

小儿外科疾病护理常规

目 录

- 第一节 颅脑损伤的护理常规
- 第二节 颅内血肿清除术的护理常规
- 第三节 颅底骨折的护理常规
- 第四节 化脓性腹膜炎的护理常规
- 第五节 脾破裂的护理常规
- 第六节 阑尾炎的护理常规
- 第七节 腹股沟疝的护理常规
- 第八节 肠梗阻的护理常规
- 第九节 肠套叠病人的护理常规
- 第十节 包皮过长、包茎的护理常规
- 第十一节 尿道下裂的护理常规
- 第十二节 先天性肛门闭锁的护理常规
- 第十三节 胸腔闭式引流的护理常规
- 第十四节 骨折的护理常规
- 第十五节 石膏固定术的护理常规
- 第十六节 牵引术的护理常规
- 第十七节 蛇咬伤的护理常规
- 第十八节 烧（烫）伤的护理常规

第一节 颅脑损伤护理

一、概念

颅脑损伤是直接或间接暴力作用于头部引起颅骨及脑组织的损伤。可分为开放性颅脑损伤和闭合性颅脑损伤。

二、临床表现

意识障碍、头痛、恶心、呕吐、癫痫发作、肢体瘫痪、感觉障碍、失语及偏盲。

三、护理常规

1、术前护理

- (1) 严密观察意识、瞳孔、生命体征、肢体感觉及活动情况，判断有无休克和脑疝。
- (2) 迅速建立静脉通路：脑疝患者立即快速滴注甘露醇等脱水剂。
- (3) 立即做好术前准备工作，合血、剃头及清洁头部皮肤。
- (4) 保持呼吸道通畅，意识障碍患者取侧卧位或半卧位，头偏向一侧，必要时放置口咽通气道或行气管插管/切开，尽快清除口鼻腔及咽部血块或呕吐物。禁用吗啡止痛，以防抑制呼吸。
- (5) 开放性颅脑损伤引起失血性休克，应使患者平卧位或休克卧位，尽快补充血容量同时注意保暖。
- (6) 正确体位：为促进漏口早日闭合，需维持特定的体位，其目的是借助重力作用使脑组织移向颅底硬膜破损处，有助于使局部粘连而封闭。患者应绝对卧床休息，取患侧卧位，维持体位至漏液停止后3天。前颅窝骨折者还应将抬高床头 30° 。
- (7) 开放性颅脑损伤应及时清创和常规应用抗生素。有脑脊液耳、鼻漏者要注意保持耳、鼻孔及口腔的清洁，尽可能避免挖鼻孔、擤鼻涕、打喷嚏和咳嗽，严禁填塞或用水冲洗耳、鼻以及经鼻吸痰和置胃管，以免引起逆行感染。定时监测体温，密切观察有无颅内感染征象。

2、术后护理

- (1) 卧位：术后应去枕平卧头偏向一侧，利于呼吸道管理。待患者清醒、血压平稳后可抬高床头 $15-30^{\circ}$ ，以利于静脉回流，减轻脑水肿。

(2) 生命体征的观察：定时监测意识、瞳孔、呼吸、血压等，做好记录。

(3) 感染或脑损伤均引起高热，应查明原因。体温高时应及时给予降温，保持体温在正常或接近正常范围内。可采用药物及物理降温两种方法。对中枢性高热多以物理降温为主。如酒精擦浴、温水擦浴或应用冰毯、冰帽；必要时行低温冬眠疗法。

(4) 加强基础护理。对于昏迷的患者要注意保暖，定时拍背排痰，清理呼吸道，预防坠积性肺炎。按时给予翻身，保持床单清洁干燥，每日按摩骨突部位，做好皮肤护理，防止压疮发生，躁动患者谨慎使用镇静剂，应设专人守护，给予适当约束，防止坠床及意外发生。

(5) 冬眠疗法是采用冬眠药物和物理降温的方法使机体处于低温状态。房间应保持安静，光线柔和，室温在 18-20℃。有专人看护，并备好急救药品和物品。患者应平卧，搬动患者或翻身时，动作要轻柔、缓慢，以防止体位性低血压。降温以肛温 32-34℃为宜，冬眠时间一般为 3-5 日。治疗期间严密观察病情变化，保持呼吸道通畅，避免冻伤或压疮的出现。停止冬眠治疗时应先停止物理降温。

(6) 颅脑外伤或术后采用静脉输液补充热量，输液总量一般不宜超过 1500ml/d，以防止脑水肿的发生和发展。以后可根据患者的意识状态和胃肠功能改为流食或鼻饲饮食。

4、健康教育

(1) 如有脑脊液鼻、耳漏者应教会患者如何摆放体位，劝告患者勿抠鼻、挖耳，勿用力屏气排便、咳嗽、擤鼻涕或打喷嚏等。

(2) 颅骨骨折达到骨性愈合需要一定时间：线性骨折小儿需 1 年。若有颅骨缺损，可在伤后半年左右作颅骨成形术。

(3) 对轻型脑损伤患者应鼓励其尽早自理生活，对恢复过程中出现的头痛、耳鸣、记忆力减退应给予解释和安慰，使其树立信心。

(4) 外伤性癫痫者应定期服用抗癫痫药物，不能独自外出、登高、游泳等，以防意外。

(5) 脑损伤遗留的语言、运动或智力障碍，在伤后 1-2 年内有部分恢复的可能，应制定康复计划进行废损功能训练，以改善生活自理能力以及社会适应能力。

外伤性颅内血肿清除术

一、概念

颅内血肿是颅脑损伤中最多见、最严重、可逆性的继发性病变。由于血肿直接压迫脑组织,引起局部脑功能障碍及颅内压增高,若未及时处理,可导致脑疝危及生命。早期发现并及时处理可在很大程度上改善预后。

二、临床表现

1、硬脑膜外血肿

(1) 意识障碍: 进行性意识障碍是颅内血肿的主要症状, 可因原发性脑损伤直接导致, 也可由颅内血肿形成导致颅内压增高和脑疝引起, 后者常发生于伤后数小时至 1~2 日。意识障碍有 3 种类型: ①典型的意识障碍是伤后昏迷有“中间清醒期”, 即原发性脑损伤的意识障碍清醒后, 经过一段时间因颅内血肿形成, 颅内压增高使病人再度出现昏迷, 并进行性加重; ②原发性脑损伤较严重或血肿形成较迅速, 可不出现中间清醒期, 伤后持续昏迷并进行性加重; ③原发性脑损伤轻, 伤后无原发性昏迷, 至血肿形成后始出现昏迷。

(2) 颅内压增高及脑疝表现: 一般成人幕上血肿大于 20m、幕下血肿大于 10m, 即可引起颅内压增高症状, 常有头痛、恶心、剧烈呕吐等, 伴有血压升高、呼吸和心率减慢、体温升高。当发生小脑幕切迹疝时, 患侧瞳孔先短暂缩小, 随后进行性散大、对光反应消失, 对侧肢体偏瘫进行性加重。幕上血肿者大多先经历小脑幕切迹疝, 然后合并枕骨大孔疝, 故严重的呼吸循环障碍常发生在意识障碍和瞳孔改变之后。幕下血肿者可直接发生枕骨大孔疝, 较早发生呼吸骤停。

2、硬脑膜下血肿

(1) 急性和亚急性硬脑膜下血肿: 症状类似硬脑膜外血肿, 脑实质损伤较重, 原发性昏迷时间长, 少有“中间清醒期”, 颅内压增高和脑疝症状多在 1~3 日内进行性加重。

(2) 慢性硬脑膜下血肿: 由于致伤外力小, 出血缓慢, 病程较长, 病人表现为: ①慢性颅内压增高症状: 头痛、呕吐和视乳头水肿等; ②血肿压迫所致局灶症状和体征: 偏瘫、失语和局限性癫痫等; ③脑供血不足、脑萎缩症状: 智力下降、记忆力减退和精神失常等。

3、脑内血肿以进行性加重的意识障碍为主, 若血肿累及重要脑功能后,

可能出现偏瘫、失语、癫痫等症状。

三、护理常规

1、术前护理

- (1) 严密观察意识、瞳孔、生命体征、肢体感觉及活动情况，判断有无休克和脑疝。
- (2) 迅速建立静脉通路：脑疝患者立即快速滴注甘露醇等脱水剂。
- (3) 立即做好术前准备工作，合血、剃头及清洁头部皮肤。
- (4) 保持呼吸道通畅。意识障碍患者取侧卧位或半卧位，头偏向一侧，必要时放置口咽通气道或行气管插管/切开，尽快清除口鼻腔及咽部血块或呕吐物。禁用吗啡止痛，以防抑制呼吸。

2、术后护理

- (1) 麻醉未醒前给予平卧位，头偏向一侧，血压平稳后床头抬高 15-30°，昏迷呕吐者头偏向一侧，低颅压或休克者平卧位。
- (2) 术日禁食，以后遵医嘱给予饮食。
- (3) 严密观察神志、瞳孔及生命体征变化，及时发现颅内高压征象，准确及时使用脱水药物，预防脑疝发生。
- (4) 保持引流管周围敷料干燥，如有外渗或切口处皮下肿胀，及时汇报医生，更衣引流颜色及量的变化。
- (5) 外伤性癫痫患者按癫痫护理常规。

4、健康教育

- (1) 康复指导加强营养，进食高热量高蛋白、富含纤维素维生素的饮食发热时多饮水。神经功能缺损者应继续坚持功能锻炼，进行辅助治疗(高压氧、针灸理疗、按摩、中医药、助听器等)。避免搔抓伤口，可用 75%乙醇或络合碘消毒伤口周围，待伤口痊愈后方可洗头。颅骨缺损者注意保护骨窗局部，外出戴防护帽，尽量少去公共场所。
- (2) 复诊指导：3~6 个月门诊复查,如出现原有症状加重、头痛呕吐抽搐、不明原因发热、手术部位发红、积液、渗液等应及时就诊。一般术后半年可行颅骨修补。

颅底骨折

一、概念

颅骨骨折)指颅骨受暴力作用致颅骨结构的改变。颅骨骨折提示受伤者受暴力较重,其严重性并不在于骨折本身,而在于可能合并脑、脑膜、血管和神经损伤。

二、临床表现

1、颅盖骨折:线性骨折发生率最高,局部压痛、肿胀,病人常伴有局部骨膜下血,凹陷性骨折好发于额、顶部,多为全层凹陷局部可扪及下陷区,部分病人仅有内板凹陷,若骨折片损伤脑功能区,可出现偏瘫、失语、癫痫等神经系统定位体征。

2、颅底骨折多为颅盖骨折延伸到颅底,或由强烈的间接暴力作用于颅底所致,常为线性骨折。颅底部的硬脑膜与颅骨贴附紧密,故颅底骨折时易撕裂硬脑膜,产生脑脊液外漏而成为开放性骨折。依骨折的部位可分为颅前窝、颅中窝和颅后窝骨折,主要临床表现为皮下或黏膜下瘀斑、脑脊液外漏和脑神经损伤 3 个方面。

颅底骨折的临床表现

骨折部位	脑脊液漏	瘀斑部位	可能损伤的脑神经
颅前窝	鼻漏	眶周、球结膜下(“熊猫眼”征)	嗅神经、视神经
颅中窝	鼻漏和耳漏	乳突区(Battle征)	面神经、听神经
颅后窝	无	乳突部、咽后壁、枕下部	少见

三、护理常规

1、预防颅内感染

(1)体位:病人取半坐卧位,头偏向患侧,借重力作用使脑组织移至颅底,促使脑膜形成粘连而封闭漏口,待脑脊液漏停止 3~5 日后可改平卧位。如果脑脊液外漏多,应取平卧位,头稍抬高,以防颅内压过低。

(2)保持局部清洁:每日 2 次清洁、消毒外耳道、鼻腔或口腔,注意消毒棉球不可过湿,以免液体逆流入颅。劝告病人勿挖鼻、抠耳。

(3) 预防颅内逆行感染:脑脊液漏者,禁忌堵塞、冲洗鼻腔、耳道和经鼻腔、耳道滴药,禁忌作腰椎穿刺。脑脊液鼻漏者,严禁从鼻腔吸痰或放置鼻胃管。注意有无颅内感染迹象:如头痛、发热等。遵医嘱应用抗生素和破伤风抗毒素。

(4) 避免颅内压骤升:嘱病人勿用力屏气排便、咳嗽、擤鼻涕或打喷嚏等,以免颅内压骤然升降导致气颅或脑脊液逆流。

2、并发症的观察与处理,

(1) 脑脊液漏:病人鼻腔、耳道流出淡红色液体,可疑为脑脊液漏。但需要鉴别血性脑脊液与血性渗液。可将血性液滴于白色滤纸上,若血迹外周有月晕样淡红色浸渍圈,则为脑脊液漏;或行红细胞计数并与周围血的红细胞比较,以明确诊断。另外,还应区别血性脑脊液与鼻腔分泌物。根据脑脊液中含糖而鼻腔分泌物中不含糖的原理,用尿糖试纸测定或葡萄糖定量检测以鉴别是否存在脑脊液漏。在鼻前庭或外耳道口松松地放置干棉球,随湿随换,记录24小时浸湿的棉球数,以估计脑脊液外漏量。有时颅底骨折虽伤及颞骨岩部,且骨膜及脑膜均已破裂但鼓膜尚完整时,脑脊液可经耳咽管流至咽部进而被病人咽下,故应观察并询问病人是否经常有腥臭味液体流至咽部。

(2) 颅内继发性损伤:颅骨骨折病人可合并脑挫伤、颅内出血,因继发性脑水肿导致颅内压增高。脑脊液外漏可推迟颅内压增高症状的出现,一旦出现颅内压增高的症状,救治更为困难。因此,应严密观察病人的意识、生命体征、瞳孔及肢体活动等情况,以及时发现颅内压增高及脑疝的早期迹象。

(3) 颅内低压综合征:若脑脊液外漏多,可使颅内压过低而导致颅内血管扩张,出现剧烈头痛、眩晕、呕吐、厌食、反应迟钝、脉搏细弱、血压偏低。头痛在立位时加重,卧位时缓解。若病人出现颅压过低表现,可遵医嘱补充大量水分以缓解症状。

3、健康教育:颅骨缺损者应避免局部碰撞,以免损伤脑组织,嘱咐病人在伤后半年左右作颅骨成形术。

急性化脓性腹膜炎的护理

一、概念

急性化脓性腹膜炎是指由化脓性细菌包括需氧菌和厌氧菌或者两者混合引起的腹腔壁腹膜与脏腹膜的急性炎症。

二、临床表现

急性化脓性腹膜炎的主要临床表现早期为腹膜刺激症状，如腹痛、压痛、肌紧张和反跳痛等；后期由于感染和毒素吸收，主要表现为全身感染中毒症状。

1、腹痛：腹痛是最主要的症状，其程度随炎症的程度而异，但一般都很剧烈，不能忍受，且呈持续性。深呼吸、咳嗽、转动身体时都可加剧疼痛，故病人不变动体位。疼痛多自原发灶开始，炎症扩散后蔓延及全腹，但仍以原发病变部位较为显著。

2、恶心、呕吐等消化道症状此为早期出现的常见症状。开始时因腹膜受刺激引起反射性的恶心呕吐，呕吐物为胃内容物；后期出现麻痹性肠梗阻时，呕吐物转为黄绿色内含胆汁液，甚至为棕褐色粪样肠内容物。由于呕吐频繁，可呈现严重脱水和电解质紊乱。

3、体温、脉搏变化骤然发病的腹膜炎，开始时体温可以正常，之后逐渐升高。年老体弱的病人，体温不一定随病情加重而升高。脉搏通常随体温的升高而加快。如果脉搏增快而体温反而下降，多为病情恶化的征象，必须及早采取有效措施。

4、全身中毒症状随病情发展，可相继出现高热、寒战、脉速、呼吸急促、面色苍白、口唇发绀、舌干苔厚、四肢发凉、血压下降、神志不清等一系列感染中毒症状。

三、护理常规

1、术前护理

(1) 体位取半坐卧位，使腹腔内渗出液积聚于盆腔，以减轻中毒症状，利于引流。休克病人取平卧位或中凹卧位。

(2) 禁食水、胃肠减压吸出胃肠道内容物和气体，减轻腹胀，改善胃、肠壁的血液循环，促进肠功能的恢复。

(3)

补液及营养记录出入水量，配合医生的治疗工作，合并休克者，给予抗休克治疗。保持静脉通道，经胃肠外途径补充人体所需的营养素。抗感染遵医嘱合理、正确、足量应用抗生素。

(4) 镇静、上痛、吸氧已确诊的病人，可用哌替啶类止痛剂，减轻病人的痛苦与恐惧。诊断不明或病情观察期间，暂不用止痛药物，以免掩盖病情。

3、术后护理

(1) 体位 同外科术后体位护理。

(2) 禁食水、胃肠减压 待肠功能恢复后方可拔除胃管，逐步进食。

(3) 病情观察 密切观察病人病情变化，发现异常，及时报告医生，并积极配合医生的处理。

(4) 补液 维持水、电解质、酸碱平衡。

(5) 手术切口和管道护理 同外科切口和引流管护理常规。

(6) 活动 鼓病人及早下床活动,促进肠功能的恢复。

四、健康教育

1、心理指导 做好病人及其家属的沟通 and 解释，稳定病人情绪，减轻焦虑，制定合理计划，提高其认识并配合治疗和护理,帮助其尽快适应病人角色，增强战胜疾病的信心和勇气。

2、健康指导 术后早期下床活动，防止发生肠粘连，促进术后康复。

3、出院指导 出院后定期复查，如出现有腹痛、腹胀、恶心、呕吐等不适时应及时复诊。

4、健康促进 及时治疗消化系统疾病；积极体育锻，增强免疫力。

脾破裂的护理

一、概念

脾脏是一个血供丰富而质脆的实质性器官，被与其包膜相连的诸韧带固定在左上腹的后方，有下胸壁、腹壁和膈肌的保护。外伤暴力很容易使其破裂引起内出血。脾是腹部内脏中最容易受损伤的器官，发生率几乎占各种腹部损伤的 20%~40%，已有病理改变（门脉高压症、血吸虫病、疟疾、淋巴瘤等）的脾脏更容易损伤破裂。脾破裂分为外伤性破裂和自发性破裂。脾损伤分级：**I 级** 脾被膜下破裂或被膜及实质轻度损伤，术中见脾裂伤长度 \leq 5.0，深度 \leq 1.0 厘米；**II 级** 脾裂伤长度 $>$ 5.0，深度 $>$ 1.0 厘米，但脾门未累及，或脾段血管受累；**III 级** 脾破裂伤及脾门部或脾部分离断，或脾叶血管受累；**IV 级** 脾广泛破裂，或脾蒂、脾动静脉主干受累。

二、临床表现

脾破裂的临床表现以内出血及血液对腹膜引起的刺激为其特征，并常与出血量和血速度密切相关。出血量大而速度快的很快就出现低血容量性休克，伤情十分危急；出血量少而慢者症状轻微，除左上腹轻度疼痛外无其他明显体征，不易诊断。随着时间的推移，出血量越来越多，才出现休克前期的表现，继而发生休克。由于血液对腹膜的刺激而有腹痛，初起在左上腹，慢慢涉及全腹，但仍以左上腹最为明显，同时有腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张。有时因血液刺激左侧膈肌而有左肩牵涉痛，深呼吸时这种牵涉痛加重，此即 Kehr 征。实验室检查发现红细胞、血红蛋白和红细胞压积进行性降低，提示有内出血。

三、护理常规

1、术前护理

- (1) 评估患者的意识状态、病情、配合程度心理, 社会, 家庭, 文化环境精神。
- (2) 协助患者做好术前检查。
- (3) 做好术前指导。
- (4) 备皮、洗澡、抗生素皮试等。
- (5) 术前禁食水, 取下假牙, 贵重物品交予家属。

2、观察生命体征变化

- (1)

严密观察监护伤员病情变化:把病人的脉率、血压、神志、氧饱和度(SaO₂)及腹部体征作为常规监测项目,建立治疗时的数据,为动态监测病人生命体征提供依据。

(2)补充血容量:建立两条静脉通路,快速输入平衡盐液及血浆或代用品。扩充血容量,维持水、电解质及酸碱平衡,改善休克状态。

(3)保持呼吸道通畅:及时吸氧,改善因失血而导致的机体缺氧状态,改善有效通气量,并注意清除口腔中异物,防止误吸,保持呼吸道通畅

(4)密切观察病人尿量变化:怀疑脾破裂病员应常规留置导尿管,观察单位时间的尿量,如尿量>30ml/h,说明病员休克已纠正或处于代偿期,如尿量<30ml/h甚至无尿,则提示病人已进入休克或肾功能衰竭。

3、术后护理

(1)体位 术后应去枕平卧,头偏向一侧,防止呕吐物吸入气管,如清醒后血压平稳,病情允许可采取半卧位,以利于腹腔引流,患者不得过早起床活动,一般需卧床休息 10-14 天,以 B 超或 CT 检查为依据,观察脏愈合程度,确定能否起床活动。

(2)密切观察生命体征变化 按时测血压、脉搏、呼吸、体温,观察再出血倾向。部分脾切除患者,体温持续在 38℃-40℃2-3 周,化验检查白细胞计数不高,称为“脾热”,对“脾热”的病人,按高热护理及时给予物理降温,并补充水和电解质。

(3)管道护理 保持大静脉留置管输液通畅,保持无菌,定期消毒,保持胃管、导尿管及腹腔引流管通畅,妥善固定,防止脱落,注意引流物的量及性状的变化,若引流管引流出大量的新鲜血性液体,提示活动性出血,及时报告医生处理。

(4)改善机体状况,给予管养支持:术后保证病人有足够的休息和睡眠禁食期间补充水、电解质,避免酸碱平衡失调,肠功能恢复后方可进食,应给予高热量,高蛋白、高维生素饮食,静脉滴注复方氨基酸、血浆等,保证机体需要,促进伤口愈合,减少并发症。

四、健康教育

(1)病人住院 2-3 周后出院,出院时复查口 T 或 B 超,嘱患者每月复查 1 次。

小儿急性阑尾炎的护理

一、概念

阑尾位于右髂窝内，外形呈蚯蚓状，长约5~10cm，直径0.5~0.7cm，急性阑尾炎是最常见的急腹症。急性阑尾炎是儿童常见的急腹症，5岁以上的儿童多见，发病率虽较成人低，但病势较成人严重，弥漫性腹膜炎的并发率和阑尾穿孔率高，甚至致死。

二、临床表现

有小儿哭闹不安、胃肠道症状和高热都需要警惕的。

1. 腹痛仍然是小儿急性阑尾炎的主要症状，但小儿不会表达，家长和医师均易疏忽。婴儿发病开始时常有哭闹不安，有时仅有面色苍白和身体蜷缩，极易漏诊。

2. 右下腹局限的固定压痛、肌紧张是重要体征，但压痛部位多在麦氏点的内上方。由于早期就有腹膜渗出并且胃肠道功能受到抑制，因而腹胀和肠鸣音减弱的表现较突出。

3. 高热可以较早出现，可达39℃以上，同时可有精神萎靡、寒战、惊厥及中毒性休克等表现。

4. 胃肠道症状如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等也易被误诊为胃肠炎。

三、护理常规

1、术前护理

(1) 一般护理：取半卧位、禁食、严密观察生命体征、腹部疼痛。如疼痛突然减轻并有明显的腹膜刺激征，提示阑尾已穿孔。

(2) 心理护理：术前向患儿和病属说明病情及手术的必要性，向患儿及家属介绍病区环境及主治医师，通过沟通消除患儿及家属的紧张、恐惧心理，使之以良好的心态接受手术。

(3) 胃肠道准备：术前禁食水，以免术中因恶心、呕吐发生窒息及吸入性肺炎，还可减轻术后腹胀。

(4) 病情观察：如体温过高，脉搏>120次/分钟，腹痛加剧，腹肌紧张等情况及时报告医生。小儿患儿多有高热、脱水应及时给予输液、降温。明确诊断以前禁用止痛剂。

2、术后护理

(1) 严密监护: 术后 24 小时内严密观察血压、脉搏、呼吸, 防止结扎线脱落引起腹腔内出血。如患儿术后出现腹痛、腹胀、伴有面色苍白、脉搏 >120 /分钟, 须立即告知医生, 应给予氧气吸入, 静脉输液或输血。

(2) 体位: 腰麻后去枕平卧 6~12 小时, 硬膜外麻后低枕平卧, 如有腹腔引流于手术后 6 小时后血压平稳可取半坐卧位防止肠粘连。应用抗生素和控制感染。

(3) 术后禁食水至排气后进流质饮食, 逐步半流质饮食, 过渡至正常饮食, 少吃甜食及水果以免引起腹胀。

(4) 锻炼: 鼓励患儿早期活动, 术后 24 小时内可床上活动, 24 小时后可离床活动, 促进肠蠕动功能的恢复, 减轻腹胀, 预防肠粘连。

(5) 换药: 术后切口第 3 天换药, 检查切口有无渗血或感染等, 一般术后 7 天拆线。

3、术后并发症的观察及护理

(1) 切口感染 术后 2~3 天, 如切口疼痛、体温升高, 应及时检查切口情况, 如切口疼痛局部有红、肿、热痛, 或线孔有脓性分泌物及时发现并报告医生, 给予广谱抗生素治疗, 必要时拆线排脓。

(2) 腹腔感染: 1. 取半坐卧位, 使盆腔内炎性渗出物积聚在盆腔, 盆腔腹膜吸收毒素能力弱, 可减轻全身中毒反应; 同时利于引流和使炎症局限。2. 保持引流管通畅, 防止引流管弯曲, 折叠不通畅, 并记录引流液的量、色、性状。3. 每日更换引流袋, 防止逆行感染。根据病情变化在术后 48~72 小时酌情拔除引流袋。4. 术后梗阻 分为输入袢梗阻、吻合口梗阻、输出袢梗阻。共同症状是大量呕吐、不能进食, 治疗护理同“肠梗阻”。

(3) 肠痿: 1. 观察引流液量、颜色、性状, 有无异常, 判断是否有肠痿发生, 因术后肠管内压力增高有可能阑尾残端结扎线脱落或炎症等诱因引起肠痿。2. 术后 7 天内禁止高压洗肠。3. 术后 3 天内半流质饮食。

4、. 护理注意事项

(1) 安慰患儿, 给予采取舒适的体位, 用枕头支撑, 使患儿处于半卧位。半卧位可使腹肌松弛, 有助于减轻疼痛的敏感性。

(2) 根据医嘱给予抗生素以控制炎症, 改善病情。

(3) 指导年长儿掌握放松术, 以减轻疼痛。

(4) 在诊断未明确前禁用止痛剂。

- (5) 术后切口疼痛不能忍受，影响休息者，遵医嘱可给予止痛剂。
- (6) 鼓励年长患儿术后早期活动，以减少炎症粘连。
- (7) 避免用力咳嗽增加腹压使切口疼痛，如有咳嗽，可用手按压保护切口，以减轻疼痛。
- (8) 观察切口情况，发现异常，及时处理。

四、健康教育

- (1) 保持良好的心理状态。
- (2) 进食高热量、高蛋白、丰富维生素饮食，促进伤口愈合。
- (3) 适当户外活动，注意劳逸结合，促使胃肠功能的恢复。
- (4) 术后近期内勿用肥皂擦洗伤口，如出现体温异常、腹部疼痛等及时就诊。

腹股沟疝的护理

一、概念

腹股沟疝可分为斜疝和直疝两种。

疝囊经过腹壁下动脉外侧的腹股沟管的疝环突出，向内、向下向前斜行经过腹股沟管，再穿过腹股沟管皮下环，并可进入阴囊称为腹股沟斜疝。

疝囊经腹壁下动脉内侧的直疝三角区直接由后向前突出，不经过内环也不进入阴囊，为腹股沟直疝。

二、临床表现

典型症状是一侧腹股沟出现一个圆形有弹性的可复性肿块，大多数在婴儿期出现（在出生后数天、数月或数年后发生）。

1. 可复性疝气

通常在小孩哭闹、剧烈运动、大便干结、站立、腹部用力时，腹股沟处肿物出现或增大，有时会延伸至阴囊或阴唇部位；在平躺、腹压减低或用手按压时肿块变软或还纳腹腔，还纳过程中常可听到气过水声，还纳后可扪及该侧皮下环扩大、精索增粗，患儿咳嗽或腹部用力时手指触摸皮下环内有冲击感，手指压迫内环口，肿物不再出现，手指离开皮下环时肿物又复出现，这种情况称为可复性疝气。一般疝内容物降下时并无症状，年长儿可能有下坠感。男性斜疝 60%在右侧，左侧占 30%。

2. 嵌顿疝

一旦疝块发生嵌顿（疝气包块无法回纳腹腔），就会出现腹痛加剧，哭闹不止，继而出现呕吐、腹胀、排便不畅等肠梗阻症状，在腹股沟或阴囊内可见椭圆形肿物，质地硬，触痛明显；嵌顿时间久者皮肤可见红肿，若长时间肠管不能回纳则有可能出现肠管缺血坏死等严重并发症。

三、护理常规

1、术前护理

（1）心理护理 学龄前儿童常常是一进医院就大哭大闹，针对这种患儿采用正确的诱导和耐心的启发、教育、表扬等方法。

(2) 饮食与休息 术前禁食，注意患儿保暖，避免着凉，避免到人群密集场所，减少感染机会。

(3) 积极治疗造成腹内压增高的各种因素，如咳嗽便秘等。

(4) 观察腹部情况，患儿若突然哭闹，或伴疝块突然增大，需及时通知医生，及时处理。

(5) 维持体液平衡，若发生疝嵌顿或绞窄，应禁食，胃肠减压，输液，纠正水电解质及酸碱平衡，做好紧急手术准备。

2、术后护理

(1) 按普外科一般术后护理常规。

(2) 饮食 术后 6 小时无恶心呕吐可进流质，次日可进软食或普食，多喝水，多食粗纤维食物，保持大便通畅。

(3) 活动 术后第一天可下床活动，但避免剧烈活动。

(4) 防止腹内压升高，注意保暖，防止受凉引起咳嗽。可用手按压伤口。以减轻震动引起疼痛，保持大便通畅，避免用力排便，避免剧烈哭闹或蹦跳。

3、术后并发症的观察及护理

(1) 阴囊水肿 可在阴囊下垫一软枕，抬高阴囊。

(2) 切口感染 保持切口敷料清洁干燥，避免大小便污染切口，同时注意观察体温变化。

四、健康教育

1、多吃营养丰富的食物，多食粗纤维的蔬菜等食物保持大便通畅。忌刺激性食物特别是烟酒。

2、手术前注意休息防止着凉引起咳嗽，在咳嗽时指导患者做深呼吸双手按压伤口，必要时使用镇静剂。

3、患儿术后卧床时间长时，指导患儿练习床上大小便。

4、出院后仍需注意休息，学龄期儿童术后不宜过早剧烈活动、至少 1 个月后，以防疝复发。

肠梗阻的护理

一、概念

肠管内或肠管外的病变引起肠内容物通过障碍，就叫肠梗阻。

二、临床表现

1、发生肠梗阻后，因肠内容物堵塞，肠管蠕动紊乱，病儿可出现腹痛，呕吐，肛门停止排便排气，腹胀等症状。

2、随着病情的进展，上述症状逐渐加重，腹部调线拍片及透视可以看到肠管胀气和气液面等异常体征。

3、同时因肠管内大量渗液，呕吐大量胃肠液以及毒素吸收等原因，病儿发生脱水，酸中毒，精神萎靡，烦躁或嗜睡，发热等一系列全身性改变。若并发肠管缺血和坏死、肠穿孔，则可危及生命。

三、护理常规

1、保守治疗的护理

(1) 卧位 患儿取半卧位，以减轻腹痛、腹胀和对膈肌的压迫有利于呼吸。

(2) 保持胃肠减压的通畅，观察引流液的性质，如引出胃液、十二指肠液、胆汁说明为高位小肠梗阻，如胃液带有粪臭味，说明有低位梗阻，如为绞窄性肠梗阻为棕褐色血性胃液。

(3) 严密观察生命体征的变化。肠梗阻由于毒素的吸收和腹痛的刺激应定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，并观察病人有无呼吸急促、脉搏增快、脉压差减小、烦躁不安等休克前期症状。了解病人有无口渴、尿量减少等脱水症状。如发生绞窄性肠梗阻应立即给予术前准备，急诊手术。

(4) 根据腹痛的程度，必要时可根据医嘱给予解痉药物，禁止使用吗啡类药物，防止应用后掩盖病情而延误治疗。

(5) 准确记录出入量，保证液体的顺利滴入，以纠正水电酸碱平衡紊乱。

(6) 胃肠减压的护理。

2、手术治疗

(1) 术前护理 同小儿外科术前一般护理常规，禁饮食并做好术前准备。

(2) 术后护理

①体位 术后6小时内取平卧位，6小时后根据患儿病情取半卧位。

②饮食 术后禁饮食，给予胃肠减压，肠功能恢复后停止减压可给予流食，进食后无不适可给予半流食。肠吻合术后进食时间应适当推迟。

③根据病情协助患儿早期活动，以预防皮肤并发症和肠粘连的发生。

④严密观察病情变化，监测生命体征，观察有无腹痛、腹胀、呕吐、排气和排便等，如有腹腔引流时应注意引流液的色、质、量。

⑤遵医嘱给予营养支持，增加机体抵抗力，促进伤口愈合。

(3) 术后并发症的观察及护理

①出血：手术后24—48小时内易发生出血并发症，出血时病人会出现面色苍白、出冷汗、脉搏细速、血压下降或脉压差缩小，伤口又渗血，引流液为血流，每小时出血量>200ml，或同时出现腹胀。一旦出现上述情况，应及时报告医师，积极配合抢救。

②肠粘连 病人手术后仍可能发生再次肠粘连。鼓励病人术后早期活动，尽早下床活动，以促进肠蠕动恢复，预防粘连。密切观察病情，病人有否再次出现腹痛、腹胀、呕吐等肠梗阻症状，一旦出现，应及时报告医生并协助处理，按医嘱给予病人口服液状石蜡、胃肠减压或做好再次手术的准备。

四、健康教育

1、告诉患儿及家属胃肠减压对治疗疾病的重要意义取得配合。

2、鼓励患儿早期下床活动，但避免剧烈活动，做到劳逸结合。

3、注意饮食卫生，避免不洁食物入口，经常保持大便通畅。

4、饮食规律，做到定时、定量用餐，切忌暴饮暴食。

5、术后肠功能恢复后方可进食，忌产气的甜食和牛奶等。

6、有腹痛等不适及时就诊。

肠套叠护理

一、概念

肠套叠指相邻的两节肠管，在一些因素的影响下，其中的一节进入另一节的肠管内，导致肠道空间狭窄，该部分的内容物难以有效的循环。

二、临床表现

小儿肠套叠分为婴儿肠套叠（1岁以内者）和儿童肠套叠，临床上以前者多见。

1、婴儿肠套叠多为原发性肠套叠，临床特点如下：

（1）阵发性哭吵 常见既往健康肥胖的婴儿，突然出现阵发性有规律的哭闹，持续约10~20分钟，伴有手足乱动、面色苍白、拒食、异常痛苦表现，然后有5~10分钟或更长时间的暂时安静，如此反复发作。此种阵发性哭闹与肠蠕动间期相一致，由于肠蠕动将套入肠段向前推进，肠系膜被牵拉，肠套叠鞘部产生强烈收缩而引起的剧烈疼痛，当蠕动波过后，患儿即转为安静。肠套叠晚期合并肠坏死和腹膜炎后，患儿表现萎靡不振，反应低下。

（2）呕吐 初为奶汁及乳块或其他食物，以后转为胆汁样物，1~2天后转为带臭味的肠内容物，提示病情严重。

（3）腹部包块 在2次哭闹的间歇期检查腹部，可在右上腹肝下触及腊肠样、稍活动并有轻压痛的包块，右下腹一般有空虚感，肿块可沿结肠移动，严重者可在肛门指诊时，在直肠内触到子宫颈样肿物，即为套叠头部。

（4）果酱样血便 婴儿肠套叠发生血便者达80%以上，为首要症状就诊，多在发病后6~12小时排便，早者在发病后3~4小时即可出现，为稀薄黏液或胶冻样果酱色血便，数小时后可重复排出。

（5）肛门指诊 有重要临床价值，有些来诊较早患儿，虽无血便排出，但通过肛门指诊可发现直肠内有黏液血便，对诊断肠套叠极有价值。

(6) 全身状况 依就诊早晚而异，早期除面色苍白，烦躁不安外，营养状况良好。晚期患儿可有脱水，电解质紊乱，精神萎靡不振、嗜睡、反应迟钝。发生肠坏死时，有腹膜炎表现，可出现中毒性休克等症状。

2、儿童肠套叠

儿童肠套叠临床症状与婴儿肠套叠相比较，症状不典型。起病较为缓慢，多表现为不完全性肠梗阻，肠坏死发生时间相对比较晚。患儿也有阵发性腹痛，但发作间歇期较婴儿为长，呕吐较少见。据统计儿童肠套叠发生便血者只有 40%左右，而且便血往往在套叠后几天才出现，或者仅在肛门指诊时指套上有少许血迹。儿童较合作时，腹部查体多能触及腊肠型包块。很少有严重脱水及休克表现。

三、护理常规

1、保守治疗的护理

(1) 暂禁食禁饮

(2) 空气灌肠复位肠套叠。

(3) 观察肠套叠整复术后有无呕吐、哭吵便血情况，以防再次套叠，注意观察有无呕吐、腹胀、肛门排气排便情况。记录大便的性状、排便时间。

(4) 卧位可取平卧位。

(5) 治疗护理：空气灌肠复位肠套叠术后护理中特别注意高热发生，因肠内毒素吸收，多数患儿有高热，个别患儿发生惊厥，应早期控制体温，采用物理降温法等措施。

(6) 注意高热惊厥、肠粘连、再次肠套等并发症。

2、空气灌肠复位不成功需手术治疗

(1) 术前护理

①禁食，持续胃肠减压，并注意引流物的性状及量。

②加强呼吸管理，取头高侧卧位，酌情给氧。

③有计划及时输液，纠正水、电解质紊乱，改善全身状况。病情观察：精神状态；哭声情况；生命体征；消化系统症状：呕吐、排便、肠鸣音及腹部情况等。

(2) 术后护理

- ①麻醉清醒后予半卧位，定时翻身、拍背。
- ②持续胃肠减压，促进其消化功能的恢复。
- ③静脉输入高营养物质，预防低蛋白血症及贫血；加强输液管理，以免外渗导致组织坏死。

④注意观察：精神状态，生命体征，哭声，尿量（必要时记每小时尿量），消化道症状（恶心、呕吐、排便等）及腹部情况等，准确记录 24 小时出入量，警惕水、电解质紊乱及肠道并发症发生。

⑤术后患儿胃肠功能恢复，可进少量水；如无呕吐，再进流质或母乳，应从少量开始。

⑥预防感染，按医嘱应用抗生素。

（3）术后并发症的观察及护理

①肠粘连、肠梗阻：病人手术后仍可能发生再次肠粘连。鼓励病人术后早期活动，尽早下床活动，以促进肠蠕动恢复，预防粘连。密切观察病情，病人有否再次出现腹痛、腹胀、呕吐等肠梗阻症状，一旦出现，应及时报告医生并协助处理，按医嘱给予病人口服液状石蜡、胃肠减压或做好再次手术的准备。

②手术后的复套 观察患儿哭闹、腹部体征及大便情况，发现异常及时报告医生。

③出血、感染 密切观察患儿伤口渗血情况，加强换药，保持床单元干净整洁。

④切口的裂开 密切观察患儿伤口渗血情况，避免剧烈活动。

四、健康教育

- 1、鼓励患儿早期下床活动，但避免剧烈活动，做到劳逸结合。
- 2、注意饮食卫生，避免不洁食物入口，经常保持大便通畅。
- 3、饮食规律，做到定时、定量用餐，切忌暴饮暴食。
- 4、术后肠功能恢复后方可进食，忌产气的甜食和牛奶等。
- 5、有腹痛等不适及时就诊。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/095112133101012010>