

1 例深部浸润型子宫内膜异位症并发结肠腹壁瘻患者的护理

袁灵蕊

中山大学附属第一医院妇科 广东广州 510000

摘要: 回顾性分析一例 2022 年 7 月在我院妇科就诊的深部浸润型子宫内膜异位症患者在外院行手术后出现结肠腹壁瘻的诊治过程。患者为求进一步治疗, 就诊于我院。入院后完善相关检查, 予多学科会诊, 于 7 月 28 日在全麻下行“腹式复杂肠粘连松解术 + 腹腔脓肿清除术 + 结肠腹壁瘻管切除术 + 回肠双腔造瘘术 + 乙状结肠瘻口修补术 + 大网膜病灶切除术 + 左侧盆底病灶切除术”, 术后留置回肠双腔造口, 住院期间经过一系列治疗和护理措施, 经过 22 天, 患者状况改善, 成功出院, 本文对该例患者治疗和护理情况进行如下报道。

关键词: 深部浸润型子宫内膜异位症; 结肠腹壁瘻; 个案护理

引言

在临床上, 所谓子宫内膜异位症, 指的是子宫内膜腺体及间质在子宫腔被覆内膜和子宫体肌层之外出现, 同时累及多器官的一种疾病, 该疾病在妇科较为多见, 属于良性疾病的一种。此种疾病在生育年龄女性中多见, 比例在 10%~15%^[1]。依据出现病变位置的差异, 疾病可以进一步细分成多种类型, 而最具侵袭性的一种就是深部浸润型子宫内膜异位症。此种疾病主要指的是子宫内膜异位症病灶浸润腹膜下深度不低于 5mm, 包括处在子宫骶韧带、直肠子宫陷凹、阴道穹隆和直肠阴道隔等位置, 直肠或结肠壁的异位症, 同时也有一定风险侵犯到膀胱及输尿管^[2]。其主要会引起下腹痛、痛经、不孕、月经异常等症状, 疼痛是其主要特征, 当病变累及肠道时, 常伴有严重的疼痛症状, 患者需承受较为明显的机体负担, 患者机体不适感较为显著^[3]。分析临床对于此种疾病的治疗, 手术治疗是目前本病的主要治疗方式, 常常为开腹或腹腔镜下深部浸润型子宫内膜异位病灶切除术, 加强术后护理对提高临床疗效有重要的意义, 由此可以帮助改善患者术后恢复效果, 降低患者身心负担, 提升其实际预后效果。本文将报道一例深部浸润型子宫内膜异位症合并结肠腹壁瘻患者的治疗及护理, 为临床治疗与护理此类患者提供参考依据。

1 病例介绍

患者, 女, 27 岁, 主因发现盆腔包块 3 年, 腹壁肠瘻 7 个月, 于 2022 年 07 月 12 日入院。患者既往月经尚规律, 6 年来痛经, 无明显包块, LMP: 2022-07-03。

3 年前因痛经就诊于我院, 超声示: 左卵巢可见无回声区 71mm × 59mm, 边界清, 内见云雾状回声, 囊壁未见彩色血流信号。右卵巢可见无回声区 53mm × 46mm, 边界清, 内见云雾状回声, 囊壁未见彩色血流信号。子宫右后方可见无回声区 25mm × 14mm, 边界清, 内见云雾状回声, 囊壁未见彩色血流信号。此后定期复查。患者 10 个月前出现肠穿孔, 于我院东区行“剖腹探查 + 直肠穿孔修补 + 回肠造瘘 + 卵巢囊肿开窗术”, 7 个月前行回肠造口还纳术, 术后一周出现腹部肠道瘻口, 无明显腹痛、腹胀。复查超声: 左卵巢 72mm × 41mm, 内见多个无回声, 最大径 36mm × 27mm, 无回声周边呈强回声, 未见明显血流信号。右卵巢隐约可见, 子宫右侧可见囊性肿块 48mm × 35mm 及 29mm × 24mm, 两个囊肿相通, 边界清, 形状椭圆, 壁厚, 内见云雾状回声, 囊壁可见条索状彩色血流信号。2 个月前于外院行胃肠镜检查: 横结肠、结肠脾区、降结肠所见黏膜未见异常, 乙状结肠 - 直肠: 距肛缘 14cm 见一大小约 2.0cm 瘻口。小肠造影: 乙状结肠 - 直肠中上段肠壁增厚, 伴直乙交界结肠瘻, 并左下腹不规则脓肿及多发瘻管、脓肿 - 腹壁瘻形成, 子宫直肠陷凹、子宫前方、左侧盆腹膜上多发结节 / 肿块影。20 余天前再次就诊我院, 行妇科检查: 阴道后穹隆可见明显紫蓝色结节, 范围比较大, 而且触痛明显, 病灶直径约 4-5cm, 与肠道关系密切, 左侧骶韧带、主韧带明显增厚, 质地硬。子宫大小正常。双附件触诊不满意。行肿物活检, 病理: (阴道后穹隆肿物) 子宫内膜异位症。查 CT: 下腹部术后改变、乙状结肠腹壁瘻可能, 双侧附件区多发囊性病

变,右侧伴积气,较前减少,考虑部分脓肿形成可能。门诊拟“子宫内异位症、肠瘘”收入院。患者自发病以来神志清,精神食欲尚可,无明显腹胀、腹痛,体重无明显变化。入院后盆腔(MR)平扫+增强示:1.下腹部术后改变,考虑乙状结肠腹壁瘘。盆腔积液,其中右侧包裹性积液可能。2.腹壁瘘口后方、双侧附件多发囊样病灶,考虑多发囊肿形成,腹膜、乙状结肠及直肠周围多发渗出。3.考虑子宫后壁、子宫直肠凹陷深部浸润型子宫内异位症,累及直肠前壁、后腹膜及骶韧带:直肠上段壁增厚。4.双侧卵巢巧克力囊肿。5.阴道穹隆子宫内异位症。6.双侧盆壁多发淋巴结,考虑反应性增生。根据盆腔MR及超声结果,深部浸润型子宫内异位症诊断尚明确,因患者腹壁肠瘘,既往造影可疑盆腔脓肿,肠道多个瘘管,予继续完善肠镜及肠道造影等相关检查。窦道及瘘管造影:经肛门插入肛管顺利,注入适量稀释对比剂后变化体位观察,对比剂经过直肠至降乙状结肠交界处,可见对比剂经一肠管向前渗漏至体外,另对比剂可顺利进入降结肠、横结肠,形态未见异常,未见梗阻或对比剂渗漏征象。肠镜:直肠距肛缘约16cm可见直径约1cm瘘口,周围水肿,可见脓液渗出,造瘘袋充气明显;距肛缘约7cm见一巨大隆起型病灶,表面泛红,致肠腔狭窄扭曲,无法窥见肿物全貌,予活检。予以多学科会诊,排除手术禁忌症后,患者于7月28日在全麻下行“腹式复杂肠粘连松解术+腹腔脓肿清除术+结肠腹壁瘘管切除术+回肠双腔造瘘术+乙状结肠瘘口修补术+大网膜病灶切除术+左侧盆底病灶切除术”。术后置留回肠双腔造口及腹腔引流管一条,患者无明显腹痛、腹胀,无阴道流血,腹壁造口处通畅。术后病理结果示:增生性息肉,未见恶变。患者术后腹腔引流量逐渐减少,术后第三天引流量为4ml,医生予拔除腹腔引流管。患者术后无发生感染,腹部切口对合良好,伤口敷料干洁,无明显渗血或流脓。历经22天的住院治疗及护理,患者于8月3号办理出院,嘱其3个月后返院再次手术治疗。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理干预

患者入院后,对患者的心理状态进行全方位的评估,了解患者的心理状况,针对性开展手术进行前的心理疏导干预。借助疏导干预的进行,令患者能正视疾病,并掌握一定的自我调节方式,同时也要帮助平复患者的情绪状态,使其

对疾病保持较为积极平稳的态度,同时也使其可以树立康复信心。告知患者术后可能需要留置暂时性回肠造瘘口的情况,令患者有一定的心理准备,由此可以减轻患者术后的恐慌及不适;并告知相关的护理注意事项,提升患者的认知水平。另外,注意做好家属的工作,让她们给予患者必要的关怀及体贴,发挥亲情支持的力量,可以多鼓励患者与其他患者进行交谈,彼此交流护理经验,由此能使患者保持良好的情绪,从而以最好的心态配合手术的进行,依从性较佳,并且也能更好地保障手术能顺利完成。

2.1.2 术前宣教

管床医生及护士应做好术前相关注意事项的介绍,具体涉及到手术目的、方式、预期效果及可能发生的情况等,这些都需要耐心为家属及患者讲解,使其对手术过程有一个大概的了解,提升其认知水平,并且也可以帮助减轻患者的担忧及疑虑,从而使其更好地面对及配合治疗。

2.1.3 术前准备

①肠道准备:术前三天开始进流质饮食。术前一天下午饮用福静清2包+水2000ml,以做好清洁肠道的准备。必要时做好清洁灌肠的准备。良好的肠道准备才能更好地暴露术野,减少术后感染等^[4]。②术前3天开始每天阴道抹洗,2次/天,清洁阴道,减少术后感染的几率,避免加重患者的机体负担。③皮肤准备:因为手术方式为开腹,所以术前应为患者洗脐、备皮;而该患者又存在结肠腹壁瘘,因此应指导患者保持腹壁皮肤的清洁,从而减少术后感染的发生,并嘱其修剪指甲。

2.2 术中护理

①手术室护士应亲切耐心地接待患者,使其放松身心,减少患者情绪上的波动,令其可以从容地面对接下来的手术,这也有助于手术的有序开展。②做好三查九对及无菌操作,以保证手术的顺利进行。

2.3 术后护理

2.3.1 术后常规护理

①一般护理:术后安返病房并评估患者神志意识是否清醒,予平卧位,将头向一侧偏,避免误吸呕吐物;手术完成后6h当中,注意加强患者生命体征的监测,做好患者的心电监护,监测好其血氧饱和度情况,并做好低流量吸氧;指导患者完成踝泵运动和翻身,避免出现下肢静脉血栓。②饮食护理:对患者的饮食进行科学指导,由于患者手术涉及肠

道,故暂时予禁食,因为回肠造口引流液较多,容易引起水电解质失衡,目前予新福欣输液抗炎及静脉营养支持治疗,并定期复查血常规及生化,关注患者电解质及24小时出入量情况。待肛门排气,患者的肠蠕动恢复之后,可开始食用流食,建议选择容易消化且少渣的食物,保证食物有丰富的热量、蛋白质及维生素,不建议选择容易产气的食物;患者恢复规律性排便之前,指导患者依据粪便的性质对饮食的结构进行科学调整。③腹部伤口护理:对患者腹部伤口敷料情况做好观察,留意其是否出现渗血渗液的情况,建议每3d对敷料进行一次更换,预防感染,患者术后第一天最高体温为38.8℃,遵医嘱予更改抗生素为舒普深针Q8H静脉点滴治疗,密切监测患者体温变化情况,注意及时予以对症处理。④腹腔引流管护理:在离引流管口4-5cm的位置以3M弹力胶布采用高举平台法对引流管做好固定,确保其处于通畅状态,同时注意观察引流液的颜色、性质和量,告知患者和家属进行腹腔引流管留置的目的,也需要提醒其有关的注意事项,预防腹腔内出血的发生及防止引流管脱出,做好管道标识及注明有效期,抗反流引流袋每7天更换一次。患者术后第三天暗红色腹腔引流液为4ml,医生予拔除腹腔引流管,腹部伤口无渗血渗液情况。⑤患者术后未留置尿管,应密切关注患者小便情况,询问患者是否有尿意。患者安返病房2小时后可自解小便,查膀胱区软,无尿频、尿急、尿痛等情况发生,膀胱功能恢复良好。

2.3.2 回肠造口的护理

①手术完成后72h当中,对肠造口附近的血运情况做好观察,查看肠管是否出现出血或坏死等,并留意肠粘膜有无水肿、内陷、脱出。请造口师会诊后建议:生理盐水清洗肠造口及周围皮肤,方纱抹干后予造口粉及保护膜保护周围皮肤,后粘贴一件式造口袋收集大便,如无渗漏可2-3天进行一次更换。若观察到造瘘口颜色深度增加,或是有发黑的情况出现,则表明血运出现问题,可进行局部热敷,帮助改善患者的血液循环情况,同时第一时间联系医生进行科学处置,避免肠管出现坏死的状况。②注意对造口袋情况进行观察,留意其中是否存在气体和液体,对引流液的颜色、性质和量加强观察。③造瘘口开始排便后,需对一次性造口袋定期进行更换,选择透明材质的开口式造口袋,对造瘘口和附近的皮肤状况进行观察,保证腹部的皮肤维持清洁的状态,降低患者的心理压力;在对造口袋进行更换的时候,应指导

患者使用造口粉、3M液体敷料及防漏膏保护造口周围皮肤;如造瘘口周围皮肤出现糜烂、湿疹、瘙痒等,可使用聚维酮碘软膏或氧化锌软膏外涂,若有需要,可通知造口师进行会诊。④本患者接受的是暂时性回肠末端造瘘口,这导致患者丧失了大肠对于多余水分进行吸收和肛门节制排便的功能,这使得粪便呈现稀薄的状态,排便次数增加,有一定的风险致使造瘘口附近的皮肤黏膜被污染,由此导致感染发生。在对患者进行护理的时候,以清水对皮肤进行清洗,以婴儿一次性湿纸巾进行清洁,从内到外进行。要提醒患者,不可以自行使用消毒液、沐浴露等存在刺激性的物质对瘘口附近的皮肤进行清洁,避免出现刺激性和变态反应性皮炎,进而诱发感染^[5]。另外,指导患者和家属学会对造口袋进行正确更换的方式,在患者住院过程中,回肠双腔造口情况较好,没有相关并发症发生。

2.4 出院指导

患者出院时,生活要规律,注意休息,保持心情舒畅,饮食清淡,易消化,有丰富的蛋白质。保证日常饮食均衡,坚持从少至多、从稀至稠、从简单至复杂的原则,循序渐进,科学饮食。食物建议主要选择低盐、低脂的食物,要选择较为清淡的,不建议选择韭菜、大蒜、豆类等存在刺激气味或容易导致胀气的食物,防止对造口袋进行频繁更换,以致影响日常工作生活,患者生活质量容易出现下降的情况^[6]。建议增加饮水量,可以多食用叶绿素丰富的蔬菜,不能摄入刺激性的食物,比如辛辣食物或酒等,同时也需要逐渐形成规律性排便。教会患者自我护理,例:如何更换造口袋、局部皮肤的清洁护理等,嘱其适当运动,如散步,但应避免重体力劳动及过度增加腹压,防止造口袋的回肠黏膜脱出。使其树立战胜疾病的信心,出院后定期到造口门诊复查造口情况,如发现肠造口狭窄、排便困难及时就诊,3个月后返院行回纳术。

3 小结

通过对患者的精心治疗及护理,患者及家属的积极参与,患者术后未出现并发症,病情好转出院。因此,面对深部浸润型子宫内膜异位症患者,建议术前及术后都要实施完备科学的护理干预,借助一系列措施的实施,从而有效防止感染的发生,避免加重患者的机体负担,增加患者的不适感。借助全方位的护理干预,帮助提升患者的恢复效果,促使其可以得到较好的改善,生活质量也能得到提升。本文通过个

案报道,总结深部浸润型子宫内膜异位症并发腹壁瘻患者术后常规治疗与护理措施,为临床治疗与护理此类患者提供参考依据。

参考文献:

[1] 陈小华.腹腔镜手术联合米非司酮治疗子宫内膜异位症的临床研究[J].中国现代医生,2014,52(08):146-147.

[2] 韩肖彤,郭红燕,孔东丽,等.MRI检查诊断深部浸润型子宫内膜异位症的研究进展[J].中华妇产科杂志,2015,50(1):67-69.

[3] Habib N, Centini G, Lazzeri L, et al. 肠道子宫内膜异位症诊断和治疗的新观点[J].国际妇产科学杂

志,2020,47(06):676-683,729.

[4] 曹玲丽.深部浸润型子宫内膜异位症手术患者的护理[J].护理实践与研究,2016,13(19):53-54.

[5] 吕永利,李霞.深部浸润型子宫内膜异位症术后合并结肠造口1例患者的护理[J].护理与康复,2019,18(02):92-94.

[6] 杜凤梅,郑阳春,易珑,等.直肠癌结肠腹壁造瘘患者的围手术期护理[J].肿瘤预防与治疗,2009,22(02):205-206,212.

作者简介:

袁灵蕊(1994—),女,汉族,广东广州人,本科,中山大学附属第一医院,护理师,研究方向为妇产科护理学。