

新生儿原发性乳糜腹 8 例的护理

周莲娟

(浙江大学医学院附属儿童医院, 浙江杭州 310051)

摘要:总结 8 例新生儿原发性乳糜腹的护理经验。护理重点是密切观察病情变化,及时预防和处理并发症,做好腹腔穿刺和引流的护理,加强营养支持,预防感染发生,做好出院指导。除 1 例死于严重腹腔感染以外,其余 7 例均好转出院,随访 2~20 个月,患儿生长发育良好,4 例出院后 3 月腹水消失,2 例患儿出院后 6 个月腹水消失,1 例出院后 18 个月腹水消失。

关键词:新生儿;乳糜腹;护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2015.08.009

中图分类号:R473.72

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2015)08-0731-02

乳糜腹(chylousascites)主要是由于胸导管、腹腔淋巴管及其分支先天发育异常、损伤、破裂或阻塞,导致淋巴液溢入腹腔所致^[1]。原发性淋巴管发育异常临床少见^[2],新生儿乳糜腹可引起新生儿呼吸、营养和免疫障碍,因此一旦确诊以保守治疗为主^[3],减少淋巴液分泌,以利漏口愈合。本院于 2013 年 4 月至 2014 年 12 月收治了 8 例新生儿乳糜腹患儿,均采取控制饮食、静脉营养、腹腔穿刺、控制感染等保守治疗,取得较好的治疗效果,现将护理报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 8 例,男 6 例,女 2 例;年龄 3 h~28 d,体质量 2.8~4.3 kg,平均 3.4 kg;住院时间 20~51 d,平均 26.7 d。8 例患儿中 7 例以腹胀为首发症状,经 X 线胸腹立位片、盆腔 B 超检查有大量腹腔积液,腹腔穿刺液乳糜定性试验阳性予确诊;另 1 例母体产前彩超检查提示胎儿腹腔有大量积液,产后患儿出现呼吸困难、口唇紫绀、腹膨隆,全腹叩诊呈浊音,腹水征阳性,经腹腔穿刺抽腹水乳糜定性试验阳性予确诊。

1.2 治疗方法 8 例患儿确诊后均采取保守治疗,禁食 2~4 周,从中心静脉内泵入高营养中长链脂肪乳剂,剂量 1~4 g/(kg·d),间断输入 20% 人血白蛋白、血浆等;2~4 周后开奶,予纽太特配方奶 5 ml,每 3 h 1 次,同时密切观察腹水量的变化,并根据腹水变化增减奶量。常规予注射用头孢曲松钠或注射用美罗培南、注射用盐酸万古霉素、甲硝唑抗感染治疗。2 例予间隙腹腔穿刺抽腹水减

压,6 例予 B 超引导下腹腔穿刺置管引流。

1.3 结果 1 例因反复多次腹腔穿刺加上早产伴有低蛋白血症出现腹腔内金黄色葡萄球菌感染,最终致多器官衰竭死亡;7 例好转出院。出院后随访 2~20 个月,2 例患儿出院后 3 个月复查 B 超仍有少量腹水,6 个月后腹水消失;1 例患儿随访 12 个月复查 B 超仍有腹水,18 个月后腹水消失;4 例出院 3 个月后腹水消失。

2 护 理

2.1 密切观察病情 因大量腹腔积液可使膈肌上升,肺扩张受限,潮气量降低,进而引起一系列的低氧症状,严重者将导致心、肺、肾的损伤,特别是脑组织损伤。因此密切观察患儿面色、意识状态、生命体征及腹部情况,尤其注意观察呼吸情况的变化,口唇及皮肤黏膜有无紫绀。本组 2 例患儿出现呼吸急促,>60 次/min,口唇紫绀,测心率为 140~160 次/min,予低流量(0.5~1 L/min)吸氧,持续心肺监护,使 SpO₂ 维持在 90%~95%,即予腹部穿刺放液并腹腔内置管引流后生命体征逐渐平稳;1 例患儿出现腹部明显膨隆、腹部皮肤发亮,腹部叩诊移动性浊音阳性,肠鸣音减弱,即协助医生做好腹腔穿刺放液,此时注意输液的速度与放腹水之间的平衡,防止放腹水过多过快造成的突然虚脱。经处理,患儿腹胀减轻,生命体征平稳。

2.2 腹腔穿刺和引流护理 腹腔穿刺或腹腔引流除可协助诊断外,还可减轻循环压力,减少乳糜腹水,减轻腹腔炎症,促进淋巴管愈合^[4]。国内外报道多数采用定期腹腔穿刺抽放腹水,考虑到反复穿刺可增加腹腔感染的概率,增加患儿痛苦,因此可采用 B 超引导下腹腔穿刺持续引流的方法^[5],该方法较多次腹腔穿刺治疗效果,痛苦小。

作者简介:周莲娟(1979—),女,本科,主管护师,护士长。

收稿日期:2015-04-16

腹腔引流期间注意保持出入量的平衡,认真准确记录 24 h 出入量,穿刺前后称体质量,每班测量腹围并记录;妥善固定好引流管;每班定时交替挤捏引流管,以防堵管;密切观察和正确记录引流液的颜色、量及性状,并按医嘱留取标本行引流液甘油三酯、乳糜实验等检测,将异常结果及时报告医生。本组 2 例予间隙腹腔穿刺抽腹水减压,每 5~7 d 在严格腹部皮肤消毒后,用静脉输液 6 号头皮针进行腹腔穿刺抽腹水治疗,开始时每次最多抽取 100~200 ml,2 周后逐渐减少至每次 10~50 ml;6 例采用在 B 超引导下行腹腔穿刺置管引流,腹腔引流管放置时间 4~41 d。

2.3 营养支持 长期乳糜液的丢失,大量的脂肪、蛋白质也跟着丢失,脂肪的丢失将伴随着血钙下降,出现脂肪、电解质代谢紊乱,患儿表现为营养不良、消瘦、体质量下降、有效循环量减少。因此营养支持亦非常重要。在全静脉营养(TPN)应用期间严格执行无菌操作规程,营养液配置后尽量及时输注,如不能及时输注,保存于 4℃ 冰箱内,但混合液不宜长时间保存,以免储存温度影响其稳定性,应在 24 h 内输注完毕。经口喂含中链脂肪酸的配方奶,因该分子量脂肪酸将不经由乳糜管回流,从而同样能起到减少乳糜生成的作用,根据月龄从每次 5 ml,每 3 h 1 次开始喂养,以减少长链脂肪酸的摄入,从而减少乳糜液产生,在喂养期间密切观察患儿腹胀、肠鸣音、大便性状及量,同时观察有无因腹水增加导致气促等情况,定期进行腹部 B 超监测腹水情况。本组 3 例腹水严重者采取禁食加 TPN,经 PICC 管应用输液泵匀速地持续输入营养液,以防止过快和过慢,后逐步经口喂含中链脂肪酸的配方奶;5 例入院即喂含中链脂肪酸的配方奶。

2.4 预防感染 由于原发性乳糜腹患儿的发病年龄小,本组均为新生儿,机体抵抗力低,加上反复的腹腔穿刺和腹腔引流,长期禁食等因素使此类患儿极易发生全身和腹腔感染,因此做好相应的护理预防感染的发生至关重要。每次腹腔穿刺前严格消毒穿刺部位皮肤,反复穿刺者避免在同一针眼处。每班密切观察腹腔引流管周围皮肤情况,定时更换引流袋和创口纱布,引流液定期行常规和培养检查,检查结果阳性者即根据药敏试验结果选用敏感抗生素治疗,并密切观察治疗效果。由于乳糜腹患儿免疫力低,接触患儿均严格按照

六步洗手法洗手或快速手消毒液消毒双手,以减少经手传播的医院获得性感染的发生。同时保持环境的整洁,病室内用立式紫外线循环风消毒机,每天早中晚各消毒 1 次,每次 60 min。病房内的床、仪器等物体表面用 1 000 mg/L 的含氯制剂擦拭,晨晚间各 1 次。地面用 1 000 mg/L 的含氯制剂浸泡过的拖把拖地,晨晚间各 1 次。本组 1 例因反复多次腹腔穿刺加上早产伴有低蛋白血症,出现腹腔内金黄色葡萄球菌感染,最终致多器官衰竭死亡;7 例患儿引流液培养未见细菌生长,其中 1 例患儿引流管周围皮肤出现发红现象,每班予 0.5% 聚维酮碘涂抹,2 d 后好转。

2.5 出院指导 由于原发性乳糜腹大多在新生儿期起病,该病罕见,家长对此病缺乏相关的认识,又因此类患儿出院后为了防止复发需继续予中链脂肪酸的配方奶喂养,直至出院后 3 个月内经随访腹部 B 超检查无腹水才可更换其他配方奶。因此必须对患儿家长做好出院指导,告知喂养选择中链脂肪酸配方奶的重要性,不可随意添加辅食和更换奶方,在喂养期间注意观察患儿大便的性状、量,同时关注患儿有无呕吐、腹胀等情况;出院后 2 周或 1 个月来医院随访复查腹部 B 超,以后每 3~6 个月继续来院随访至腹水消失。本组 4 例出院后 3 个月内腹水消失;2 例患儿出院后 3 个月复查 B 超仍有少量腹水,6 个月后腹水消失;1 例患儿随访 12 个月复查 B 超仍有腹水,18 个月后腹水消失。

3 小 结

通过对 8 例新生儿乳糜腹的护理,认为早期诊断、禁食、适当配方的 TPN,加适量的引流是治疗的首选方法。合理的营养支持、感染的防控是治愈乳糜腹的重要措施,同时密切注意病情观察、做好腹腔穿刺和引流护理也是减少并发症的关键。

参考文献:

- [1] 周维. 婴儿先天性胆总管囊肿手术后乳糜腹 1 例[J]. 临床小儿外科杂志, 2011, 10(6): 480.
- [2] 刘金荣, 姚春美, 徐保平. 原发性淋巴管发育异常导致乳糜胸二例并文献复习[J]. 中华儿科杂志, 2014, 52(5): 362-366.
- [3] 冯伟, 陈永卫. 婴儿乳糜腹的诊疗分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2013, 12(3): 219-220.
- [4] 刘向阳, 苏永红, 霍文正, 等. 儿童反复乳糜腹 1 例[J]. 临床小儿外科杂志, 2012, 11(3): 238.
- [5] 王秀茹. 乳糜腹水 247 例国内文献分析[J]. 临床消化病杂志, 2009, 21(1): 41-43.