

DOI: 10.12209/CAIM202405090004

· 中西医结合临床案例 ·

1 例结肠癌术后造口皮肤黏膜分离 伴营养不良患者的全程护理干预

康海芬¹, 崔映琴², 张婷婷¹, 晋雅丽²

(1. 山西医科大学第一医院 结直肠外科, 山西 太原, 030001;

2. 山西医科大学第一医院 胃肠外科, 山西 太原, 030001)

摘要: 本文总结 1 例应用全程护理干预模式治疗结肠癌造口术后皮肤黏膜分离伴营养不良患者的护理体会。针对患者的造口并发症,联合中医科、营养科、康复科及精神卫生科进行个性化护理干预,明显改善患者的营养状况及自理能力,促进患者健康结局转归。

关键词: 结肠癌; 造口皮肤黏膜分离; 营养不良; 全程护理干预

Full process nursing intervention for a patient with postoperative colostomy skin mucosal separation and malnutrition in colon cancer

KANG Haifen¹, CUI Yingqin², ZHANG Tingting¹, JIN Yali²

(1. Department of Colorectal Surgery, First Hospital of Shanxi Medical University, Taiyuan, Shanxi, 030001;

2. Department of Gastroenterology, First Hospital of Shanxi Medical University, Taiyuan, Shanxi, 030001)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with skin and mucosal separation and malnutrition after colon cancer stoma surgery treated with a full course nursing intervention model. In response to the complications of stoma in patients, personalized nursing interventions are carried out in conjunction with traditional Chinese medicine, nutrition, rehabilitation, and mental health departments, significantly improving the patient's nutritional status and self-care ability, and promoting the patient's health outcomes.

KEY WORDS: colon cancer; separation of stoma skin and mucosa; innutrition; whole process nursing intervention

肠造口是利用外科手术方式在腹壁上人为开口,把一段肠管拉出腹腔,开口缝于腹壁,用于排泄粪便^[1]。术后肠造口如果护理不当,会发生各种并发症,造成患者痛苦不堪,影响患者生活质量,同时增加护理难度。皮肤黏膜分离是早期造口并发症中较为常见的一种^[2],发生率 4.0~24.0%^[3]。皮肤黏膜分离的主要原因有组织缺损多、碘仿纱布拆除过晚、营养状况不佳等^[4]。本病例为 1 例结肠癌术后造口皮肤黏膜分离伴营养不良患者的全程护理,遵循创面湿性愈合理念对伤口床进行处理,利用可塑造底盘与新型敷料相结合的方法,通过对患者造口局部及全身心进行整理护理,同时进行营养治疗、康复训练、针灸疗

法及心理治疗等,使患者造口周围伤口床愈合、皮下感染得到控制,现将护理经过及体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,40 岁,身高 175 cm,体重 52.0 kg,体质指数(BMI) 16.98 kg/m²,主因“下腹痛 1 年余,加重 1 月”于 2023 年 7 月 5 日入院。腹部 CT 检查提示乙状结肠癌伴周围多发淋巴结转移(T4aN3MX)。肠镜检查术后标本送检:(距肛门 10cm 直肠)送检组织多块,其中 1 块腺上皮呈高级别上皮内癌变。

收稿日期:2024-05-09

基金项目:可塑型底盘在肠造口患者中临床应用的结局观察

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1.2 体格检查

患者入院时精神尚可,食欲差、睡眠差,大小便正常,近一年体重减轻约 16 kg。入院生命体征,体温(T)36.0℃,心率(P)110次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)112/69 mm Hg;腹部凹陷,腹软,全腹无压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及,未触及包块;营养风险筛查NRS2002评分为4分,伴有偶尔恶心、易激,不伴呕吐。

1.3 诊断及治疗

入院诊断为“乙状结肠癌、淋巴结继发恶性肿瘤”。患者于2023年7月8日在全麻下行结肠癌扩大根治术+肠粘连松解术+乙状结肠造口术+输液港植入术。结肠造口位于左下腹,造口周边腹壁平坦,造口高于皮肤1.5 cm,6点到11点方向皮肤黏膜分离,潜行深度2 cm,伴有少量黄色脓性液体。科室造口护理小组根据造口及伤口床的情况,制定换药方案,利用腹腔冲洗管与新型敷料相结合的方法,有效地控制渗液,加快伤口愈合,同时提供个性化营养支持。历时107 d,患者皮肤黏膜分离处脓性渗液完全吸收,患者造口周围红肿消退,感染得到控制,患者体温正常,白细胞计数 $9.28 \times 10^9/L$,患者要求出院至当地医院继续治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 营养评估

使用NRS2002营养筛查表进行评估,疾病评分(乙状结肠癌)为1分,营养状态评分($BMI < 18.5$)为3分,总分为4分,患者处于营养风险。

2.1.2 心理状态及日常能力评估

使用自理能力生活评估量表(Barthel)对患者进行评估,患者上下楼、控制大便、洗澡需要极大帮助,如厕、平地行走、床椅转移需部分帮助,自理能力评分60分,属于中度依赖。使用采用焦虑自评量表测试(SAS)对患者进行焦虑状态评分,患者因为造口术后并发造口皮肤黏膜分离,产生病耻感、自卑等悲观情绪,加之该患者家庭支持系统不够健全,缺乏疾病恢复信心。SAS评分为61分,属中度焦虑。

2.1.3 疼痛评估

使用数字量表评分法即NRS评分法评估患者疼痛程度。NRS方法将最强级别的疼痛描述为数字10,将无痛描述为0。1~3分属于轻度疼痛,4~6分属于中度疼痛,7~10分属于重度疼

痛。该患者术后疼痛评分为5分,属中度疼痛。

2.2 护理诊断

本例患者术后主要护理诊断如下:①营养失调低于机体需要量,与肿瘤慢性消耗、手术创伤等有关;②焦虑与对癌症治疗缺乏信心及担心造口并发症预后有关;③疼痛与术后伤口疼痛及造口周围皮肤黏膜分离有关。

2.3 护理计划

请营养科、中医科会诊,加强营养治疗,改善患者营养状况,促进伤口愈合及疾病恢复。造口护理小组根据患者造口皮肤黏膜分离情况,运用新型敷料及造口附件产品,予伤口护理及造口护理,缓解患者造口周围疼痛,并邀请患者参加“阳光之家”患教会,进行同伴教育。请康复科、精神卫生科会诊,与患者及家属一起制定康复锻炼计划及每日放松训练等,缓解患者焦虑情绪,提升患者康复训练的积极性和连续性,从而提高患者自理能力。

2.4 护理措施

2.4.1 造口皮肤黏膜分离的护理

该患者造口皮肤黏膜分离的护理主要经历了三个阶段,根据患者每个阶段出现的问题,调整护理方案,现将护理措施汇报如下。

2.4.1.1 造口皮肤黏膜分离初期(2023年7月21日至8月27日)

请医师协助拆除皮肤黏膜分离处的无效缝线,依据伤口床处理的TIME原则,用生理盐水清洗伤口,去除创面坏死组织^[5]。在创面处撒造口护肤粉,之后用藻酸盐敷料填充伤口床,粘贴水胶体敷料隔离粪便,创造湿性愈合环境。造口根部涂抹防漏膏,给予患者使用两件式可塑平面底盘和造口袋。根据患者伤口敷料饱和情况,1~2 d换药一次,详见图1。



图1 造口皮肤黏膜分离初期

2.4.1.2 伤口处肉芽水肿期(2023年8月27日至9月15日)

经过一个多月的治疗,患者伤口处有所改善,但新生肉芽组织水肿,详见图2。调整方案,生理盐水彻底冲洗伤口,清除腐肉及坏死组织;使用无菌镊子钳除异常肉芽,撒造口粉并按压;使用藻酸盐敷料填充伤口,泡沫减压贴加压;由于造口周围6点至11点钟方向皮肤肌肉组织缺损,排泄口低平,使用凸面可塑底盘+造口袋+腰带。



图2 伤口处肉芽水肿期



图3 造口周围皮下感染期



图4 造口周围红肿消退、伤口愈合

2.4.1.3 造口周围皮下感染期(2023年9月15日至11月1日)

经过半个多月的伤口换药处理,患者伤口床肉芽水肿消退,但出现新的问题,即造口周围Ⅱ象

限有4 cm×4 cm红肿,造口周围皮下感染,详见图3。上报主管医生,在局麻下放置引流管,予持续生理盐水冲洗,间断甲硝唑冲洗,抗感染对症处理。在距离造口1 cm处3点方向皮肤破溃,给予填充美盐条抗感染。

2.4.1.4 造口周围伤口愈合(2023年11月2日至11月5日)

患者于2023年11月5日造口周围红肿消退,伤口愈合,皮肤恢复完整,详见图4。

2.4.2 营养支持

由于疾病等因素导致患者运动能力下降,胃肠功能障碍,引发摄入食物不足^[6]。此外,手术创伤引发机体分解代谢能力增强,增加肌肉蛋白快速分解,从而增加营养不良风险的发生^[7]。主管医生邀请营养科会诊,根据患者情况,调整营养支持方案,应用耐受评估指导营养管理,耐受评估的内容主要有腹内压、呕吐、腹泻、误吸及胃残余量等^[8]。通过耐受评估管理,可以明确患者营养不耐所处轻重程度,遵医嘱实施相应治疗和干预,改善患者营养不耐受的情况,保证机体营养摄入的同时,促使胃肠功能的恢复^[9]。

2.4.3 运动康复治疗

国内有学者认为,肠造口术后患者排便方式及控便能力的改变,造口并发症的困扰及焦虑、抑郁等负性情绪都可引起或加重患者的疲乏^[10],从而降低患者的躯体功能,影响其体力活动水平。该患者害怕底盘渗漏带来的尴尬,以及担心造口皮肤黏膜分离并发症的预后等,不愿意参与运动。主管医生邀请康复科会诊,为患者讲解康复运动对于造口恢复的重要性,并进行床上活动及下床活动指导训练。经过1个月左右康复训练,患者参与运动的积极性提高,心理焦虑程度从重度降为轻度。

2.4.4 针灸治疗

该患者营养基础较差,术后有段时间出现胃肠功能障碍,甚至肠梗阻现象。针对此情况,主管医生邀请中医科会诊,对患者进行针灸治疗,肠梗阻现象得到一定改善。针灸部位主要为上肢、下肢和腹部。上肢穴位选取合谷、曲池、内关,下肢穴位选取足三里、上巨虚、下巨虚和丰隆等,腹部穴位选取天枢、中脘、下脘等。患者取仰卧位,操作者选取相应穴位,用酒精棉球消毒,采用夹持进针法,即用严格消毒的左手拇、示二指夹住针身下端,将针尖固定在所刺穴位的皮肤表面位置,右手

捻动针柄,将针刺入穴位。1次/d,20 min/次,持续针灸10 d,患者腹痛腹胀现象得到缓解。

2.4.5 心理护理

造口手术改变了患者固有排便方式,会使患者产生病耻感、自卑、焦虑等悲观情绪,加之该患者离异状态、父母年迈、表妹短期照顾,家庭支持系统不够健全。在护理该患者过程中,造口护理小组兼顾患者身心状态,邀请心理咨询师协助患者建立积极心态。主要方式有呼吸放松训练、肌肉放松训练和正念冥想等,减轻患者焦虑情绪的同时,改善患者的睡眠质量。

2.4.6 延续性护理

造口延续性护理服务的开展,满足了患者从院内到院外的护理需求。患者可以通过多种形式的延续护理服务模式,获得造口相关自我护理知识和技能,从而有效地提高造口患者的自我管理能力和降低并发症的发生^[1]。患者出院后,造口护理小组主要通过电话随访、网络信息平台(造口患者微信群)以及造口专科门诊为患者提供延续性护理服务,使患者在遇到问题时能够第一时间得到解决,解除患者后顾之忧。

3 结果和随访

经治疗,患者腹膜刺激征(-),造口周围皮肤完整,造口自护能力为中上等水平。患者出院1周后予电话随访,自理能力评分为80分,轻度依赖,自诉无腹痛、发热症状,造口黏膜湿润,造口周围皮肤完整无红肿,睡眠质量有所改善。患者出院两周,门诊随访,可进食半流质饮食,餐间增加肠内营养液,体重增加2 kg。在家人的协助下,造口自我护理能力处于中上等水平。

4 讨论

造口皮肤黏膜分离是较为常见的早期造口并发症之一,患者面临伤口、造口底盘粘贴、造口周围皮肤潮湿相关性皮炎等问题,处理较为复杂,造口护理难度大,加之该患者全身状况较差,因此本案例采用多学科模式进行全程干预。参照2022版《成人肠造口皮肤黏膜分离的护理专家共识》,对患者进行伤口、造口护理,针对患者不同时期出现的问题采取不同护理措施,取得良好效果。由于该患者全身营养状况较差,家庭社会支持系统缺乏等,该病例将造口护理、营养治疗、康复运动、针灸治疗、心理护理联合应用,发挥其协同作用,

改善患者临床症状,缓解其焦虑心理,加速患者康复,提高患者自我护理能力及生活质量。但因病例数较少,此种综合干预方式受个体差异不能进行量化,本案例未进行量化评价,需下一步进行研究证实。今后可以结合病例的特点,进行更有针对性的研究,探索出系统的治疗护理方案。患者在家人的协助下可下地活动,造口自我护理能力得到提升,造口周围无疼痛感,睡眠质量得到改善,营养状况也逐步改善,患者对治疗以及病情的转归表示满意。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 张清,魏力. 造口伤口临床护理实践[M]. 北京:人民军医出版社,2009.
- [2] CARBONELL B B, TRETER C, STACCINI G, et al. Early peristomal complications: detailed analysis, classification and predictive risk factors [J]. *Ann Ital Chir*, 2020, 91: 69-73.
- [3] 施婕, 罗比可, 刘琳. 41例肠造口患者造口皮肤黏膜分离的护理[J]. *中华护理杂志*, 2011, 46(3): 243-244.
SHI J, LUO B K, LIU L. Nursing care of 41 enterostomy patients with mucocutaneous separation [J]. *Chin J Nurs*, 2011, 46(3): 243-244. (in Chinese)
- [4] 王玲, 胡爱玲. 伤口造口失禁专科护理[M]. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [5] 张佩英, 傅晓瑾, 高艳红. 成人肠造口皮肤黏膜分离护理专家共识[J]. *中国研究型医院*, 2022, 9(5): 9-12.
ZHANG P Y, FU X J, GAO Y H. Expert consensus on mucocutaneous separation nursing for adult enterostomy [J]. *Chin Res Hosp*, 2022, 9(5): 9-12. (in Chinese)
- [6] 王保信, 刘军, 唐雪飞, 等. 手辅助腹腔镜技术与开腹手术治疗直肠癌的疗效对比研究[J]. *实用肿瘤杂志*, 2021, 36(2): 114-117.
WANG B X, LIU J, TANG X F, et al. A comparative study of efficacy of hand-assisted laparoscopy and open surgery in treating rectal cancer [J]. *J Pract Oncol*, 2021, 36(2): 114-117. (in Chinese)
- [7] 刘爽, 姜婷, 陈功, 等. 局部进展期直肠癌治疗模式新进展[J]. *实用肿瘤杂志*, 2021, 36(1): 10-17.
LIU S, JIANG T, CHEN G, et al. New progress in

- treatment mode of locally advanced rectal cancer[J]. *J Pract Oncol*, 2021, 36(1): 10-17. (in Chinese)
- [8] 宫雪梅, 叶向红, 薛阳阳, 等. 重症患者早期肠内营养耐受性评估及管理方案的构建[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(4): 490-494.
- GONG X M, YE X H, XUE Y Y, et al. Construction of early enteral nutrition tolerance assessment and management for critically ill patients[J]. *Chin J Nurs*, 2019, 54(4): 490-494. (in Chinese)
- [9] 邵妍, 王丽, 高华, 等. 直肠造口患者应用耐受评估指导营养管理的价值研究[J]. *中国医药导报*, 2022, 19(28): 174-177.
- SHAO Y, WANG L, GAO H, et al. Study on the value of applying tolerance assessment to guide nutritional management in patients with rectostomy [J]. *China Med Her*, 2022, 19(28): 174-177. (in Chinese)
- [10] 陈满宇, 吕龙, 何秋山. 直肠癌造口患者术后心理健康、应对方式与生存质量的相关性[J]. *中国肿瘤*, 2016, 25(2): 103-106.
- CHEN M Y, LV L, HE Q S. Relationship among mental health, coping style and quality of life in rectal cancer patients with A stoma[J]. *China Cancer*, 2016, 25(2): 103-106. (in Chinese)
- [11] 曹学文. 肠造口患者延续护理研究进展[J]. *护士进修杂志*, 2018, 33(9): 797-799.
- CAO X W. Research progress of continuing nursing care for enterostomy patients [J]. *J Nurses Train*, 2018, 33(9): 797-799. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。