 程晓英, 叶娟. 27 例新生儿肠造口术后的护理[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(11): 1006-1008.

期刊投稿者将享受如下服务：

1. 投稿前咨询服务 (QQ、微信、邮箱皆可)
2. 为您匹配最合适的期刊
3. 24 小时以内解答您的所有疑问
4. 友好的在线投稿界面
5. 专业的同行评审
6. 知网检索
7. 全网络覆盖式推广您的研究

投稿请点击：<http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱：ns@hanspub.org