

一例结肠造口缺血坏死、皮肤黏膜分离、回缩、凹陷、周围皮肤溃疡患者的护理

班翠珍 韦瑞丽 钟荣桂 王月

广西医科大学第一附属医院, 广西 南宁 530021

摘要:目的:报道1例结肠造口术后造口缺血坏死、皮肤黏膜分离、回缩、凹陷、周围皮肤溃疡患者护理过程,总结护理体会,为疑难伤口造口护理提供临床经验指导。方法:利用伤口床准备、伤口愈合理念以及个性化护理理念,对患者实施整体评估并给予针对性伤口造口护理,结合伤口不同时期选用合适的新型敷料、根据造口形态以及凹陷程度选择合适的收集粪便造口用品及合理运用造口护理附件产品等。结果:前后经6个月治疗护理,患者伤口全部愈合、造口突出于体表皮肤0.5cm、无造口狭窄。结论:运用伤口愈合理念以及个性化伤口造口及周围皮肤护理,同时结合全程化健康指导、心理护理、营养支持能促进患者康复。

关键词:造口;伤口愈合理念;个性化护理

肠造口缺血坏死是造口术后最严重的早期并发症,常发生于术后24~48h内^[1]。若外置肠管失去光泽,出现暗紫,变黑,分泌物恶臭说明血运障碍,有肠管坏死可能^[2]。严重的造口坏死,如造口黏膜全部呈黑色者,需立即行造口重建手术^[3]。造口黏膜分离是指造口黏膜与腹壁缝合处皮肤愈合不良,使皮肤与黏膜分离造成的伤口,是造口术后常见的并发症之一,常发生于术后1周内^[4]。本文对1例重症肠梗阻行降结肠造口术后发生造口缺血坏死、皮肤黏膜分离、回缩、凹陷、周围皮肤溃疡的老年患者应用伤口愈合理论以及个性化伤口造口护理进行治疗护理,避免了造口重建,效果满意。现报道如下。

1 病例介绍

患者,男性,89岁,因乙状结肠占位5年,吞咽困难1年,肛门停止排便排气10余天,呼吸困难2天,于2017-6-18急诊入院,入院诊断:直肠乙状结肠同时性多原发癌并肠梗阻。于当日急诊行:直肠癌切除+乙状结肠癌切除+降结肠造瘘术。术后可见左下腹壁有一肠造口,试管透光试验发现3点-6点方向造口肠黏膜为暗红色,6点-3点方向造口黏膜明显水肿,与皮肤缝线处造口黏膜呈黑色,造口右侧沿脐部有纵行切口予棉垫覆盖,周围皮肤完好,造口无排便排气。

2 护理

2.1 护理评估

造口局部评估,病人造口类型为结肠造口;造口部位位于左下腹部;大小为3.5cm×3.8cm;造口的高度为1.2cm;肠造口颜色3点-6点方向黏膜为暗红色,6点-3点方向造口黏膜水肿,与皮肤缝线处造口黏膜呈黑色;造口周围皮肤凹陷,使用DET评分法为0分;无排气排便。

2.2 护理问题

①患者结肠造口黏膜部分坏死,判断坏死深度,及时改善造口血液循环;②把握时机,及时清除脱落的造口黏膜坏死组织,处理后期出现皮肤黏膜分离、造口回缩、造口部分肠管缺失;③肠造口排便性状为稀烂便,易污染伤口,影响伤口愈合;④造口回缩,周围皮肤凹陷,粪便不易收集,容易污染伤口及造口周围皮肤。

2.3 护理措施

造口伤口局部护理,由造口治疗师或造口护理经验丰富的责任护士全程处理,术后第1天使用手电筒及试管透光试验发现3点-6点方向造口肠黏膜为暗红色,6点-3点方向造口黏膜明显水肿,与皮肤缝线处造口黏膜呈黑色,用手指按压发黑的肠黏膜,放开时观察无回复红色现象。使用透明试管及手电筒照射法查看造口深部黏膜,3点-6点方向呈暗红色,无透光,余为红色,有透光。在缺血黏膜上涂撒造口护肤粉每日2~3次。术后69天,患者其他各项指标基本正常,给予出院,指导其家属换药及更换造口袋方法,并定期回院复查。由于患者年龄大,生活无法自理,无法按时回院复查及处理伤口。术后126天因肋下缘皮下脓肿再次住院。使用生理盐水清洁皮肤黏膜分离伤口及造口周围皮肤,分离伤

口、潜行伤口及周围皮肤溃疡处伤口均用高张盐(美盐)按创面形状修剪并覆盖,分离处用防漏贴环覆盖及涂防漏膏加固,皮肤溃疡处二层敷料覆盖泡沫敷料管理渗液,仍选用微凸面底盘结合造口腰带,考虑患者造口周围皮肤脆弱,分离两件式造口袋与造口底盘时,人为牵拉皮肤,造成皮肤与皮下组织分离,用橡胶圈套保鲜袋替代两件式造口袋,便于清洗及无拉力。经过约两个月的换药处理,伤口全部愈合^[5]。

个性化营养支持。根据各项检验报告值,正确评估营养状况,针对性补充水、电解质、人血白蛋白和氨基酸、脂肪乳以及糖类补充机体所需的热量,纠正酸碱平衡紊乱及水电解质平衡失调,监测血糖,加强饮食干预,控制血糖水平。具体措施:术后早期给予葡萄糖氨基酸脂肪乳(卡文注射液)1920ml、人血白蛋白20g经中心静脉(颈内静脉)行胃肠外营养支持1次/天;肠功能恢复后由营养师介入,根据患者具体情况调整肠外及肠内营养,即肠外营养减量为1440ml,并从鼻胃管注入流质饮食+瑞代肠内营养剂进行肠内营养支持,流质灌注饮食以低糖、富含高蛋白、高维生素为主^[6]。

3 讨论

3.1 造口缺血坏死的处理

造口缺血坏死常发生于术后24h~48h,可见黏膜为暗红色或黑色,应观察造口黏膜的活力及弹性,可以采用透明试管及手电筒照射法查看造口深部黏膜,及时发现肠造口血液循环障碍并采取应对措施。如在短时间造口全层变为黑色时则需即时施行肠造口重建术。在造口血液循环未改善前尽量避免造口腔内探查,禁止扩肛。

3.2 造口皮肤黏膜分离伤口及周围皮肤溃疡的处理

伤口湿性愈合的理念和各种新型敷料已被临床广泛运用于各种伤口护理中。本案例造口出现皮肤黏膜分离伤口炎症期采用亲水性纤维含银敷料进行护理,因为亲水性纤维含银敷料遇到伤口渗液时,持续稳定地对伤口释放银离子化合物具有抗菌作用,同时银的抗感染特性能减少致痛物质和炎症介质的释放,并阻断离子通道影响疼痛的传导而减轻伤口疼痛。

造口回缩的处理,患者出现造口皮肤黏膜分离后造口回缩,排便出口低于皮肤下2cm,为了更好地收集粪便,防止粪便污染伤口及造口周围皮肤,选用造口附件产品及凸面造口底盘加腰带固定,以抬高造口基底面,使造口黏膜被动抬高,此患者造口黏膜被抬高至皮肤上0.5cm。伤口愈合后,指导其家属正确扩肛,预防造口狭窄,加强饮食指导,注意观察患者排便情况。

4 小结

该病例特点为老年高龄、起病急、病程长、全身基础疾病多且营养不良、自理能力差。在伤口、造口处理过程中,利用伤口床准备、伤口愈合理念以及个性化护理理念,对患者实施整体评估并给予针对性伤口造口护理,结合伤口不同时期选用合适的新型敷料、根据造口形态以及回缩、凹陷程度选择合适的收集粪便造口用品及合理运用造口护理附件产

品等促进造口伤口愈合,避免了造口重建,取得了预期的治疗效果。

参考文献

[1]陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.
[2]万德森.造口康复治疗理论与实践[M].北京:中国医药科技出版社,2006.

[3]刘莉.1例肠造口完全性缺血坏死的护理[J].实用临床医学杂志,2008,4(4):18-19.

[4]喻德洪.肠造口治疗[M].北京:人民卫生出版社,2004.

[5]白宏宇,叶剑飞,王大红.回肠造口旁皮炎的预防措施[J].当代医学,2013,9(26):131-132.

[6]洪小芳,谢玲女,蒋丽丽.造口皮肤黏膜分离患者的伤口护理实践[J].中华护理教育,2018,15(5):376-378.