

· 专科研究 ·

卵巢癌术后早期炎性肠梗阻患者保守治疗的护理

朱敏玲, 梁平, 李莉, 魏薇

(北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所妇科病房,
恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室, 北京, 100142)

[摘要] **目的** 探讨卵巢癌术后早期炎性肠梗阻患者的保守治疗的护理要点。**方法** 对2010年1月–2016年10月本科收治的32例卵巢癌术后早期炎性肠梗阻患者进行心理护理、胃肠减压护理、营养支持护理、促进肠蠕动恢复的辅助治疗等。**结果** 所有患者均保守治疗,痊愈时间2~30 d,平均 (7.80 ± 5.98) d,排气、排便恢复,进食后未再出现梗阻症状。**结论** 积极的心理护理、胃肠减压护理、营养支持护理、促进肠蠕动恢复的辅助治疗是促进卵巢癌术后早期炎性肠梗阻治愈的关键。

[关键词] 卵巢癌; 炎性肠梗阻; 保守治疗; 护理

[中图分类号] R473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2017)07-0014-03 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.07.004

Nursing care to ovarian cancer patients with early postoperative inflammatory intestinal obstruction

Zhu Minling, Liang Ping, Li Li, Wei Wei//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(7): 14.

(Key laboratory of Carcinogenesis and Translational Research, Department of Gynecology, Peking University Cancer Hospital & Institute, Beijing, 100142, China)

[Abstract] **Objective** To summarize the nursing key points in nursing ovarian cancer patients with early postoperative inflammatory intestinal obstruction after non-surgical treatment value. **Method** The nursing data of 32 ovarian cancer patients with early postoperative inflammatory intestinal obstruction in our department in January 2010 to October 2016 were retrospectively analyzed. **Results** About 32 patients were treated with non-surgical treatment, cure time within 2~30d, averaged (7.80 ± 5.98) d. No intestinal obstruction happened after resuming to normal exhaustion, defecation and dieting. **Conclusion** Such nursing measures as psychological nursing, gastrointestinal decompression nursing, nutrition support nursing and auxiliary therapy like promoting peristalsis recovery are key to the increase of cure rate of early postoperative inflammatory intestinal obstruction.

[Key words] ovarian cancer; inflammatory intestinal obstruction; non-surgical treatment; nursing

术后早期炎性肠梗阻是腹部手术后常见并发症,是指腹部手术后早期(术后2周左右),由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出而形成的一种机械性与动力性同时存在的粘连性肠梗阻^[1],是妇科手术后常见的并发症之一,如不及时处理或处理不当,将给患者造成痛苦,甚至出现肠痿、肠坏死等严重并发症^[2]。本科室自2010年1月–2016年10月共收治32例卵巢癌术后早期炎性肠梗阻患者,经采用保守治疗和护理,积极促进胃肠功能恢复,取得较好的效果,现将护理体会报道如下。

[收稿日期] 2017-01-08

[作者简介] 朱敏玲(1975–),女,湖南邵东人,主管护师,硕士,主要从事肿瘤妇科护理工作。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2010年1月–2016年10月本科室收治的32例卵巢癌术后早期炎性肠梗阻患者,患者均为女性,年龄41~68岁,平均 (56.30 ± 5.63) 岁,手术方式均为开腹卵巢癌肿瘤细胞减灭术,肠梗阻发生时间为2~18d,平均 (6.16 ± 3.60) d。所有患者均在术后早期(术后第2天至术后第5天)曾出现肛门排气或排便,进食后均出现不同程度的腹胀、腹部膨隆,叩诊呈鼓音,腹部柔韧感及轻压痛,无反跳痛。其中肠鸣音亢进10例,肠鸣音减弱或消失22例,恶心、呕吐16例,轻度腹痛12例,肛门排气排便停止26例。

1.2 治疗方法

所有患者均采取保守治疗:禁食水,胃肠减压;静脉高营养支持;维持水电解质平衡;给予生长抑素及肾上腺皮质激素;胃管内间断注入油类、温盐水灌肠及甘油灌肠剂通便。

2 结果

所有患者均保守治疗,痊愈时间为 2~30 d,平均 (7.80 ± 5.98) d,排气、排便恢复,进食后未再出现梗阻症状。

3 护理

3.1 病情观察

每日评估患者腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状的程度及缓解情况,全程评估患者肠鸣音恢复情况,有无肛门排气、排便情况。定时监测尿糖、血糖以防发生低血糖及高血糖。观察生命体征的变化,有无高热等情况。此外,严格监测患者病情是否有剧变,如发现患者腹痛发作急骤、腹痛程度进行性加重,或者伴有高热、脉搏加速、血压降低,或者呕吐物或排泄物为血性物,应警惕机械性或绞窄性肠梗阻的可能,及时报告医生,采取相应措施。

3.2 胃肠减压的护理

持续胃肠减压是肠梗阻患者的重要治疗措施之一,通过禁食、胃肠减压,吸出胃肠道内气体和液体,可减轻腹胀,降低肠腔内压力,减少肠腔内细菌,改善肠壁血循环,有利于改善局部和全身情况^[3]。选择合适型号的硅胶胃管,向患者及家属说明胃肠减压的目的,取得配合,胃管留置长度应适当增加,以达到更好胃肠减压效果,肠梗阻患者胃管顶端应达到幽门附近才有效^[4]。妥善固定胃管,留置期间保持其通畅,每日冲洗胃管 3 次,保持有效的负压吸引。每日准确记录胃肠减压引流液的颜色、性质和量的变化,因胃肠减压量及性状是反应胃肠功能恢复的重要指标,当胃肠减压引流液由黏稠变清亮,量由多变少,说明胃肠功能正逐步恢复。遵医嘱予液体石蜡 20 mL 注入胃管,每天 3 次,一般保守治疗 2~3 d 后,胃液量开始减少后,每次夹闭胃管 0.5~1.0 h 后继续胃肠减压。当患者 24 h 的胃液量 <200 mL,肠鸣音明显恢复、排气并

排出稀水样大便时可考虑停止胃肠减压。本组 32 例患者经处理后 24 h 胃肠减压量小于 200 mL 时,并且出现排气或排便等胃肠功能恢复症状,遵医嘱均成功拔除胃管。

3.3 药物的使用及观察

生长抑素可有效抑制胃肠道激素释放,减少胃肠消化液分泌及肠内炎性渗出,同时可减轻肠腔消化液大量积聚导致的肠管扩张和缺血改变,加速炎症的消退,减轻肠壁水肿,维护肠黏膜的完整性,促进肠壁血液循环和动力恢复^[5]。肾上腺皮质激素可以明显减轻腹腔炎性纤维素渗出,有利于纤维素的吸收和减轻肠壁水肿,促使肠道炎症和水肿的消退,缓解肠粘连^[6]。这两种药物在炎性肠梗阻中发挥重要作用,按时按剂量给药,使用期间护理上还应密切观察患者用药后不良反应如恶心、呕吐、腹部痉挛性疼痛、血糖异常等^[7]。本组患者均按时按剂量使用生长抑素及肾上腺皮质激素,未出现严重不良反应,取得满意效果。

3.4 营养支持护理

肠梗阻患者由于手术创伤及炎症渗出等因素机体的营养消耗增多,而禁食和禁水胃肠减压使营养摄入减少,均可导致不同程度的营养缺乏,而营养不良造成低蛋白血症,导致肠壁水肿,影响肠蠕动功能的恢复,增加体液从消化道的丢失,甚至造成肠腔狭窄或梗阻,所以营养支持是术后早期炎性肠梗阻患者最重要的治疗手段^[3]。营养支持一直要维持到患者能够正常进食后才能逐渐停用。早期做好完全胃肠外营养支持护理,恢复期在饮食上指导患者正确的饮食对机体修复有着重要意义。

给完全胃肠外营养前评估患者营养状况,通过身高、体重、计算体质指数、机体组织成分分析,血浆蛋白测定,体格检查、综合性营养评估等营养评估工具的应用可全面了解营养状况,并配置有针对性高营养液。由于高营养液对外周静脉的刺激,建议使用中心静脉给药,本组 32 例患者均留置深静脉置管行胃肠外高营养支持,护理中需避免发生导管并发症,如感染、空气栓塞等。输注时由于脂肪颗粒过大,故不能使用过滤器,输液速度不宜过快,均使用输液泵控制输液速度,匀速给药,输液结束后先用盐水冲管,再用肝素盐水正压封管

以防导管堵塞,本组患者无因深静脉护理不当发生并发症。

当患者肠功能恢复能进食时一定要遵照循序渐进的原则,可试饮温开水 20~100 mL,观察患者有无腹胀、恶心等症状,无不适后再进食少量清淡流食,少量多餐,逐渐过渡到半流食至正常饮食,种类以低脂、高蛋白、高维生素、高碳水化合物为主,少量多餐,禁忌辛辣食物,同时保持大便通畅。

3.5 促进肠蠕动恢复的辅助治疗和护理

肠梗阻患者卧床期间取半卧位,嘱其勤翻身,指导患者做腹部热敷或顺时针按摩,每天 3 次,每次 15 min;也可双足浸泡于盆中,用双手搓压脚底,每次 20 min;必要时遵医嘱给予温盐水低压灌肠。鼓励并指导患者早下地活动,以促进肠蠕动功能恢复。术后咀嚼口香糖是一种对消化头期分泌有刺激作用的假饲方法,能促进胃肠道蠕动、神经激素释放和腺体分泌^[8],可缩短患者排气排便时间。

3.6 严格出入量及维持水电解质平衡

肠梗阻患者由于禁食水,胃肠减压又导致消化液丢失,所以患者容易发生水电解质失衡,严格记录患者 24 h 出入量,胃肠减压引流液,尿量及呕吐量,保证出入平衡,定期监测血电解质,以防水电解质失衡。

3.7 心理护理

因早期炎性肠梗阻发生在卵巢癌术后早期,患者容易误认为手术不成功或失误,对医护人员产生不信任感,且因切除女性生殖器官表现出情绪低落,应针对患者的特点,积极疏导,稳定患者情绪,解释早期肠梗阻的原因、影响因素、治疗方法和预后,介绍同种病种成功的案例,增强其战胜疾病的信心,以使患者更好配合治疗和护理。

4 小结

卵巢癌术后早期炎性肠梗阻病因复杂,与腹腔炎症、手术大、操作时间长等有关,目前多数学者主张早期炎性肠梗阻宜行非手术治疗^[9]。在保守治疗过程中应仔细观察,及时了解病情变化,做好胃肠减压的护理,胃管插入有效深度,妥善固定,维持负压,保持胃管通畅。并注意监测胃液量及肠鸣音的变化,适时停止胃肠减压。在患者禁食期间给予肠外高营养支持,维持水电解质酸碱平衡,改善营养状况。本组患者通过禁食,胃肠持续减压,维持水、电解质及酸碱平衡,肠外营养支持,生长抑素及肾上腺皮质激素应用等治疗,配合有效的护理措施,患者均痊愈出院。因此,综合和保守的治疗方法和有效的护理措施是促进卵巢癌术后早期炎性肠梗阻治愈的关键。

参考文献:

- [1] 李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38-39.
- [2] 赛丽曼·木沙,王志启,王建六.妇科手术后早期炎性肠梗阻 49 例临床分析[J].中国妇产科临床杂志,2013,14(2):161-162.
- [3] 倪元红,彭南海.术后早期炎性肠梗阻的护理进展[J].实用临床医药杂志,2011,15(22):188-190.
- [4] 陈雪茹,林建山,吴继红,等.200 例胃肠减压留置胃管长度的研究[J].临床医学,2006,26(7):21.
- [5] 唐毓林,叶海洪,李振洪,等.生长抑素(施他宁)在结直肠术后早期炎性肠梗阻治疗中的应用[J].结直肠肛门外科,2007,13(5):291.
- [6] 万菊香,胡露.术后早期炎性肠梗阻的观察与护理[J].当代护士,2011(5):51-52.
- [7] 王芳兰.术后早期炎性肠梗阻治疗及护理观察[J].实用中医药杂志,2010,26(8):553.
- [8] 宋彩芳,张娅娅,董米连.腹部术后早期炎性肠梗阻的相关因素及护理对策[J].中国现代医生,2013,51(9):76-77.
- [9] 曹其静.40 例腹部术后早期炎性肠梗阻患者的护理干预[J].中国医药指南,2011,9(3):45-46.

[本文编辑:李彩惠]