

· 病例报告 ·

腹茧症并十二指肠破裂患者一例术后的中西医结合护理

李香娥¹, 刘佳²

(1. 苏州市中西医结合医院 护理部, 江苏 苏州 215101; 2. 苏州市中西医结合医院 普外科)

腹茧症是腹部外科罕见病,其特征是一层致密的灰白色膜状纤维结缔组织包裹部分或全部腹部器官,类似蚕茧^[1],也称特发性硬化性腹膜炎、先天性小肠禁锢症等^[2]。腹茧症经典手术为分离纤维包膜,解除肠管禁锢,术后胃肠功能恢复困难,再梗阻发生率高^[3]。十二指肠损伤是一种少见的腹内脏器损伤,约占腹腔脏器损伤的3%~5%^[4],损伤后易发生肠瘘,是十二指肠损伤后最主要死因之一^[5],而术后胃肠功能障碍可增加十二指肠瘘的风险。因此,促进术后胃肠功能恢复是治疗和护理的重点。鲜有文献报道腹茧症并十二指肠损伤及其术后胃肠功能障碍的有效治疗手段。我科于2022年4月收治了1例腹茧症并十二指肠损伤患者,因创伤、手术、麻醉等因素,术后出现胃肠功能障碍,经中西医结合积极救治、辨证施护,取得良好疗效。现报道如下。

1 临床资料

患者,女,27岁,因“车祸致胸腹部外伤后5h伴腹痛”急诊入院。既往有中度贫血史3年。入院后腹部电子计算机断层扫描(computed tomography, CT)示左中上腹少量渗出改变。患者生命体征平稳,查体无明显腹膜刺激征,影像学检查无消化道穿孔或腹腔内出血依据,暂予动态观察。5h后复查CT示腹腔积液量增加伴有游离气体,腹部B超示腹腔积液增加。即刻在全麻下行急诊剖腹探查:术中见腹腔广泛粘连,部分小肠被一层灰白色致密的纤维膜包裹,十二指肠水平部断裂,仅1/6肠壁连续,伴胰腺尾部挫伤。行十二指肠破裂修补术+腹腔冲洗引流术+上腹部粘连松解术,术中放置空肠营养管,手术时间达5h。术后诊断:十二指肠破裂,急性弥漫性腹膜炎,胰腺挫伤,腹茧症,贫血,腰椎横突骨折。术后第2天由重症监护病房(intensive care unit, ICU)转入普外科,予禁食、抗炎、制

酸、抑制胰酶分泌、营养支持治疗;术后第3天给予肠外营养支持;术后第7天患者出现肺不张伴胸腔积液;术后第10天停肠外营养转为肠内营养后,出现腹痛腹胀、伴恶心呕吐,胃肠减压引出胆汁样液体2100ml,腹部CT示胃、十二指肠近段扩张,远端吻合口水肿,考虑不全梗阻伴胃肠功能紊乱,胆汁淤积性急性胆囊炎。继续给予抗炎、利胆、禁食、胃肠减压,中医护理行艾灸、耳穴贴压、“六字诀”呼吸吐纳功法练习等。干预后腹痛腹胀缓解,一周内胃肠功能恢复,无并发症发生。术后第60天患者恢复良好出院,随访期间无不适。

2 护理

2.1 营养支持护理

2.1.1 营养评估 患者身高150cm,体重45kg,体质指数(body mass index, BMI)20kg/m²,术后白蛋白29.9g/L,前白蛋白0.1g/L,血红蛋白87g/L,营养风险筛查2002(nutrition risk screening 2002, NRS2002)评分:5分,患者存在营养高风险,需尽早营养支持。

2.1.2 营养途径的选择 十二指肠损伤后化学刺激和污染引起周围组织严重水肿,术后十二指肠瘘风险增高。且患者合并腹茧症,术中切除纤维膜过程中极易损伤肠系膜血管及灼伤肠壁,导致小肠缺血性坏死或肠瘘^[6]。术后早期患者不适合肠内营养,予先行肠外营养支持。

2.1.3 肠外营养护理 根据加速康复外科围术期营养支持中国专家共识(2019版),营养支持摄入热卡目标量25~30kcal/kg·d⁻¹,摄入蛋白质的目标量1.5~2.0g/kg·d⁻¹。患者标准体重45kg,所需热卡为1125~1350kcal/d,蛋白质为67.5~90g/d。术后第3天经中心静脉予标准化肠外营养液输注,使用静脉输液泵速度控制在100ml/h,并于静脉输注人血白蛋白20.0g/d,患者摄入总热量约1125kcal/d,蛋白量约41g。每8h测血糖1次,维持血糖在7.8~10mmol/L。严格无菌操作,中心静脉导管每周换药,预防导管感染性并发症。患者肠外营养期间未发生导管相关并发症。

2.1.4 肠内营养护理 术后第9天空肠营养管内予

【收稿日期】 2023-03-10 【修回日期】 2023-12-17

【基金项目】 苏州市科技发展计划项目(SKJYD2021215);苏州市社会发展科技创新项目(2022SS05)

【作者简介】 李香娥,本科,主任护师,电话:0512-69388113

【通信作者】 刘佳,电话:0512-69388443

5%葡萄糖氯化钠 500 ml+10%氯化钾 20 ml 泵入。术后第 10 天,予短肽型肠内营养制剂(百普力)+乳清蛋白粉 20 g/次,3 次/d 鼻饲,另予部分肠外营养。百普力泵速从 50 ml/h,逐渐增加至 100 ml/h,每 4~6 h 评估肠内营养耐受性,密切关注患者有无腹痛、腹胀及大便次数和形状。术后第 17 天肠内营养增加整蛋型肠内营养粉剂(安素)液体 100 ml/次,3 次/d;第 18 天百普力改为整蛋白型肠内营养制剂(能全力);术后第 22 天,达到目标热卡量。患者术后第 2 天,BMI:20 kg/m²,白蛋白 29.2 g/L,血红蛋白 83.0 g/L,前白蛋白 0.07 g/L,C 反应蛋白 117.46 mg/L;术后第 39 天,BMI:20.33 kg/m²,白蛋白 43.1 g/L,血红蛋白 99.0 g/L,前白蛋白 0.16 g/L,C 反应蛋白 <10 mg/L,营养指标明显提高。

2.2 胃肠功能障碍的护理 术后第 10 天,患者出现腹痛腹胀、伴恶心呕吐,胃肠减压引出大量胆汁样液体 2100 ml/d。因患者腹茧症,术中广泛的粘连分离,术后易再次出现不同程度的腹腔内粘连,早期即易发生炎性肠梗阻^[7]。十二指肠损伤后化学刺激和污染引起周围组织严重水肿,术后出现吻合口水肿,导致不全肠梗阻,肠功能恢复更加困难。同时,全身麻醉中使用阿片类药物作用于肠道平滑肌的阿片受体,导致迷走神经释放乙酰胆碱减少,抑制肠道蠕动,增加术后肠功能障碍的发生率^[8]。术后较长时间肠外营养导致胆囊排空障碍,胆汁淤积,并发急性胆囊炎,进一步加重胃肠功能障碍。

2.2.1 一般护理 醋酸奥曲肽注射液每 8 h 皮下注射 0.2 mg,抑制肠道分泌。胆宁片研磨后经鼻肠管给药(1.8 g,3 次/d),清热化湿、疏肝利胆。

2.2.2 耳穴贴压以理气消胀 患者长期贫血、乏力,正气亏虚为本;又车祸致十二指肠断裂,外伤直接损伤肠道功能;又手术金石之伤,耗伤正气,温煦推动不足,痰湿内生;又损伤经络,离经之血即为瘀血,瘀阻经络,影响气机运行。耳穴贴压是将王不留行籽、药丸或磁珠用胶布加以固定,通过刺激耳郭相应穴位或反应点,达到防病治病目的的一种中医外治法。近五年来,耳穴贴压越来越多地应用到围术期护理中,包括促进胃肠功能恢复等^[9]。研究^[10]发现,迷走神经在针刺治疗胃肠道疾病中发挥着重要的作用。而迷走神经在体表的唯一分支为迷走神经耳支,耳郭的耳甲区即耳甲艇和耳甲腔是其主要分布位置^[11]。取经验耳穴“腹胀区”、国标耳穴“胆”“肝”,均位于耳甲艇部。“腹胀区”是治疗腹胀的特定穴位,能够疏导胃肠气机,理气消胀。“胆”“肝”可疏肝利胆,条达肝木之气、以助脾土健运。取耳穴

“消化系统皮质下”位于对耳屏内侧,可调节大脑皮质功能,通过神经反射调节,改善胃肠道功能。耳穴“三焦”位于耳甲腔下部,屏间切迹内侧,是耳颞神经、耳大神经、枕小神经的交汇点,迷走神经、舌炎神经的混合支、分支穿过耳轮脚根部延伸到该穴处,刺激该穴可促进胃肠蠕动。耳压材料选用王不留行籽,王不留行药粒在本草典籍记载具有通血脉、止血定痛、行血通经等作用。由具有中医护理技术操作资质的护士,根据耳穴贴压标准流程操作。在一侧耳部先探穴,在以上穴区寻找敏感点,使用 75%乙醇消毒后进行贴压,指导患者家属协助按压 3 次/d,每次每穴按压 1~2 min,直至耳郭发热潮红,留籽 3 d,期间如有潮湿脱落及时更换,3 d 后更换至另一侧耳郭。

2.2.3 艾灸以健脾益气,化痰散瘀 患者术后脾胃气虚,运化失健,痰湿积蓄;经络损伤,脉阻血瘀。艾灸是通过艾的温热和药力作用刺激穴位或病痛部位,达到温经散寒、活血消瘀、化痰散结、扶阳固脱,防治疾病的一种外治方法。艾灸的“温通”“温补”效应,可活血消瘀、化痰散结,适用于术后胃肠功能紊乱的治疗^[12]。选足阳明胃经双侧足三里、上巨虚、丰隆穴。足三里可理中焦胃肠之气血,上巨虚有化痰散瘀之功,两穴配伍能更好地发挥同功穴调整阴阳、协同增效的作用。足三里为胃腑下合穴,具有调理脾胃、补益气血、升发脾阳,消滞助运等功能^[13]。上巨虚为大肠经的下合穴,有通调大肠气机之功能,二者均循行胃经而后进入六腑,两穴联用,在干预胃肠疾病中具有显著疗效。丰隆为足阳明胃经之络穴,别走于足太阴脾经,胃经之湿浊晦气在此沉降,故丰隆被誉为“治痰要穴”,有健脾除胀、化痰散瘀之功效。采用艾条悬灸,准确取穴,并点按穴位使之有酸胀等得气感,点燃艾条一端,在穴位上方 2~3 cm 处行温和灸,每穴 10~15 min,2 次/d。过程中询问患者感受,防止皮肤烫伤,灸毕以局部皮肤微红为度,局部保暖。第 13 天,腹部 CT 示:胆囊肿大,伴周围渗出,且十二指肠近端扩张,考虑吻合口水肿伴有胆囊胆汁淤积伴急性胆囊炎;B 超示:胆囊增大水肿,胆囊内充满实体样改变。第 16 天,胃肠减压引流量减少至 120 ml/d,无腹胀腹痛。复查 CT 示:十二指肠有轻度扩张,胆囊水肿渗出较前减轻,停胃肠减压。第 22 天,B 超示:胆汁淤积较前改善。通过治疗及护理,胃肠功能障碍及胆汁淤积性非结石性胆囊炎明显改善。

2.3 并发症的预防和护理

2.3.1 肠痿的观察预防 十二指肠是多种消化液必经之路,损伤后易导致十二指肠痿的发生。因此,预

防和观察肠痿的发生,是该患者术后护理重点之一。术后保证腹腔置管充分引流,妥善固定各管路,保持各引流管通畅及切口敷料清洁干燥对术后患者尤其重要。严密观察引流液颜色、性质,当引流液呈黄绿色脓性液体并伴有恶臭,警惕肠痿的发生。该患者未发生肠痿。

2.3.2 肺部感染的护理 多发伤患者机体存在两个及以上创伤部位,因疾病及治疗等多方面因素影响,容易并发肺部感染。患者存在L₂₋₄右侧横突骨折,需卧床休息,以减少骨折端的反复移位及摩擦,避免重复性损伤。活动的限制使患者肺部感染几率增加。患者术前有贫血病史,入院时查血红蛋白62 g/L。术前血红蛋白<100 g/L的贫血患者,术后肺部并发症的发生率增加3倍,术前贫血是术后肺部并发症的独立危险因素^[14]。患者卧床期间协助其每2 h轴线翻身及拍背。指导缩唇腹式呼吸:取仰卧位,右手放在腹部肚脐,左手放在胸部,吸气时闭住嘴巴用鼻吸气,将腹部最大限度的向外鼓起来,胸部尽量保持不动;呼气时缩唇,缓慢呼气,最大限度的向内收缩腹部,胸部尽量保持不动;吸呼比为1:2~1:3,一呼一吸时间控制在15 s左右,每次10~15 min左右,2~3次/d。同时行每日一次“六字诀”呼吸功能锻炼:根据国家体育总局颁布的“六字诀养生视频”及《健身气功·六字诀》的要求,由中医专职护士向患者讲解步骤、动作要领和注意事项,直至患者独立掌握。步骤:预备式—嘘字功(6遍)—调息—预备式—呵字功(6遍)—调息—预备式—呼字功(12遍)—调息—预备式—呬字功(12遍)—调息—预备式—吹字功(12遍)—调息—预备式—嘻字功(6遍)—调息—预备式。卧床期间“六字诀”呼吸配合手部动作,下床活动后配合全身动作。做到鼻吸口呼,深慢呼吸。术后第6~9天体温波动在37.1~37.6℃,术后第8天白细胞计数 $14.92 \times 10^9/L$ 。术后第10~12天体温波动在36.0~37.1℃,术后第14天白细胞计数 $8.9 \times 10^9/L$ 。术后第7天CT示:两侧胸腔少量积液,右下肺部分不张,左下肺少许炎症。术后第12天CT示:两下肺少许炎症。

2.3.3 深静脉血栓的预防和护理 深静脉血栓是创伤后的主要并发症之一,积极预防其发生对患者至关重要^[15]。患者Caprini评分:11分,深静脉血栓风险等级为极高危。多发伤、大手术后、中心静脉置管,均为相关危险因素,腰椎横突骨折需卧床,进一步增加血栓风险。患者亦存在出血危险因素,包括腹部手术,术前贫血及复杂手术(分离难度高)。且患者先天左足内翻畸形,无法配合踝泵运动及穿着弹力袜。因此,血栓预防措施主要采用基础预防及

物理预防。指导患者主动活动双下肢,给予足够的液体量,并控制血糖。间歇充气加压装置治疗,2次/d,30 min/次。D-二聚体是临床用于反映生成纤溶酶与凝血酶的重要指标,与血栓形成与溶解有密切联系^[16],对临床诊断下肢深静脉血栓、指导治疗及预后的评估具有重要意义。患者术后第1天,D-二聚体:318.6 μg/dl,治疗1周后下降至126.4 μg/dl。住院期间未发生深静脉血栓。

【关键词】 腹茧症;十二指肠破裂;术后胃肠功能障碍;中医护理;病例报告

doi: 10.3969/j.issn.2097-1826.2024.01.027

【中图分类号】 R473.6 **【文献标识码】** A

【文章编号】 2097-1826(2024)01-0112-03

【参考文献】

- [1] KEESE D, SCHMEDDING A, SAALABIAN K, et al. Abdominal cocoon in children: a case report and review of literature [J]. World J Gastroenterol, 2021, 27(37): 6332-6344.
- [2] SINGHAL M, KRISHNA S, LAL A, et al. Encapsulating peritoneal sclerosis: the abdominal cocoon [J]. Radiographics, 2019, 39(1): 62-77.
- [3] 夏怡, 唐永华, 耿志超, 等. 腹茧症临床分析(附9例报告) [J]. 外科理论与实践, 2019, 24(3): 259-263.
- [4] 黎介寿, 吴孟超, 黄志强. 普通外科学[M]. 2版. 北京: 人民军医出版社, 2005: 215.
- [5] 王谦, 张弛, 金圣杰等. 创伤性十二指肠损伤的临床诊治分析 [J]. 肝胆胰外科杂志, 2023, 35(8): 479-482.
- [6] 李正荣, 冯宗峰. 腹茧症诊断与治疗的研究进展 [J]. 中华消化外科杂志, 2018, 17(9): 910-913.
- [7] 李斌斌, 杨小华, 温阳辉, 等. 腹茧症的临床特点与诊治经验 [J]. 中华普通外科杂志, 2020, 35(6): 468-470.
- [8] 李德, 刘克玄, 邓小明, 等. 术后胃肠功能障碍防治专家共识 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2021, 42(11): 1133-1142.
- [9] 徐语晨, 葛浩天, 王秋琴, 等. 基于CiteSpace分析国内耳穴疗法研究热点及趋势 [J]. 军事护理, 2023, 40(6): 53-56.
- [10] 黄金, 杨娜娜, 范浩, 等. 针刺治疗胃肠道疾病的迷走神经调节机制研究进展 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(12): 6248-6250.
- [11] 张丹, 王娟, 杨俊强, 等. 耳穴迷走神经刺激对伴糖尿病老年胃肠肿瘤患者术后认知功能的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(24): 3448-3451.
- [12] 薛莲, 李敏, 赵江, 等. 不同时机艾灸对腹腔镜全麻术后胃肠功能恢复的影响 [J]. 中国针灸, 2018, 38(6): 571-574, 579.
- [13] 郑丽维, 纪小凤, 陈丰, 等. 艾灸丰隆、足三里治疗痰湿壅盛证高血压患者的疗效 [J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(2): 43-47.
- [14] 曾玉婷, 栗艳, 李芳, 等. 加速康复外科围术期肺部并发症干预策略研究进展 [J]. 护理学杂志, 2019, 34(14): 109-112.
- [15] 王艺燕, 何凌霄, 欧阳朝威, 等. 创伤患者静脉血栓栓塞症风险评估工具的研究进展 [J]. 军事护理, 2023, 40(2): 95-97.
- [16] 康联宗, 肖金玉, 陶芸. D-二聚体和纤维蛋白原联合检测在下肢深静脉血栓形成中的诊断效果 [J]. 血栓与止血学, 2019, 25(3): 446-447.

(本文编辑: 沈园园)