

1 例肠造口高排量伴黏膜分离患者的护理分析

王国莘 傅硕 张海泳

(江苏省连云港市灌南县第一人民医院, 江苏 连云港 222500)

摘要: 肠造口高排量术后皮肤黏膜分离伴切口感染患者, 因造口黏膜分离后会有渗液的渗出, 底盘易渗漏, 为防止粪便流入切口需做好相关护理。肠造口高排量有效管理才能减少并发症的发生, 只有减少底盘的渗漏发生才能有效控制切口感染, 有利于切口愈合。本文对 1 例肠造口高排量黏膜分离伴切口感染患者的护理, 经过 33 天的处理, 切口完全愈合, 肠造口黏膜愈合, 排量较好控制, 无相关并发症的发生。现报告如下。

关键词: 肠造口; 皮肤黏膜分离; 切口感染

Nursing analysis of a case of high volume enterostomy with mucosal separation

Guoping Wang Shuo Fu Haiyong Zhang

(The First People's Hospital of Gounan County, Lianyungang City, Jiangsu Province, China 222500)

Abstract: In patients with high volume post-enterostomy skin mucosal separation with incisional infection, there will be exudate after the separation of the stoma mucosa, and the sump is prone to leakage, so good nursing care is needed to prevent fecal flow into the incision. Effective management of high bowel discharge can reduce the occurrence of complications, and only by reducing the occurrence of sump leakage can we effectively control incisional infection and facilitate incisional healing. In this paper, the care of a patient with high discharge mucosal separation with incisional infection in an enterostomy, after 33 days of treatment, the incision was completely healed, the mucosa of the enterostomy was healed, the discharge was better controlled, and no related complications occurred. It is reported as follows.

Keywords: Enterostomy; skin-mucosal separation; incisional infection

目前, 对此多数研究普遍认为, 24 h 肠造口高排量正常值为 500 ~ 1000 mL; 24 h 肠造口排量 > 1500 mL 为高排量; 24 h 肠造口排量 > 2000 mL 具有临床意义^[1]。对于成人而言, 如 24 h 肠造口排量 > 2000 mL 持续 3 天以上, 便会引起机体电解质紊乱^[2], 并产生相关并发症^[3]。而造口皮肤黏膜分离是肠造口术后早期并发症之一, 主要是因造口局部缺血坏死、手术缝合较少各种原因导致肠造口皮肤黏膜缝线处组织愈合不良^[4], 使皮肤与肠造口黏膜分离并留下一个开放性的创面^[5]。

1 基本资料

患者于 2020 年 10 月 1 日因腹部外伤后于某市级三甲医院手术治疗, 手术名称是: 在全麻下行回肠部分切除术 + 回肠造口术, 术后术处大出血, 腹腔内大出血, 再次手术, 术后一直在 ICU 治疗, 于 10 月 10 日转出 ICU, 因经济困难转入本院治疗, 入院后见腹部长约 21 cm 切口下段可见红肿, 可及波动感, 挤压脓性液体流出, 左下腹回肠造口黏膜坏死, 造口粘膜分离, 护理予以修剪造口黏膜坏死组织, 伤口管床医师予以拆开缝线予以机械性清创, 纱布换药, 10 月 26 日见新鲜肉芽组织,

予以缝合, 10 月 30 日回肠造口排量 3200 mL, 11 月 2 日伤口全部裂开, 大量渗液, 疼痛 8 分, 医师请造口师会诊。

2 伤口及造口评估

2.1 伤口评估

①伤口床评估: 部位在腹部正中, 伤口大小: 21 × 2 × 2.5 cm, 基底部分为 75% 红色组织, 25% 黄色组织, 渗液量: 大量淡红色渗液无异味; ②伤口边缘评估: 伤口边缘内卷; ③伤口周围皮肤: 周围皮肤干燥。

2.2 造口评估

①造口位置: 位于左下腹; ②造口大小: 2.5 × 2 cm; ③造口粘膜分离位置: T1: 12 点 ~ 3 点 0.8 cm, T4: 9 点 ~ 12 点 1.5 cm; ④造口边缘: 无红肿; ⑤造口周围皮肤: 完整。

3 全身评估

患者年龄 39 岁, 身高 170 cm, 体重 65 kg, BMI 指数 24.12 kg/cm², 既往史: 无糖尿病病史, 无高血压, 无冠心病及传染病史, 无常年饮酒吸烟史, 初中文化,

单身离异, 汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton anxiety scale, HAMA) 焦虑评分 30 分, 严重焦虑, 担心预后, 对疾病相关知识缺乏, 自我形象紊乱, 血红蛋白 86 g/L。疼痛评估 8 分。

4 护理目标

①造口分离部分保持湿性愈合环境, 防止肠造口并发症的发生; ②伤口坏死组织得到有效去除, 控制感染; ③患者及家属了解伤口造口相关知识, 焦虑得到有效控制; ④全身营养状况改善。

5 护理措施

5.1 高排量的管理

5.1.1 肠造口高排量的监测: 目前对肠造口排量的监测实则都是病人和家属的主观评估, 这对于规范化管理病人高排量是一大难题。量杯测量较精确, 但是操作过程中粪便异味会增加病人不适感, 且量杯非一次性用品, 使用后需要清洗也增加了患者及家属的工作量, 但是我们要加强对患者及家属的沟通, 相关知识的宣教, 提供相关资料让其自己阅读, 取得患者及家属的配合, 配合护理人员做好造口排量及尿量的记录。

5.1.2 积极去除诱因: 经病例讨论, 造成患者造口高排量的原因可能有两种, ①患者腹腔脓毒症造成造口高排量; ②由于长期使用两种抗生素导致肠道菌群失调, 造成造口高排量。处理措施: 停用抗生素, 补液支持根据患者造口排泄量, 电解质水平, 适当补充钠、钾、镁等电解质, 量出为入基础上加上生理需要量。避免患者因体液丢失过多造成患者虚脱。定期观察患者 24 小时尿量及造口排量, 见表 1。

表 1 观察患者 24 小时尿量及造口排量

日期	24 h 尿量 (mL)	造口排量 (mL)
11.02	1600	2045
11.05	1050	1860
11.08	1200	1720
11.11	1150	1650
11.14	1020	1600
11.17	1300	1530
11.20	1000	1300
11.23	1550	1100
11.27	1600	1080
11.30	1580	1050
12.03	1650	1000

5.1.3 肠造口高排量并发症的预防: 相关研究中指出, 加强病情观察, 准确记录 24 h 出入量, 观察记录尿量, 密切观察 24 h 尿量是否少于 400 mL, 密切观察造口排泄量。饮食护理, 患者饮食少, 进食不规律。嘱经口进食天然易消化食物, 如藕粉, 患者能够耐受, 嘱逐渐加量, 每日 5 餐, 逐渐增加优质蛋白质食物摄入, 经口补充纤维多糖 1 袋/次, 3 次/日。遵医嘱予以口服补液盐 (西安安健药业有限公司, 国药准字 H20090205, 5.125 g/袋) 1 包/Bid, 口服洛派丁胺 (西安杨森制药有限公司, 国药准字 H10910085, 规格 2 mg × 6 粒/盒),

质子泵抑制剂注射用奥美拉唑 (江苏奥赛康药业有限公司, 国药准字 H20059053, 规格 40 mg) 40 mg 加入 0.9% 氯化钠 100 mL 静脉滴注 Bid。定期观察患者营养指标和体重, 见表 2。

表 2 观察患者营养指标和体重

日期	血氯 (mmol/L)	血钾 (mmol/L)	血钙 (mmol/L)	血镁 (mmol/L)	血钠 (mmol/L)	肌酐 (mmol/L)	白蛋白 (g/L)	体重 (kg)
11.02	91.1	4.32	2.26	1.1	143.2	62.8	38.8	65
11.10	100.1	4.6	2.34	0.75	135.4	63.7	38.4	65
11.17	100.9	3.71	2.32	0.7	137.9	82.3	36.3	64
11.23	107.7	3.99	2.14	0.58	140.2	51.8	35.8	63
11.30	110	4.3	2.19	0.63	142.4	58.8	36.2	63

5.2 造口的护理

临床实践发现, 回肠造口、尿路造口比结肠造口更容易出现渗漏, 这可能与排泄物性状有关, 如回肠造口排出稀薄粪便更易引起粪水溢漏。造口高度即造口外露黏膜高度。造口换药使用藻酸盐敷料作为一级敷料覆盖于分离区域, 依据藻酸盐敷料从海藻中提取出来, 无毒, 可吸收自身重量 20 倍的渗出量 (为纱布的 5 ~ 7 倍)。同时在造口周围皮肤处涂防漏膏康乐保 (中国) 医疗用品有限公司, 型号 12050, 减少造口底盘与皮肤之间的缝隙。使用皮肤保护剂 (3M compan, 3M Health Care, 国械主进 20142146024, 3346E/28 mL) 进行保护, 造口袋 1/3 满时及时倾倒, 嘱患者夜间睡眠时尽量采取左侧卧位或平卧位, 以防粪便渗漏时污染伤口。定期观察患者造口粘膜分离位置, 见表 3。

表 3 观察患者造口粘膜分离位置

日期	T1 (cm)	T4 (cm)
11.02	0.8	1.5
11.05	0.5	0.8
11.08	0.3	0.8
11.11	0.3	0.4
11.14	0.3	愈合
11.17	愈合	

6 护理体会

①对于回肠造口高排量患者能早期识别关注, 底盘的选择适合使用二件式造口袋, 宜使用凸面底盘加造口腰带, 底盘修剪不宜过大, 大于造口 1 ~ 2 mm, 防止稀便漏入底盘导致渗漏^[6], 造口袋 1/3 满时及时倾倒, 防止过重牵拉底盘。嘱患者夜间睡眠时尽量采取左侧卧位或平卧位, 以防粪便渗漏时污染伤口。夜间睡觉前患者更换尿路造口袋并接引流袋, 避免影响患者睡眠。对水样排泄物, 使用尿路造口袋外接引流袋及时排空造口袋从而减少渗漏的可能, 常规使用造口护肤粉康乐保 (中国) 医疗用品有限公司, 械生产备 20150005 号, 型号 1907 和 3 M 皮肤保护膜。医护共同配合。

②伤口湿性愈合理论是提倡创造一个密闭低氧湿润的环境,可减少感染。控制感染,促进伤口愈合^[7]。

③做好肠造口高排量的管理,首先要让患者及家属配合做好排量及尿量的监测,做好出入量的管理,才能减少并发症的发生。

④病人的尿检、生化指标均可以作为对高排量的监测指标,对于明确病人电解质水平有重要意义。对于晚期高排量建议每隔 2 ~ 3 个月做尿检。一定要告知患者及家属定期复查,对病人体重和身体各项指标进行定期监测也很重要。打印排量、尿量日志,与患者留微信每日督促患者做好造口排量及尿量登记,才能更好的提高患者的生活质量,指导患者家属造口护理的相关知识,患者和家属能自己正确操作,做好长期随访工作。

参考文献

[1] 王亚,费小芸,徐姝娟.1 例直肠癌合并糖尿病患者术后切口裂开感染、造口皮肤黏膜分离的护理体会[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(20):1833-1836.

[2] 胡洁蔓. ERAS 理念下直肠癌临时性肠造口患者

护理方案构建及其实证研究[D]. 吉林大学,2021.

[3] 罗苑植,梁月英,李力丛.封闭式负压引流技术联合造口袋在腹部切口感染病人中的应用[J].全科护理,2021,19(13):1783-1786.

[4] 仲艳,陈苏红,李敏,沈燕.直肠癌回肠造口关闭围手术期并发症的护理及预防处理对策[J].护士进修杂志,2021,36(05):455-459.

[5] 黄泳杰,彭艺,徐国志,吴明.直肠癌预防性末端回肠造口还纳手术后并发症的影响因素分析[J].哈尔滨医药,2021,41(01):50-51.

[6] 朱木兰,甄莉,秦芳,李雅男,龚立红.临时回肠造口回纳前造口周围皮肤预消毒对术后伤口感染的影响[J].循证护理,2020,6(09):948-951.

[7] 黄锦萍,李艳芬,何东添,区瑞萍,李佩玲.回肠造口术后刺激性接触性皮炎合并切口感染的相关影响因素及防治策略[J].护理实践与研究,2020,17(17):38-40.

作者简介:王国莘(1982.04-),女,汉族,本科,副主任护师,研究方向:肠造口护理