

肠造口周围粪水性皮炎的护理研究进展

闵长乐

湖北省荆门市第二人民医院 448000

DOI:

【摘要】 综述了肠造口周围粪水性皮炎的概念,引起肠造口周围刺激性皮炎的原因,如造口排泄物本身性质、造口位置不合适、造口护理技术欠佳、造口回缩、造口皮肤黏膜分离等,对以上原因采取相应的护理措施会减少粪水性皮炎的发生。

【关键词】 肠造口;粪水性皮炎;护理

近年来,大肠癌的发病率每年呈上升趋势,肠造口术能够挽救患者生命,提高患者的生活质量。由于该手术方式会在腹壁开口做肠造口,容易发生肠造口并发症,其中以肠造口周围粪水性皮炎最为常见。由于粪便常常接触造口周围皮肤造成周围皮肤的糜烂,导致患者疼痛难忍产生负面情绪,严重影响患者术后的生活质量,因此肠造口手术后的护理具有重要意义^[1]。肠造口周围粪水性皮炎是因为造口周围皮肤经常暴露于粪水中而引起的造口周围皮肤改变,常常因为造口位置不合适、造口回缩、造口离手术切口过近、造口周围皮肤不平、造口护理技术不正确等原因引起的粪水长时接触造口周围皮肤而致^[2]。

1 肠造口周围粪水性皮炎的研究

1.1 概念

造口周围粪水性皮炎是肠造口术后最常见的造口周围并发症,是由于粪水经常刺激而引起的造口周围皮肤糜烂。肠造口与正常排泄的途径不同,因为有了肛门括约肌,排泄失去了控制,没有规律。而回肠造口排泄的粪便比较稀薄,粪便排泄物含有胆汁、胰液等多种碱性消化酶,消化酶腐蚀性强,容易腐蚀肠造口周围皮肤,1小时内就可以使与粪水接触的皮肤产生糜烂、溃疡^[3]。

1.2 引起造口周围粪水性皮炎的原因

1.2.1 造口排泄物本身性质 回肠造口及未建立排便规律的结肠造口排出的粪便稀薄,排泄量多,

含有大量的碱性消化酶,容易刺激腐蚀与其接触的皮肤,造成造口周围皮肤糜烂^[4]。

1.2.2 造口位置不合适 肠道手术前未进行造口定位,医生在手术时选择的造口位置、造口高度以及形状不好时容易使造口袋不好粘贴而导致粪便渗漏引起造口周围粪水性皮炎。例如造口在骨隆突处、髂嵴处;造口与手术切口距离太近;造口外露黏膜高度过低等,这些都不利于造口袋与皮肤的紧密贴合,一旦底盘开始接触粪便或切口渗液就会失去粘性,会导致越来越多排泄物渗漏到底盘下腐蚀皮肤。对所有患者粪水性皮炎的原因分类发现“造口外露黏膜高度过低”是最常见的原因,占粪水性皮炎的51.79%^[5]。

1.2.3 造口护理技术欠佳 包括造口底盘裁剪大小不适合,造口附件产品使用方法不正确,患者没有掌握造口袋的粘贴技巧、导致造口袋粘贴不牢致粪便直接接触造口周围皮肤。另外还因为患者没有及时更换造口袋导致粪便接触造口周围皮肤时间过久^[6]。

1.2.3 其他例如造口回缩、造口皮肤黏膜分离,粪便排泄物容易聚集在造口周围凹陷处,浸渍底盘后导致底盘粘贴不牢而使造口周围皮肤直接暴露于粪水中^[7]。肠造口周围粪水性皮炎病人的疼痛反应会引起机体释放大量炎性物质,导致伤口延迟愈合,肠造口周围皮肤炎症发生后导致的疼痛会影响患者正常的休息和生活,加重患者的心理负担,使患者对

生活和疾病预后失去信心^[8]。

2 肠造口周围粪水性皮炎护理

2.1 对于造口排泄物本身性质的护理

饮食指导。造口术后饮食应当规律、营养均衡,可尽早改为普食,增加粗纤维的食物,锁住粪便中的水分,使水样便变为糊状或软便,成形粪便有利于收集。嘱患者避免食用产气、易导致腹泻及刺激性食物,如豆类、奶类、甜食、油炸及辛辣食品。禁食变质、不干净的食物。注意腹部保暖,避免腹部受凉而引起腹泻。粪便稀薄的患者应遵医嘱使用收敛药物,减少粪便稀薄导致的渗漏^[9]。

2.2 对于造口位置不合适的护理

造口术前定位是至关重要的,理想的肠造口高度约 1—2cm。定位时,患者应采取各种体位评估——坐位、卧位、站立、弯腰等,然后从脐部到髂前上棘做一连线,造口应位于内 1/3 区域处位置。该位置还应当根据患者自身情况做适当调整,要避开皮带位置、瘢痕、骨突处和切口处。若造口位于上腹部,需避开肋骨边缘。对于肥胖患者,造口位置应适当高一些。造口应该易于被看见、方便操作、位于腹直肌内、有足够的位置粘贴造口袋^[10]。

2.3 对于造口护理技术欠佳的护理

家属在造口患者的照护中起着举足轻重的作用,造口护理技术的好坏直接关系到患者术后恢复的质量。(1)应选定家中更换造口袋的固定人员,对其认真培训并示范,由专科护士为造口病人示范造口袋的标准更换流程及注意事项;造口产品及附件如何选择及正确使用;造口袋的购买^[11]。指导患者及家属掌握检查造口底盘及造口和周围皮肤以及清洗和测量造口的方法,取下及裁剪以及粘贴造口袋的技巧等。对患者及家属在造口护理方面存在的问题给予指正。出院前,患者家属至少要独立操作更换造口袋 2—3 次。(2)对于造口外露黏膜高度过低或一边偏低造口应当充分重视。更换造口袋时,在清洁造口后,均匀涂抹造口粉并去掉多余的造口粉,使用皮肤保护膜,再使用防漏膏填平过低处,停留 5 分钟左右,粘贴剪裁合适的造口袋。使用时应经常

观察底盘情况,周围发白或粘贴不牢时应该及时更换,尽量避免粪水渗漏刺激皮肤^[12]。

2.4 对于其他类护理

(1)造口回缩可选择两件式凸面底盘加造口袋配合腰带使用。凸面底盘可以下压造口周围皮肤使造口乳头突出、填平周围皮肤凹陷、撑开皱褶处皮肤,能使排泄物尽可能多的收集到造口袋中。同时可以配合防漏膏及造口腰带使用,防漏膏能弥补造口与底盘之间的缝隙,防止排泄物的渗漏对皮肤的刺激,有利于皮肤的保护和牢固粘贴造口底盘^[13]。(2)造口皮肤黏膜分离(未达腹腔)者,先用注射器抽取 37℃ 生理盐水冲洗皮肤黏膜分离处伤口,再清洗造口周围皮肤,最后清洗造口,不使用消毒剂(消毒剂破坏肉芽生长),根据分离创面的大小填塞银离子藻酸盐敷料,再在上面撒上水胶体粉剂或造口粉(吸收渗液,促进肉芽生长),最后使用不含酒精的防漏膏封堵后贴造口袋,每 2 天换药一次,创面感染已控制,肉芽生长良好时联合使用 rb-bFGF,直到创面愈合^[14];或者在清除创面内坏死组织后,用注射器抽取生理盐水并连接头皮针(剪掉针头部分)通过水的涡流产生的力在皮肤黏膜分离处充分低压力冲洗^[15],然后根据分离程度填塞造口粉或藻酸盐敷料或水胶体油纱促进肉芽组织生长,外层贴上水胶体片状敷料和造口袋,粘贴前注意将造口周围皮肤尽量向造口中央推挤,使创面尽可能靠近肠管,缩小分离间距,使分离的黏膜与皮肤尽早对合,并且也要尽早开始扩肛,以预防造口狭窄。(3)Woo 等^[16]通过建立关联的伤口疼痛与慢性的腿部和足部溃疡模型,验证疼痛与伤口愈合的关系,证实了疼痛评分较低人群的伤口愈合的更快。可在常规更换造口后在造口袋上方 10cm 处进行红光照射,每次照射 20 分钟,每日 2 次,直至伤口愈合。红光不产生热效应,不会对创面造成二次损伤,对粪水性皮炎创面具有减轻疼痛、促进愈合的作用^[17]。

3 小结

粪水性皮炎是肠造口术后最常见的并发症,粪水性皮炎的发生为患者带去了痛苦,增加了患者的

身体和心理负担。随着造口护理研究的不断深入和新型护理产品的出现,如防漏膏、造口粉、皮肤保护膜、水胶体敷料和红光治疗仪等在造口护理中的使用,尽早预防和正确护理可以大大减少肠造口周围粪水性皮炎的发生和促使尽快愈合。因而,专科护士应该充分发挥作用对患者提供更细致全面的健康

指导,提供更多的交流平台,开展更多的公共活动,使造口患者能尽快适应日常生活,回归社会,提高该群体的生活质量。然而,怎样解决肠造口周围粪水性皮炎给患者带来的心理问题,是值得我们以后深入研究的方向。

【参考文献】

- [1]胡琳娟,陈玉祥,林雪蓉,等.湿润烧伤膏用于结肠造口周围刺激性皮炎护理的效果观察[J]. 四川医学,2014,35(7):911—913.
- [2]吴洁. 造口治疗师护理干预对肠造口术后粪水性皮炎的影响[J]. 江西中医药,2017,48(415):47—48.
- [3]徐亚兰,柯巧芸,傅丽霞.“汉堡式”敷料在造口周围粪水性皮炎护理中的应用[J]. 中国卫生标准管理,2017,8(13):154—156.
- [4]李彦. 一例直肠癌伴肝转移患者术后造口高排量的护理[J]. 天津护理,2018,26(4):494—496.
- [5]尹成会. 肠造口粪水性皮炎的原因分析及护理[J]. 当代护士(下旬刊),2015,22(9):64—65.
- [6]刘慧君. 1例横结肠造口术后周围粪水刺激性皮炎的护理[J]. 全科护理,2016,14(36):3884—3886.
- [7]黄承凤,黄梅,刘少青. 空肠造口术并发造口凹陷及切口裂开的护理体会[J]. 实用临床医学,2015,16(1):94—95.
- [8]杜秀敏,王希琴,陈俊霞,等. 太宁乳膏缓解回肠造口刺激性皮炎疼痛的效果观察[J]. 护理实践与研究,2010,7(13):49—50.
- [9]王剑剑,杨洋,唐蓉. 康惠尔水胶体敷料应用回肠造口造口粪水性皮炎患者护理[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(4):249—250.
- [10]周秀红. 肠造口周围粪水性皮炎的护理进展[J]. 当代护士,2018,25(1):13—15.
- [11]杨文琴,许喜喜,张俊梅,等. 品管圈活动在降低肠造口粪水性皮炎中的应用[J]. 护理研究,2018,32(18):2974—2976.
- [12]袁黎明. 分析护理干预对肠造口术后粪水性皮炎的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(78):222—223.
- [13]张媛媛,谢书芹. 凸面底盘联合防漏膏在护理回肠造口粪水性皮炎患者的应用分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4(32):159—166.
- [14]张凤英,吴莲香,刘月泉,等. 藻酸盐银离子敷料联合 rb-bFGF 在肠造口粘膜皮肤分离中的应用研究[J]. 赣南医学院学报,2016,36(4):624—625.
- [15]计敏利,李艳红,廖兰. 肠造口周围皮肤黏膜分离合并感染患者的护理[J]. 当代护士(中旬刊),2015,9:130—131.
- [16]Woo KY, Sibbald RG. The improvement of wound—associated pain and healing trajectory with a comprehensive foot and leg ulcer care mode[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs,2009,36(2):184—191.
- [17]张芳,刘艳华,张燕. 红光治疗在肠造口粪水性皮炎病人护理中的应用[J]. 护理研究,2018,32(24):3906—3908.