52-53 肠梗阻，小儿，外科手术，护理学 11079(27)
维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

小儿肠梗阻 50 例的术后护理

鞍山钢铁公司立山医院小儿外科 赵 颖 刘继东

（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

R473.72; R473.6

肠梗阻是小儿常见的急腹症之一，可发生肠管任何部位，临床表现以腹痛、腹胀、呕吐、不排气及便，严重者可因脱水酸中毒并发休克危及小儿生命。本文对我院 1985～1993 年间收治 150 小儿肠梗阻进行回顾性总结。现将护理体会报告如下：

临床资料：

一、一般资料：本组 150 中男性 98 例，女性 52 例。年龄：6 个月～15 岁不等，其中以乳幼儿发病率较高。

二、分类情况：150 例分组如下：蛔虫性肠梗阻 64 例，占 42.6%；急性肠套叠 47 例，占 31.3%；粘连性肠梗阻 21 例，占 14%；粪石性肠梗阻 10 例，占 6.6%；麻痹性肠梗阻 5 例，占 3.3%；肠扭转梗阻 1 例，占 0.6%；肠狭窄梗阻 2 例，占 1.3%。

三、治疗方法：150 例中经手术治疗 29 例（占 19%），其余 121 例经胃肠减压、补液、服用中药及低压洗肠等方法治愈，无 1 例死亡。

护理体会：

一、由于小儿肠梗阻的发生原因不同，所以护理时不能按固定的模式进行。如对小儿单纯性肠梗阻，医生一般先采用姑息方法治疗，所以护理人员必须配合医生做好胃肠减压，纠正水电平衡失调的输液、洗肠等项护理。同时还应注意小儿体温、血压、脉搏和呼吸等生命体征的变化。

1. 给小儿下胃管时对胃管的粗细、长度要适当。由于小儿不合作往往需要多次反复操作才能成功。护理人员应态度和蔼消除小儿的恐惧心理。操作时力求轻柔。鼓励小儿配合并劝告小儿不要自己随便拔管。当医生吩咐用中药治疗时护理人员可在充分胃肠减压的前提下由胃管注入一定量的中药制剂，促进肠梗阻的缓解。

2. 由于小儿处于生长发育过程中，各脏器功能不成熟，所以静脉输液给药时一定要慎重，输液速度不宜过快。特别是当纠正代谢性酸中毒时补充钾或其他电解质要严格掌握输液的速度、滴数和尿量的变化。

3. 小儿洗肠时常用生理盐水，洗肠液的温度一定要适宜。太热会烫伤肠粘膜，太冷会使小儿体温下降，太快会导致腹压增高从而限制了肠肌运动而影响呼吸。因此护理人员一定要有高度的责任感，采用低压洗肠刺激肠管蠕动，解除肠管梗阻。

二、小儿肠梗阻的手术后护理，当肠梗阻经过一段时间的非手术疗法治疗无效，甚至有肠坏死、腹膜炎、中毒性休克发生的可能时可转为手术治疗。我们体会：

1. 术后护理主要是防止和早期发现并发症的发生，因患儿多不能准确表达病情，因此密切观察体温、脉搏、呼吸和血压等生命体征变化及时向医生汇报并写出针对性的护理计划。

2. 小儿腹部手术一般采用全麻，当患儿未清醒前应取头低足高位或平卧位。同时给予持续低流量吸氧，不垫枕头，头偏向一侧，口旁放置弯盘防止患儿因呕吐而发生误吸。清醒之后采取半卧位以减少腹壁张力，有利于呼吸和减轻创口的疼痛。

3. 术后要观察体温的变化。如体温在 38℃以下一般不作特殊处置；若在 38.5℃左右采用温水擦浴；若体温在 39℃以上应及时处置，可采用 30%酒精擦浴或遵医嘱作药物降温措施。

4. 纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。术后由于患儿长时间禁食水，能量得不到充分的供应，所以可采用静脉高营养保证足够的热量。必要时可输些全血或血浆等。

5. 注意术后并发症的发生：肠瘘是肠梗阻术后的主要并发症。常发生在术后 7—10 天，当患儿持续性发热，白细胞升高，腹部的切口处出现红肿，并有粪臭味液体流出时要立即通知医生以便妥善处理。

6. 手术后对胃肠减压的护理：我们认为有效

维普资讯 http://www.cqvip.com

青光眼，闭角型青光眼，围手术期，护理学 11180(28)

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

的胃肠减压是减少手术后腹胀和防止吻合口瘘的重要措施。护理人员应经常检查胃肠减压是否通畅，并认真记录胃液的量和性质。必要时从胃管内注入中药制剂促进肠蠕动早排气。

7. 手术后应指导病儿早期离床活动，以利于肠功能的恢复。防止肠粘连同时还能增加食欲。

总之，小儿肠梗阻发病多、发病急、但只要我们认真做好各项护理工作，同时积极的配合医生治疗愈后还是很好的。

（收稿：1994—09—16）

53-54

闭角型青光眼的围手术期护理

石家庄市第一医院 李淑珍 祝淑芳

（河北石家庄，邮政编码 050011）

R473.77

青光眼，是以眼压增高，视力下降为主的眼病，伴有典型的视功能减退和眼组织损坏，若延误治疗，将导致失明，是致盲的主要原因之一，必须积极根治。

发病机理：病因未明。闭角型青光眼，临床上多见于 40 岁以上，女性较多。生气、失眠、过劳、长时间阅读、在暗光下工作过久等常为发病诱因。我院眼科 1990 年共收住此类患者 70 名，其中女性为 45，占 64.3%。

治疗：闭角型青光眼，临床主要以手术治疗为主。但在急性发作期，可先用 20%甘露醇 250 毫升快速静点及匹罗卡品 15 分钟 1 次，2 小时后改为 1 小时 1 次，口服醋氮酰胺 250 毫克，103 次，首次加倍，尽快降低眼压，待充血消退后，再行手术为宜。若应用上述各种药物后，观察 24 小时，眼压仍不降，亦应采取紧急措施，如针刺前房放出房水，使眼压下降。临床上一般采取窦小梁切除术、虹膜嵌顿术等术式。闭角型青光眼如果治疗及时，一般预后情况良好。

术前准备及注意事项：

1. 急性期患者因常有眼胀、偏头痛、视力障碍、虹视、瞳孔散大、恶心、呕吐、烦燥、失眠等症状，需适当给予降眼压药物和镇静剂，并保持环境安静，使患者充分休养。

2. 术前用药治疗过程中，注意某些药物的副作用。如醋氮酰胺（碳酸酐酶抑制剂）可引起低钾症，手足麻木、食欲不振等，应以防止。缩瞳药物可使闭角型青光眼好转，但毒扁豆碱或糖甲碘有时反而引起眼压上升，故应密切观察。

3. 闭角型青光眼，多因家庭不和，工作上不顺利，心情不畅，精神抑郁所致，所以必须找出诱发原因，在药物及手术治疗的同时，给患者做耐心细致的思想工作，使其得到安慰和解除精神压力。

4. 术前检查：心电图、胸透、血尿便常规、出凝血时间及血糖、尿糖，有严重心脏病和支气管炎、肺炎、肺结核、糖尿病者不宜手术。心脏病患者易出现危险；支气管炎、肺炎、肺结核患者因咳嗽会影响手术效果；糖尿糖患者术后伤口不易愈合，术中易出血过多。

5. 术前洗澡更换内衣。

6. 剪眼睫毛、冲洗泪道，手术区皮肤清洁，0.25%氯霉素点眼 1 日 6 次。准备眼罩及术中用药如庆大霉素，氟美松等药物。

7. 术前晚服镇静药物安宁 2 片 21 点服，使患者充分休养。并应向患者做好宣传安慰工作，解除其精神上的紧张与焦虑，安定情绪，树立信心。

8. 术晨禁食水，术前口服醋氮酰胺 250 毫克和 20%甘露醇 250 毫升快速静点，15 分钟输完。

术后护理及注意事项：

1. 术后 1 级护理，使患者平卧，头部两侧沙袋固定 48 小时。要求患者卧床休息保持安静，以免影响手术效果。

2. 术后流食 48 小时后改半流食，根据病情拆线前后改为普食。

3. 术后按医嘱用抗菌素，激素及散瞳眼药水等点眼。

4. 如患者烦燥、失眠，可给镇静剂如鲁米那钠 0.2 肌注；腹胀者可局部热敷和表飞明口服等，少数患者呕吐应给止吐剂如维生素 B_1 50 毫克肌注 1 日 2 次，并保持环境安静，使患者充分休养。

5. 术后少数患者不易床上小便，可用膀胱局部热敷或者用已过水声引导患者小便，经上述措