

直肠癌结肠造瘘术后并发症护理措施回顾性分析

张敬浩, 董明

(中国医科大学附属第一医院胃肠外科, 辽宁, 沈阳 110000)

摘要:目的 探讨直肠癌患者行结肠造瘘术后造瘘口并发症的护理措施。方法 2014年11月至2016年6月中国医科大学附属第一医院胃肠外科行结肠造瘘术患者105例,术后造瘘口发生并发症的患者共24例,其中乙状结肠造瘘术后并发症21例,横结肠造瘘术后并发症3例。24例患者中,瘘口周围感染患者16例,瘘口粘膜水肿患者3例,瘘口狭窄患者3例,肠管脱垂与瘘口旁疝患者各1例。将瘘口护理、心理护理与健康宣教相结合,对患者实施个性化的护理措施。结果 24例患者全部好转出院,平均住院时间15.8 d,患者满意度100%。结论 对于结肠造瘘术后并发症的患者,应究其病因有针对性的进行护理,并加强心理疏导,达到加速患者康复、提高生活质量的目的。

关键词:结肠造口术/副作用; 直肠肿瘤; 围手术期护理; 健康教育

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2018.07.051

Retrospective analysis of nursing measures for rectal cancer patients with postoperative complications after colostomy

ZHANG Jinghao, DONG Ming

(The Gastrointestinal Surgery First Affiliated Hospital of

China Medical University, Shengyang, Liaoning 110000, China)

Abstract: Objective To discuss the nursing measures for rectal cancer patients with postoperative complications after colostomy.

Methods From November 2014 to June 2016, department of gastrointestinal surgery under the First Affiliated Hospital of China Medical University 105 cases of colostomy were managed. Among them, postoperative complications were developed in 24 cases, in which sigmoid colostomy in 21 cases and transverse colostomy in 3 cases. Within 24 cases, infections of fistula were developed in 16 cases, oral mucosal edema in 3 cases, Fistula stenosis 3 cases, intestinal fistula prolapse and hernia 1 case respectively. By combining fistula nursing, psychological nursing and health education, individualized nursing measures were done for patients. **Results** All the patients were recovered and discharged as well as with 100% satisfaction. The average length of stay is 15.8 d. **Conclusions** For patients with postoperative complications of colostomy, we should focus on cause of disease, carry out pointed nursing and strengthen psychological counseling to promote patients' recovery and improve their living standard.

Key words: Colostomy/ adverse effects; Rectal neoplasms; Perioperative nursing; Health education

结肠造瘘术是直肠癌外科手术解除梗阻、转流粪便常见的手术方法,我国每年会行约10万例结肠造瘘手术^[1]。据相关文献报道,结肠造瘘术后早期并发症发生率高达23.5%~68.0%^[2],而远期并发症主要受造瘘口大小、患者肠张力、腹内压等因素影响^[3]。为了提高该类特殊患者的护理质量,加速患者康复,现将24例直肠癌结肠造瘘术后并发症患者护理方法经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014年11月至2016年6月中国医科大学附属第一医院胃肠外科行结肠造瘘术共

105例,选取术后造瘘口发生并发症的患者共24例,其中男性16例,女性8例,年龄范围51~68岁,年龄(57.8±6.4)岁,全部患者均签署知情同意书并通过中国医科大学伦理委员会批准。24例患者行乙状结肠造瘘术21例,横结肠造瘘术3例。24例患者中,并发症分布情况见表1。

24例患者中,合并高血压患者11例(9例行乙状结肠造瘘术,2例行横结肠造瘘术,发生瘘口感染患者8例,瘘口粘膜水肿患者1例,瘘口狭窄患者1例),合并糖尿病患者6例(5例行乙状结肠造瘘术,1例行横结肠造瘘术,发生瘘口感染患者4例,瘘口粘膜水肿患者1例,瘘口狭窄患者1例),同时合并高血压和糖尿病患者3例(均行乙状结肠造瘘术,1例行横结肠造瘘术,发生瘘口感染患者2例,瘘口粘

膜水肿患者 1 例)。

表 1 结肠造瘘 24 例患者并发症分布情况/例

类别	瘘口	粘膜	瘘口	肠管	瘘口	合计
	感染	水肿	狭窄	脱垂	旁疝	
乙状结肠造瘘	14	3	2	1	1	21
横结肠造瘘	2	0	1	0	0	3
合计	16	3	3	1	1	24

1.2 护理方法

1.2.1 瘘口护理 瘘口周围感染:用生理盐水冲去瘘口周围炎性渗出物后,用无菌纱布擦去残余渗出物及生理盐水,聚维酮碘消毒后涂抹氧化锌膏,剪取医用泡沫敷料中间与瘘口等大的洞固定于瘘口周围。每天更换 1 次造瘘袋并着重注意引流管是否通畅,引流液颜色性质等,每 4 小时挤压引流管一次。严重感染者有 1 例,局部换药同时全身应用抗生素。真菌感染者则涂抹抗真菌药物。

瘘口粘膜水肿:瘘口正常情况下肠管应呈粉红色,当出现红肿有压痛同时伴有不同程度的糜烂,甚至颜色青紫,是由于存在瘘口粘膜水肿。本组中 2 例粘膜水肿患者有糖尿病,分析是由于患者蛋白不足,基础条件差,加上手术创伤所致,也可能是手术时肠管外翻嵌顿导致血液回流受阻而发生水肿。因此,本组患者除了每日用硫酸镁外敷,静脉滴注低分子右旋糖酐,还应该补充蛋白加强营养。

瘘口狭窄:即使没有并发症发生也应给予结肠造瘘术后患者密切观察,本组患者分别于术后第 4、5、8 天发现瘘口狭窄,本组 2 例患者仅发生轻度狭窄,无需手术治疗。护理人员应每日 2 次带上橡胶手套,手指涂润滑油后缓慢插入瘘口进行扩肛,每次应插入 2~3 cm,以通过腹壁肌层到达腹膜层为宜,每次停留 5 min。1 例患者狭窄严重,手术治疗。

肠管脱垂:本组 1 例患者肠祥有轻度脱垂,发现后及时报告,并在在使用镇静剂后由医生用手指将肠管推回复位。由于肠管脱垂容易发生嵌顿,所以务必反复叮嘱患者家属留心观察,教育患者与家属易消化食物,养成定时排便的习惯,预防便秘腹泻及提拉重物,还应避免感冒咳嗽引起腹压增高。

瘘口旁疝:本组 1 例系瘘口旁疝,发生于出院后 26 个月,故返回我科住院治疗。由于小肠脱出不太严重加之患者年龄较大、基础状态不佳,医生会诊后决定采用加压法。取腹带避开瘘口处加压,避免压迫瘘口处造成缺血坏死,每日换药观察并嘱患者避免做增加腹压的行为如咳嗽、提重物等。

1.2.2 心理护理 癌症患者本身就有消极恐惧的

心理,加上结肠造瘘术后,人工肛门给患者带来生理结构的改变加重了其精神负担,这类患者一旦出现造口的并发症很容易产生自我怀疑、自暴自弃的情绪,这对患者的康复十分不利。为此,我们成立关爱小组,建立 1:2 护理模式,即每名患者由特定两名护士轮班护理,避免频繁更换管床护士给患者带来的陌生与疏离感。具体护理工作分三方面:①关怀理解:根据患者性格及社会背景进行有针对性的沟通对患者进行心理安慰。增加探视频率,多慰问,多交流,与患者建立友谊关系,让患者感受到医患之间的团结以及医护对患者康复寄予的希望。②榜样作用:举出与患者有相同病情最终成功康复出院的例子,建立患者自信心,让患者相信自己有康复的可能。③情绪奖励:当护士发现患者情绪良好,积极配合护理,应给出明显的口头表扬,让患者受到激励,努力康复,正向调整情绪。

1.2.3 健康宣教 向患者说明人工肛门的必要性,增强患者责任感,让患者认识到护理人工肛门就像护理自己身体一样,教会患者及近亲属自我护理方法,术后早期卧床时粪袋应垂直粘贴,下床后则平行粘贴。教会其更换粪袋和清洁瘘口周围的方法、局部抗菌药物的涂抹方法、腹带的使用等方法。养成保持清洁和规律排便的好习惯;每次换粪袋前后洗手;稀便时为避免肠内容物流出,睡觉尽量采取右侧卧位;出院后指导患者多做胸式呼吸,避免增加腹压;注意保暖不要感冒;合理饮食,以高蛋白、高维生素、低脂饮食为主,忌暴饮暴食、生冷、产气和促进肠蠕动的食物;穿着要宽松舒适,避免压迫瘘口。

1.2.4 基础护理 密切监测体温、脉搏、呼吸、血压的变化。频繁观察引流管是否通畅,引流液性质。保持病床清洁、干燥。经常通风换气。

1.3 满意度调查 为了解患者对护理工作的满意程度,以及明确我们的护理措施改进方向,我们从病房卫生、护理技能、人文关怀三个维度设计了护理工作调查问卷,共 20 题,每题 5 分,以 ≥ 90 分为满意, < 90 分为还需提高。

2 结果

24 例患者全部好转出院,平均住院时间 15.8 d,出院时全部患者均可经口进流食或普食,无二次并发症发生患者,无肠梗阻肠坏死患者。全部患者无明显心理障碍,无轻生及自残现象。护理满意度调查问卷全部都在 90 分以上,满意度达到 100%。

3 讨论

为避免术后发生吻合口瘘,直肠癌手术中约有一半需要行永久性结肠造瘘^[4]。结肠造瘘常见的

并发症包括瘘口周围感染、肠管脱垂、瘘口狭窄、瘘口坏死或出血、造口旁疝、肠梗阻、瘘口回缩或肠管黏膜与皮肤分离等^[5]。由于结肠造瘘术后并发症病例并不常见,因此护理方法也与其他手术的术后护理有所区别,具体操作时应根据不同并发症以及特殊病史实施针对性的护理。

在本研究中,瘘口感染患者占总人数的2/3,作为结肠造瘘术后最常见的并发症,其原因大多是漏出粪便、肠液的慢性刺激,因此保持瘘口干燥整洁是最基础的护理方法,保证每日清洁每周更换肛袋,局部应用氧化锌软膏和抗菌药物。医用泡沫敷料临床多用于压疮,而我们将其应用于瘘口感染的护理,其护理优势在于,泡沫敷料特殊的半透性PU膜既可有效吸收炎性渗出物和水分子又可以很好的防止过多水分蒸发,对温度湿度良好的把控利于伤口痊愈,而其结构引起的负压引流可以与创面完全接触,贴合性良好,避免与肉芽组织粘连^[6]。

瘘口黏膜水肿多发生在营养不良、蛋白低下的患者。本研究中患者患有糖尿病,增加了水肿的危险因素^[7],因此对糖尿病高血压患者,术后在水肿发生之前就应预防性补充营养及蛋白质,密切观察,水肿发生后使用右旋糖酐对长期糖尿病患者格外适用^[8]。瘘口狭窄常发生在瘘口感染之后,原因是瘘口周围组织在痊愈过程中会有瘢痕性收缩,故术后4~6 d排气后就应开始进行扩肛。如果术中乙状结肠保留过长或肠管未妥善固定易发生肠管脱垂,手术还纳是主要方法,在护理时应着重注意清洁瘘口时避免刺激肠管造成二次损伤并叮嘱患者不可做增加腹压的动作。瘘口疝多发生于年老体弱或是BMI指数大于25 kg·m⁻²患者^[9],在本研究中该患者身体状况不宜手术修补,只能以腹带加压,因此护理人员应详细教导患者家属腹带缠绕方法和力度,为患者出院后家属的正确护理打好基础。

结肠造瘘患者的心理问题应该给予高度关注,癌症因难以治愈带给患者恐惧加上人工肛门让患者认为自己难以再进行正常人际交往。据统计,有50%的结肠造瘘患者都会产生心理障碍^[10],而发生并发症则更是雪上加霜。这种抑郁的情绪会造成大脑高级神经中枢障碍,进而使机体免疫下调^[11]。为此,除了常规的人文关怀,我们通过查阅文献等循证学方法,引入开展两种新的心理护理模式。一是榜样作用,搜集曾经做过结肠造瘘手术并成功出院的例子,隐去姓名等个人信息后将术后和出院后的基本情况以及住院期间病情逐渐好转的过程讲给患者

听,鼓励患者树立战胜疾病的决心。二是1:2护理模式,护士建立关爱小组后,1个患者有固定的2名护士负责,包括全部瘘口护理,心理护理以及宣教任务。这样的优势在于由固定护士进行照料,患者会渐渐熟悉自己的管床护士,进而产生亲切与信任的感情,乐于与护士进行交流。这样不仅护士对患者的情绪安抚工作容易进行,也便于观察患者术后整个病程的情绪变化走向。在全体医护人员的共同努力下,使患者恢复良好。

加深对结肠造瘘患者生理、心理状态的了解,用科学的护理方法可以加速直结肠造瘘术后并发症患者的康复。近年来新兴科技材料在医学中的广泛应用取得了良好的效果,在今后的研究中还需引入新技术,不断探索更好为患者服务的新方法。

参考文献

- [1] 杨爱花, 谢琼. 肠造口患者个案管理的研究进展[J]. 现代临床护理, 2017, 16(7): 73-76.
- [2] 张麒. 老年结直肠癌患者手术并发症情况和影响因素分析[J]. 安徽医药, 2015, 19(6): 1169-1170.
- [3] LIAN L, WU XR, HE XS, et al. Extraperitoneal vs. intraperitoneal route for permanent colostomy: a meta-analysis of 1071 patients[J]. Int J Colorectal Dis 2012, 27(1): 59-64.
- [4] ALIEV SA, ALIEV ES. Development of methods of the end colostomy formation as a real way to the prevention of paracolostomal complications[J]. Vestn Khirur Im II Grek, 2015, 174(4): 117-122.
- [5] MASUMORI K, MAEDA K, KOIDE Y, et al. Simple excision and closure of a distal limb of loop colostomy prolapse by stapler device[J]. Tech Coloproctol, 2012, 16(2): 143-145.
- [6] SMITANSKI M, BURY K, MATYJA A, et al. Polish guidelines for treatment of patients with parastomal hernia[J]. Pol Przegl Chir, 2013, 85(3): 152-180.
- [7] 陈博, 徐阿曼, 胡孔旺, 等. 围手术期消化道肿瘤患者营养风险与营养支持情况分析[J]. 安徽医药, 2016, 20(2): 271-274.
- [8] KROESE LF, DE SMET GH, JEEKEL J, et al. Systematic review and meta-analysis of extraperitoneal versus transperitoneal colostomy for preventing parastomal hernia[J]. Dis Colon Rectum, 2016, 59(7): 688-695.
- [9] KOJIMA K, NAKAMURA T, SATO T, et al. Risk factors for parastomal hernia after abdominoperineal resection for rectal cancer[J]. Asian J Endosc Surg, 2017, 10(3): 276-281.
- [10] MARKS JH, SALEM JF, VALSDOTTIR EB, et al. Quality of life and functional outcome after transanal abdominal transanal proctectomy for low rectal cancer[J]. Dis Colon Rectum, 2017, 60(3): 258-265.
- [11] 李建中, 吴爱勤, 吴彩云. 肿瘤患者的心理社会因素与免疫功能的测定[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, 16(6): 386-389.

(收稿日期: 2017-04-18, 修回日期: 2018-04-22)