

2012年外科护理：腹部创伤主要并发症及其处理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/4/2021_2022_2012_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_4122.htm

腹部创伤主要并发症及其处理：腹壁切口裂开，腹腔脓肿，肠痿。一、腹壁切口裂开 腹部创伤术后发生切口裂开者约13%。切口裂开可分为腹壁各层全部裂开及部分裂开、腹壁切口裂开的原因： 年老体弱，营养不良； 缝合技术欠佳，伤口对合不好，缝合时腹膜撕裂等； 术后发生肺部并发症，咳嗽频繁使腹内压增加； 术后发生腹胀或腹腔有感染发生肠麻痹； 腹壁切口感染； 营养不良，影响愈合而裂开。 腹壁切口裂开多发生于术后一周左右。突然用力致腹压增加时发生，患者感觉切口剧痛，和切口突然松开。检查时见切口裂开，有淡血性液体从切口溢出或有肠管，网膜从切口脱出。 处理原则：对较小的切口裂开，患者危重不能耐受手术者，可用无菌纱布覆盖并用胶布拉拢、固定、外层加强包扎。伤口完全裂开并有肠管或网膜脱出者，需立即到手术室在良好的麻醉下进行缝合，缝合时采用合金丝线进行腹壁全层缝合。二、腹腔脓肿 是急性腹膜炎局限化的结果，腹部创伤发生腹腔内感染比通常外科手术发生率高约20%左右。常见感染的原因有： 腹腔内脏器破裂，污染腹腔； 手术时遗漏伤情，尤其胃后壁，贲门部，胰腺、十二指肠，升结肠和降结肠的固定部位，直肠损伤易漏诊漏治； 腹腔内遗留异物； 污染严重的腹腔未彻底清洗，术毕，腹腔内未放置引流或引流不畅。 腹腔内脓肿最多见的部位是盆腔，膈下和肠袢间，腹腔内一旦形成脓肿，应积极进行脓腔引流。三、肠痿 肠外痿是腹部创伤及腹部创伤术

后常见的严重并发症之一。常见的原因有：首次剖腹探查时将肠破裂漏诊或处理不当；胃肠缝合技术欠佳；腹腔内有严重感染或异物存留；腹腔引流物位置不合适，使肠壁受压发生坏死穿孔，胃肠吻合口愈合不良。有肠液，气体或食物从创口排出，或从创面直接观察到破裂的肠管，外翻的肠粘膜，是肠瘘的主要临床表现。如创面出现肠液，粪便，气体，肠粘膜等，肠瘘的诊断很确定。肠瘘发生的时间一般在术后4-8天，术后数天仍发热，腹痛或腹部有压痛，应考虑有肠瘘的可能性。但有时瘘孔很小，或瘘管曲折狭小，肠液或气体的溢出不明显，而感染较重，尤其是在结肠瘘，肠内容物较干稠，更不易排出，临床上难以肯定有无肠瘘。当有怀疑时，可作下述检查：口服骨炭或染料（如靛胭脂），如在伤口内出现，即证明有肠瘘存在；瘘管造影，不仅检查可以显示瘘的位置，深浅和大小，还可以明确有无引流不畅的脓腔以及临近肠管的情况，一般在瘘发生3-5日后即可进行此项检查；胃肠道钡餐检查，主要是明确胃肠道本身有无病变，如能显示钡剂从肠壁口流出，可以更准确的确定瘘的部位。肠瘘的局部处理可以概括为“吸”、“堵”、“补”三法、应用的顺序是先“吸”后“堵”，必要时再“补”。“吸”就是应用双套管持续负压吸引的方法，及时的去除流出的肠液，以减轻对瘘口周围组织的腐蚀作用，使炎症迅速消退。有一部分伤员经这种方法处理后，感染得以局限，瘘口可以逐渐愈合。瘘发生后二周左右，当瘘口炎症感染消退，已形成管状瘘或唇状瘘时，采取“堵”的方法，“堵”就是采用的机械方法将瘘堵住，恢复胃肠道的功能、使肠液不能外溢，有利于瘘进一步“从大到小”促进愈合而且可使病

人正常的从口进食，改善营养状况，促进瘻口愈口，大部分病人经过“吸”、“堵”瘻口可以治愈。“补”就是用手术方法治疗不能自行愈合肠瘻，手术时机一般在肠瘻发生后3个月以后，腹腔感染完全控制，粘连大部吸收，病人一般情况好转时进行，这样手术容易成功。水、电解质平衡紊乱和营养难以维持是肠瘻死亡原因之一。肠瘻早期通过深静脉插管补充水、电解质和营养，在局部情况许可时可采用“堵”的方法成功后，及早恢复口服饮食，口服营养仍不足时，尚可加用管饲方法，增加营养的摄入。使用有效的抗菌素控制感染，瘻口周围皮肤使用复方氧化锌油膏涂沫，防止糜烂。预防败血症，胃肠道出血，肺炎和黄疸等并发症。相关推荐：[#0000ff>2012年外科护理：妊娠期急性阑尾炎](#) [#0000ff>2012年外科护理：小儿急性阑尾炎学习技巧](#)：[#0000ff>考试常见症状的应对高招](#) [#0000ff>顺利通过护士资格考试的实用技巧](#) 特别推荐：[#0000ff>2012年护士资格考试介绍](#) [#0000ff>执业护士资格考试大纲](#) 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com