

一例接收手术治疗的腹茧症患者合并肠梗阻的护理体会

李 洋

绵阳市第三人民医院. 四川省精神卫生中心 四川绵阳 621000

摘 要：腹茧症是一种罕见的腹部疾病^[1]，是引起肠梗阻的少见原因之一。1978年F00等首次总结了10例急性和亚急性肠梗阻患者，剖腹探查术中发现全部或部分小肠被一层致密的纤维膜包裹，呈椭圆形，似蚕茧状，故命名为腹茧症。由于本病临床表现缺乏特异性，术前诊断困难^[2]。我院于2022年1月22日以肠梗阻收治一例男性患者，术中发现属于非常罕见的腹茧症。在全麻下行腹茧症广泛肠粘连松解术，小肠排列术，术后该患者发生肠梗阻的并发症，对该患者实施有针对性的护理措施，取得满意效果。现将护理经验总结如下。

关键词：腹茧症；护理；预防

Nursing experience of a patient with abdominal cocoon complicated with intestinal obstruction receiving surgical treatment

Yang Li

Mianyang Third People's Hospital. Sichuan Mental Health Center, Mianyang 621000, Sichuan, China

Abstract: Abdominal cocoon is a rare abdominal disease^[1], which is one of the rare causes of intestinal obstruction. In 1978, F00 et al. summarized 10 cases of acute and subacute intestinal obstruction for the first time. During exploratory laparotomy, it was found that all or part of the small intestine was wrapped by a dense fibrous membrane, oval and cocoon-like, so it was named abdominal cocoonosis. Due to the lack of specificity of clinical manifestations of this disease, preoperative diagnosis is difficult^[2]. A male patient with intestinal obstruction was admitted to our hospital on January 22, 2022, and was found to have a very rare abdominal cocoon during surgery. Under general anesthesia, the patient suffered from intestinal obstruction complications after extensive intestinal adhesion release and small intestine alignment. Targeted nursing measures were implemented for the patient and satisfactory results were achieved. Nursing experience is summarized as follows.

Keywords: abdominal cocoon; Nursing; Prevention

引言：

三分治疗，七分护理，临床护理在临床工作中也占据着重要的地位。护理作为一门独立的学科，近几年来，在医学护理工作人员的学习和实践中得到了不断发展和进步。帮助广大患者在治疗期间得到了切切实实康复。本文通过作者从实践工作中取得了丰富的护理经验和实际案例分析。

1 临床资料

患者，男性，50岁，因“腹痛一天”入院。2个月前患者出现相同性质的腹痛，后经治疗后好转。此次出现腹痛后，患者在当地医院进行治疗，症状没有好转，

疼痛加重，发作次数频繁，疼痛时间延长，伴肛门排气，排便减少，遂急诊来我院治疗。腹部增强CT提示：1.中下腹部分小肠排列拥挤，走行迂曲，局部肠管。肠系膜血管似漩涡样改变，相应肠壁水肿，增厚，增强后肠黏膜，浆膜面强化比较明显，周围脂肪间隙模糊并邻近腹腔少量积液，其以上肠管扩张积液，部分可见气液平，提示肠梗阻征象，原因待查：肠扭转伴闭锁形成？肠粘连？腹内疝？急诊以急性机械性肠梗阻收入我科。完善检查，急诊在全麻下行腹茧症广泛肠粘连松解术，小肠排列术，术后因手术时间长，术中创伤大，麻醉未苏醒，术后转入重症监护室。经过积极的治疗，患者于术后第2

天转回普通病房。术后5天有肛门排气排便。术后8天出现肠梗阻的症状，予以禁食，补液，胃肠减压，予中药灌肠等处理后，予术后14天好转出院。

2 护理

2.1 心理护理

有效的心理护理能帮助患者消除心理负担，缓解恐惧、焦虑、情绪，树立信心，主动配合治疗护理。我院是精神疾病专科，而且正在进行“心身融合”的推广，对于该患者，我们的责任护士对其进行了宗氏焦虑评估，结果显示患者的焦虑程度为中度，因此邀请了心理科的老师来进行心理指导，主管医生和责任护士也参与其中，每天针对患者的心理情况进行护理与指导，如听轻音乐、深呼吸、渐进放松，如讲解有关腹茧症的发病特点等；由于疾病的反复，家属难免会产生紧张情绪，所以还要做好家属的思想工作，给患者予关心和安慰，为治疗疾病而共同努力。

2.2 病情观察

现在提倡快速康复，患者麻醉清醒后予半坐卧位，15-30度，减轻腹部张力，术后予心电监护及吸氧，观察体温及生命征的变化，注意观察腹部切口有无红肿及渗出情况，遵医嘱予应用抗生素，预防切口感染。指导患者有效咳嗽咳痰，防肺部感染。肺部感染诊断标准^[3]：①患者出现咳嗽、咳痰等呼吸道症状；②经过听诊发现其双侧的肺部可闻干性或（和）湿性啰音；③患者体温有所升高且 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ，白细胞水平有所升高，在 $10.0 \times 10^9/\text{L}$ 及以上；④经过X线胸片检查发现其肺部出现了炎症性改变；⑤经过培养后发现了致病菌。患者有以上五项内容中的三项及以上即可以判定为肺部感染。临床上，预防肺部感染，遵医嘱先予雾化吸入，促进痰液的稀释，然后进行振动排痰。操作人员必须要严格按照操作手册进行操作，可以根据患者的实际情况，适当调整振动排痰机的参数。通常情况下，振动排痰机应当使用常规模式，频率控制在20~30Hz，这个频率与人体组织的自然频率较为同步，10~15min/次，每日两次。除此之外。我们科还给每个大手术的患者发放了呼吸训练器。每天指导患者进行肺功能的锻炼，增加肺活量，预防肺部感染！

2.3 通气排便护理

腹茧症患者肠蠕动功能差，加上手术行小肠排列固定，肠道功能恢复较慢，加上手术时有纤维蛋白渗出，致使该类患者手术后易发生肠梗阻。因此观察患者肛门的排气排便，是十分重要的！对患者腹部进行按摩，以

肚脐为中心顺时针按摩，促进肠胃蠕动恢复正常。此外，在中医理论中，肠梗阻属于“腹痛”“便秘”等范畴。临床通过调和胃气可有效改善患者症状。大承气汤中，大黄可泻热通便；芒硝有着软坚润燥的作用；川朴及枳实在行气散结的同时还能强化芒硝治疗作用，发挥荡涤积滞的效用。利用上述药物组成的大承气汤进行保留灌肠，可有效消除胀气。促进肠胃蠕动^[4]。

2.4 管道护理

术后留置胃管、腹腔引流管、深静脉导管、尿管，镇痛泵。妥善固定各管道，应做好管道的标记、标识，标记上需注明置管的时间、置管的长度，对腹腔引流液和胃液的颜色、性质、量等进行密切观察。深静脉观察有无红肿，输液前抽回血，确认导管在血管内，回抽不畅，就要多注意，看是否有血凝块，预防深静脉感染及血栓；术后做好会阴护理，预防尿路感染，第2天予拔除尿管。

2.5 营养支持

早期予胃肠减压后，静脉营养支持是预防术后再次发肠梗阻的关键。患者术后禁饮禁食，遵医嘱予胃肠减压、抑酸、抗炎、护胃及静脉高营养治疗，及时监测血糖、血常规、电解质等，避免发生低血糖及电解质紊乱。该患者术后第5天有排气，肠蠕动恢复，第7天予拔除胃管和腹腔引流管，进流质饮食，少量多餐，首先予4-5汤勺，间隔1-2小时一次，期间观察有无腹胀、腹痛，若有腹胀腹痛情况，予减少饮用量或暂停饮食，该患者在进食后出现腹痛，腹胀，呕吐。考虑并发了肠梗阻。因此遵医嘱予禁食，胃肠减压，予补液，营养支持治疗。在第12天后，患者排气排便后，予以指导患者进食流质饮食。无特殊不适，慢慢增加饮用量，50-80ml，间隔3-4小时一次，以清淡易消化和蛋白含量高的少纤维食物为主，坚持少食多餐原则。避免进食高糖、高淀粉等易产气和刺激性强的食物，以防肠道功能紊乱。每次进食后，督促患者及时下次活动，避免在床上平卧！

2.6 疼痛护理

疼痛是第五大生命体征。腹茧症患者由于病种特殊，容易情绪低落，导致机体的痛阈相对降低。为减轻患者术后伤口疼痛，予半卧位，指导患者咳嗽时双手捂住腹部，减轻腹部伤口疼痛，予镇痛泵5ml/h泵入，并评估镇痛效果以及是否出现呼吸抑制、恶心、呕吐、嗜睡、头晕等不良反应，若疼痛仍不能缓解，必要时予其他止痛药静脉注射或肌肉注射。

2.7 口腔护理

患者因长期的禁食禁饮，留置胃管，再加上全麻插管后的不适，口腔极度干燥，口唇容易干裂，口腔内容易积聚较多黏痰，口腔自洁功能下降，细菌大量滋生，容易在舌面形成痰痂，舌苔干厚，所以我们要为患者做好口腔护理，一天2次，保持患者口腔清洁。

2.8 并发症的预防

腹部大手术后不仅要预防出血，切口感染，肠粘连，肠梗阻等，还要预防深静脉血栓。研究表明，术后，超过90%的肺栓塞来自下肢深静脉系统，故预防下肢深静脉血栓非常必要。踝泵运动是深静脉血栓的物理预防方式中最方便、经济、有效的方式，有效的踝泵运动可促进血液回流，在预防下肢静脉曲张术后深静脉血栓形成、减轻下肢肢体肿胀疼痛以及功能恢复方面起着至关重要的作用。术后，我们每个病人会进行Wells评分，如果Wells评分 ≥ 3 分的患者术后采用加速下肢静脉血液回流措施如：使用间歇性腿部充气压迫疗法，促进静脉泵功能早日恢复；同时指导家属帮助患者行足趾和踝关节伸曲活动。术后6h下床活动。活动时注意“三部曲”，即平躺30秒，坐起30秒，站起30秒，无头晕头痛等不适后再行走，防止跌倒/坠床。

2.9 健康宣教

叮嘱患者保持心情愉悦，出院后注意适当的体能锻炼，如慢走、太极拳等，养成良好的生活习惯，禁烟禁酒，禁食酸辣、生冷坚硬的食物，避免暴饮暴食，禁饮碳酸等刺激性饮品，禁食红薯、芋头、柿子、糯米、粳米等难消化的食物。放松心态，避免将腹茧症成为心理负担，保持愉悦的心情，因该病罕见，又无特效的治疗方法，故患者出院后由专科门诊随访，并嘱患者病情复发时及时就医。

3 结束语

腹茧症术前很难确诊，平常人并无症状，92%的病人以肠梗阻就医，其中亚急性和慢性肠梗阻占71.4%，一些病人是在腹部手术时偶尔发现本病。手术处理主要是尽可能清除腹茧，故手术时间相对较长，肠道刺激较大，术后可能出现炎性肠梗阻，恢复时间较长。本例患者因术后排气假象造成过早流质饮食，过早拔除胃管，使没有恢复功能的肠道再次梗阻，加重了病情。今后在护理此类患者时应尤其注意，不能过早进食，即使进食也要少量、多次，循序渐进。患者出现肠梗阻时，及时予胃肠减压，予以中药灌肠，迅速缓解患者症状；耐心细致的心理护理加速患者身心全面康复。对于如何更好地预防术后肠梗阻的发生和肠梗阻复发，是我们今后努力的方向。

参考文献：

- [1]覃明慧.一例腹茧症患者的护理体会[J].养生保健指南, 2021, (17): 178.
- [2]孙锡红, 孙素丽, 赵雪佳, 胡志红.1例腹茧症患者的治疗及护理[J].养生保健指南, 2019, (1): 193. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6845.2019.01.180.
- [3]廖永凤, 邓艳丽, 温玉媚.体外振动排痰在神经内科重症患者预防肺部感染的临床效果观察[J].实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(24): 78-90
- [4]刘艳, 郑雪辉, 李明秀, 张聪.中药保留灌肠结合胃肠负压引流治疗肠梗阻的疗效观察及护理体会[J].中医外治杂志, 2022, 31(1): 96-98. DOI: 10.3969/j.issn.1006-978X.2022.01.046.
- [5]何建冉, 陈洁.1例腹茧症合并多发子宫肌瘤及卵巢囊肿患者的护理[J].现代临床护理, 2019, 18(3): 74-77. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8283.2019.03.015.