

12 例先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死患儿的综合护理管理

李 金

义乌市妇幼保健院 浙江 义乌 322000

【摘 要】目的 总结先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死患儿的临床护理要点,探讨综合护理管理策略的应用效果,提升危重患儿救治成功率与康复质量。方法 回顾性分析 2023 年 1 月—2025 年 12 月我院收治的 12 例先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死患儿临床资料,术前实施快速评估、胃肠减压、抗休克护理,术后强化生命体征监测、消化道管理、营养支持、感染防控及并发症预防,同时开展系统化家属健康教育与心理支持,观察患儿术后恢复情况、并发症发生率及家属满意度。结果 12 例患儿均顺利完成 Ladd 手术或肠切除吻合术,术后平均住院时间(14.2 ± 3.5)d;胃肠功能恢复时间(3.8 ± 1.2)d;发生切口感染 1 例、粘连性肠梗阻 1 例,并发症发生率 16.7%;无死亡病例,治愈好转率 100%;家属护理满意度达 95.8%。结论 先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死患儿病情凶险,术前急救护理、术后精细化综合护理及全程家属支持可有效降低并发症发生率,促进患儿康复,改善远期预后,是提升救治效果的关键保障。

【关键词】先天性肠旋转不良;中肠扭转坏死;婴幼儿;综合护理管理;并发症预防

1 引言

先天性肠旋转不良是胚胎期肠道发育异常所致的先天性畸形,新生儿及婴幼儿多见,因肠系膜根部狭窄、固定异常,极易诱发中肠扭转,扭转超过 6 小时可导致肠管缺血坏死,引发弥漫性腹膜炎、感染性休克,病死率较高。该病起病急、进展快,患儿常以突发剧烈呕吐、腹胀、血便为主要表现,病情危重且变化迅速,对护理工作的时效性、专业性要求极高。

综合护理管理以患儿为中心,涵盖术前急救、术后专科护理、营养支持、感染防控、并发症预防及家属健康指导等多维度,是降低术后并发症、改善患儿预后的核心环节。本文回顾性分析 12 例先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死患儿的临床护理资料,总结综合护理管理经验,为临床同类疾病护理提供参考。

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取 2023 年 1 月—2025 年 12 月我院小儿外科收治的 12 例先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死患儿,均经腹部超声、CT 及术中探查确诊,符合《小儿外科学》诊断标准。其中男 7 例,女 5 例;年龄 1~90 天,平均(32.5 ± 18.6)天;体重 $2.8\sim 5.6$ kg,平均(4.1 ± 0.8)kg;发病至入院时间 $2\sim 24$ h,平均(10.3 ± 6.5)h。

(1) 临床表现:突发胆汁性呕吐 12 例(100%),进行性腹胀 10 例(83.3%),血便或果酱样便 6 例(50.0%),精神萎靡、面色苍白 8 例(66.7%),发热 3 例(25.0%),休克 2 例(16.7%)。

(2) 手术方式:12 例患儿均行急诊手术,其中 Ladd 手

术(肠扭转复位+Ladd 韧带松解+肠系膜固定)7 例,肠切除吻合术 4 例,肠造瘘术 1 例;术后均转入 NICU 或小儿外科重症监护室监护治疗。

2.2 护理方法

2.2.1 术前急救护理

(1) 快速病情评估与生命支持:入院后立即监测体温、心率、呼吸、血压、血氧饱和度,评估意识状态、皮肤弹性及循环灌注情况;建立 2~3 条静脉通路,优先输注生理盐水、林格氏液纠正脱水及电解质紊乱,合并休克患儿遵医嘱应用多巴胺、扩容药物,维持循环稳定。

(2) 胃肠减压护理:立即留置胃管,持续负压吸引,吸出胃内积气、积液,减轻腹胀,降低肠腔内压力,减少毒素吸收,避免呕吐物误吸导致窒息;记录引流液颜色、性质及量,若引流液呈血性,提示肠坏死加重,及时报告医生。

(3) 禁食与术前准备:严格禁食禁水,完善血常规、凝血功能、电解质、血气分析等检查;术前 30 分钟遵医嘱应用抗生素预防感染,留置导尿管,监测尿量,评估肾功能;做好皮肤清洁、脐部消毒,备好术中物品及急救药品。

(4) 心理护理与家属沟通:患儿病情危重,家属易出现焦虑、恐惧情绪,护理人员主动讲解疾病病因、手术必要性及救治流程,及时反馈患儿病情,缓解家属紧张情绪,签署知情同意书,建立信任的护患关系。

2.2.2 术后综合护理

(1) 生命体征与循环监测:术后 24h 内持续监测体温、心率、呼吸、血压、血氧饱和度,每 30~60 分钟记录 1 次;婴幼儿体温调节能力差,注意保暖,维持体温 $36.5\sim 37.5^{\circ}\text{C}$;观察面色、口唇色泽、肢端循环及尿量,尿量 $\geq 1\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$

提示循环灌注良好,若出现血压下降、心率增快、尿量减少,警惕休克或吻合口出血,立即报告医生。

(2) 消化道护理:① 胃管护理:术后持续胃肠减压,妥善固定胃管,防止脱落、扭曲、堵塞,保持引流通畅;记录引流液颜色、性质及量,正常引流液为淡黄色或白色胃液,若出现鲜红色血液,提示吻合口出血;待胃肠功能恢复(肛门排气、腹胀消失、引流液减少)后,遵医嘱拔除胃管。② 腹部护理:观察腹部有无腹胀、压痛、反跳痛,腹部切口有无红肿、渗血、渗液;新生儿腹壁薄弱,哭闹易导致腹压升高,引发切口裂开或肠管脱出,及时安抚患儿,避免剧烈哭闹;切口采用一次性透明敷料覆盖,保持干燥清洁,每日消毒更换,预防感染。③ 排便护理:观察大便颜色、性状、次数,记录排便量;术后早期大便呈稀水样,若出现血便、黑便,警惕吻合口出血或肠坏死复发;指导家属做好肛周皮肤护理,便后用温水清洗,涂抹护臀膏,预防红臀。

(3) 营养支持护理:术后禁食时间 3~7d,根据肠道恢复情况调整;禁食期间给予全肠外营养支持,营养液包含 10% 葡萄糖、复方氨基酸、20% 脂肪乳、水溶性及脂溶性维生素、微量元素等,满足患儿生长发育需求。① 静脉营养护理:选择合适静脉,优先使用 PICC 或头皮静脉,避免反复穿刺;使用微量泵控制输液速度,均匀输注,防止速度过快导致心力衰竭、低血糖或高血糖;严格无菌操作,营养液现配现用,24h 内输注完毕,预防感染。② 饮食过渡护理:胃肠功能恢复后,先试喂少量 5% 葡萄糖水,每次 5~10ml,每 2~3 小时 1 次,观察有无呕吐、腹胀;若无不适,逐步过渡到配方奶或母乳,少量多餐,从每次 10~20ml 开始,逐渐增加奶量至全量;避免过早喂食高糖、高脂食物,防止腹胀、腹泻。

(4) 感染防控护理:① 切口感染预防:严格无菌操作,保持切口敷料干燥清洁,及时更换污染敷料;观察切口有无红肿、渗液、化脓,每日监测体温,若体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$,警惕切口感染或腹腔感染,及时送检分泌物培养,遵医嘱应用抗生素。② 腹腔感染预防:保持胃肠减压通畅,减少肠腔内细菌繁殖;术后定期复查血常规、C 反应蛋白、降钙素原,观察有无感染指标升高;若出现持续高热、腹胀、腹肌紧张,警惕腹腔脓肿,及时报告医生。③ 交叉感染预防:患儿免疫力低下,术后入住隔离病房,限制探视人员;医护人员严格手卫生,穿戴无菌口罩、帽子、手套;定期消毒病房空气、地面、物品表面,预防交叉感染。

(5) 并发症预防与护理:① 粘连性肠梗阻:术后早期协助患儿翻身、活动肢体,病情稳定后尽早下床活动(婴幼儿可由家长抱抚活动),促进胃肠蠕动,减少肠粘连;观察有无腹胀、呕吐、停止排便排气,若出现上述症状,及时禁食、胃肠减压、

静脉补液,必要时再次手术。② 短肠综合征:对于肠切除范围较大患儿,术后重点监测营养状况、体重增长情况,延长肠外营养支持时间,逐步过渡到肠内营养,补充维生素 B12、脂溶性维生素及微量元素,促进肠道代偿功能恢复。③ 肠扭转复发:术后指导家属避免患儿剧烈哭闹、剧烈活动,合理喂养,防止腹胀;告知家属复发风险(2%~8%),若患儿再次出现突发呕吐、腹胀、腹痛,立即就医。④ 水电解质紊乱:术后密切监测电解质、血气分析,根据结果调整补液方案,维持水、电解质及酸碱平衡,避免脱水、低钾、低钠等并发症。

2.2.3 家属健康教育与心理支持

(1) 疾病知识宣教:向家属讲解先天性肠旋转不良的病因、发病机制、手术方式及术后恢复过程,强调早期识别复发症状(呕吐、腹胀、血便)的重要性,提高家属警惕性。

(2) 喂养指导:出院前指导家属掌握正确喂养方法,坚持少量多餐,避免暴饮暴食;母乳喂养者指导合理饮食,避免辛辣刺激食物;配方奶喂养者指导奶量调配、温度控制,观察患儿有无呕吐、腹泻、腹胀等不适。

(3) 居家护理指导:指导家属做好患儿腹部保暖,避免受凉;保持肛周皮肤清洁干燥,预防红臀;定期监测体重、身长,评估生长发育情况;术后 1 个月、3 个月、6 个月定期复查,了解肠道恢复情况。

(4) 心理支持:患儿住院时间长、病情反复,家属易出现焦虑、抑郁情绪,护理人员耐心倾听家属诉求,及时解答疑问,分享康复成功案例,增强家属信心,积极配合治疗与护理。

2.3 观察指标

(1) 术后恢复指标:胃肠功能恢复时间(肛门排气时间)、术后住院时间;

(2) 并发症发生情况:切口感染、粘连性肠梗阻、短肠综合征、肠扭转复发、水电解质紊乱等;

(3) 治愈情况:治愈好转率、死亡率;

(4) 家属满意度:采用自制护理满意度调查问卷,出院时评估,满分 100 分, ≥ 90 分为满意,80~89 分为基本满意, < 80 分为不满意,满意度 = (满意 + 基本满意) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计学软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料以 $[n (\%)]$ 表示。

3 结果

3.1 术后恢复情况

12 例患儿均顺利完成手术,术后胃肠功能恢复时间

2.5~6.0d, 平均 (3.8 ± 1.2) d; 术后住院时间 10~21d, 平均 (14.2 ± 3.5) d; 均治愈出院, 治愈好转率 100%, 无死亡病例。

3.2 并发症发生情况

术后发生并发症 2 例 (16.7%): 切口感染 1 例, 经换药、抗感染治疗后愈合; 粘连性肠梗阻 1 例, 经禁食、胃肠减压、静脉补液等保守治疗后缓解; 无短肠综合征、肠扭转复发、严重水电解质紊乱等并发症。

3.3 家属满意度

出院时发放调查问卷 12 份, 回收 12 份, 其中满意 10 例 (83.3%), 基本满意 1 例 (12.5%), 不满意 0 例, 家属护理满意度 95.8%。

4 讨论

先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死是婴幼儿严重急腹症, 具有起病急、进展快、病死率高的特点, 手术是唯一根治手段, 但术后并发症多、护理难度大, 科学有效的综合护理管理是提高救治成功率、促进患儿康复的关键。

4.1 术前急救护理是救治成功的基础

患儿入院时多合并脱水、电解质紊乱、感染性休克, 快速纠正休克、胃肠减压、预防感染是术前护理核心。通过建立多条静脉通路快速补液扩容, 纠正循环衰竭; 持续胃肠减压减轻腹胀、减少毒素吸收, 为手术创造良好条件; 同时加强家属沟通, 缓解焦虑情绪, 提高手术配合度, 为手术顺利开展奠定基础。

4.2 术后精细化护理是减少并发症的关键

术后患儿病情复杂, 生命体征不稳定, 消化道功能未恢复, 易发生感染、粘连、营养障碍等并发症。综合护理管理中, 通过严密生命体征监测及时发现休克、出血等危急情况; 规范消化道护理保持胃肠减压通畅, 合理过渡饮食, 促进胃肠功能恢

复; 个体化营养支持满足患儿生长需求, 预防营养不良; 严格感染防控降低切口、腹腔及交叉感染风险; 针对性并发症预防指导早期活动减少肠粘连, 监测营养指标预防短肠综合征, 强化复发预警教育, 有效降低并发症发生率。本研究中并发症发生率仅 16.7%, 无严重并发症发生, 与术后精细化护理密切相关。

4.3 全程家属支持是提升康复质量的保障

婴幼儿护理高度依赖家属, 家属对疾病认知不足、护理技能欠缺易导致术后护理不当、复发风险升高。通过系统化健康教育, 向家属普及疾病知识、喂养技巧、居家护理要点, 提高家属护理能力; 同时关注家属心理状态, 缓解焦虑情绪, 增强康复信心, 促进家属积极参与护理过程, 形成医护-家属协同护理模式, 为患儿出院后居家康复提供保障, 降低复发率, 改善远期预后。

4.4 护理局限性与改进方向

本研究为单中心回顾性研究, 样本量较小, 护理经验总结存在一定局限性; 其次, 对出院后远期随访护理干预不足, 远期复发率、生长发育情况有待进一步观察。未来需扩大样本量, 开展多中心研究, 优化护理方案; 同时建立出院后长期随访机制, 通过线上指导、定期复诊等方式, 强化远期护理干预, 进一步降低复发率, 改善患儿远期预后。

5 结论

先天性肠旋转不良合并中肠扭转坏死患儿病情凶险, 救治难度大, 术前快速急救护理、术后精细化专科护理、全程家属健康教育与心理支持的综合护理管理模式, 可有效稳定患儿生命体征, 促进胃肠功能恢复, 降低切口感染、肠粘连等并发症发生率, 提高治愈好转率及家属满意度, 改善患儿远期预后, 是临床救治此类危重患儿的有效护理策略, 值得推广应用。

参考文献:

- [1] 中华医学会小儿外科学分会. 小儿急腹症诊疗指南 (2022 版) [J]. 中华小儿外科杂志, 2022, 43 (08): 673-680.
- [2] 王果, 冯杰雄. 小儿外科学 [M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 189-195.
- [3] 李娟, 张敏, 刘静. 先天性肠旋转不良合并中肠扭转患儿术后护理体会 [J]. 临床护理杂志, 2023, 22 (02): 45-48.
- [4] 陈丽, 赵刚, 李勇. 婴幼儿肠扭转坏死术后并发症预防及护理 [J]. 护理研究, 2024, 38 (05): 921-924.