

DOI: 10.12209/CAIM202411280007

· 中西医结合临床案例 ·

1 例梗阻性乙状结肠癌 Hartmann 术后 造口皮肤黏膜分离患者的护理体会

李瑾¹, 谭蕾², 王小明¹

(1. 北京市健宫医院 普通外科, 北京, 100054;

2. 北京市健宫医院 护理部, 北京, 100054)

摘要: 本文报告 1 例因乙状结肠癌引发的肠梗阻患者, 在接受 Hartmann 手术后出现造口皮肤黏膜分离的护理案例。通过全面评估患者情况, 运用湿性愈合理论进行伤口处理, 配合营养支持、心理干预及健康教育等方面的综合护理, 患者的造口皮肤黏膜分离得到有效控制, 18 d 后基本愈合, 未并发造口回缩与刺激性皮炎, 患者生活质量得到显著提高。

关键词: 梗阻性乙状结肠癌; Hartmann 术; 造口皮肤黏膜分离; 护理

Nursing experience of a case of obstructive sigmoid colon cancer with stoma skin and mucosa separation after Hartmann operation

LI Jin¹, TAN Lei², WANG Xiaoming¹

(1. Department of General Surgery, Beijing Jianguong Hospital, Beijing, 100054;

2. Department of Nursing, Beijing Jianguong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper reports a case of nursing care of a patient with intestinal obstruction caused by sigmoid colon cancer who had stoma skin and mucosa separation after Hartmann operation. Through the comprehensive evaluation of the patient's condition, the application of wet healing theory for wound treatment, combined with the comprehensive nursing of nutritional support, psychological intervention and health education, the separation of stoma skin and mucosa of the patient was effectively controlled. After 18 days, the patient basically healed without stoma retraction and irritating dermatitis, and the quality of life of the patient was significantly improved.

KEY WORDS: obstructive sigmoid colon cancer; Hartmann operation; separation of stoma skin and mucosa; nursing

乙状结肠癌是我国常见的消化道肿瘤之一, 乙状结肠癌恶性程度高, 多发于 60 岁以上人群, 且患者早期症状无特异性, 确诊时大多已为晚期^[1]。肠梗阻为乙状结肠癌的常见严重并发症, 可引起肠管扩张、水肿及排便异常, 若未及时进行有效治疗, 可造成肠穿孔及肠破裂, 影响患者的生命安全^[2-3]。梗阻性乙状结肠癌由于其近端肠管扩张水肿、充满粪便, 肠壁血循环受到干扰, 含细菌量高的结肠肠管行 I 期缝合后, 易发生吻合口瘘、粪性腹膜炎。因此, 采用分期手术方式, I 期手术切除肿瘤并行肠造口, II 期手术闭合肠造口是常用的治疗方法。I 期手术中行结肠造口术

(Hartmann 术)是常用的手术方式^[4-5]。造口皮肤黏膜分离(Mucocutaneous Separation, MCS)是造口并发症中较为常见的一种^[6], 指肠造口处黏膜与腹壁皮肤的缝合处发生分离形成开放性伤口, 通常可达皮下层皮肤黏膜分离发生率 4.0% ~ 24.0%^[7-8], 造口 MCS 常导致急性腹膜炎、创面感染、造口回缩、造口狭窄等情况^[9-10]。造口 MCS 的发生不仅减缓创面愈合的速度, 还会增加造口周围皮肤的损害, 给患者带来心身痛苦的同时, 也增加护理的难度和工作量。因此, 早期发现并处理造口 MCS, 对患者及其家庭和护理人员都具有十分重要的意义。本文总结 1 例梗阻性乙状结肠

收稿日期: 2024-11-28

OPEN ACCESS

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

癌 Hartmann 术后造口皮肤黏膜部分分离的患者的护理,现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女性,74岁,主因排便困难、腹胀、体重下降等症状就诊,于2024年3月1日收入我科,经结肠镜检查及病理活检,确诊为梗阻性乙状结肠恶性肿瘤。患者入院后给予完善检查,抗感染,营养支持等治疗。患者既往有高血压10余年,规律口服硝苯地平控释片30 mg,1次/d,血压控制在125~140/75~95 mm Hg;2型糖尿病10余年,规律口服阿卡波糖餐前50 mg,3次/d,空腹血糖6~8.5 mmol/L,餐后血糖8~11 mmol/L。患者于2024年3月3日在全麻下行乙状结肠癌根治术 Hartmann 术,术后4 d患者造口皮肤黏膜分离,造口周围皮肤疼痛,底盘佩戴不牢,有排泄物渗漏,揭除底盘后伤口未愈合,周围皮肤发红有渗液浸渍,疼痛。

1.2 诊断及治疗

本例患者诊断为乙状结肠癌,造口皮肤黏膜皮肤分离。术后予抗炎,补液与营养支持对症治疗,3月7日予患者更换造口袋时发现造口皮肤黏膜分离,运用湿性愈合理论予患者造口皮肤黏膜分离处伤口换药护理。经过18 d的有效护理,患者造口血液循环恢复,皮肤黏膜分离处基本愈合,未出现造口回缩,刺激性皮炎等并发症,已于3月25日好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 全身评估

患者结肠造口术后第4天,生命体征平稳,体温(T)36.5℃,呼吸(R)19次/min,脉搏(P)72次/min,血压(BP)135/72 mm Hg;患者身高156 cm,体重66 kg, BMI 27.1 kg/m²(超重),营养评分(NRS2002)≤11分,提示存在营养风险,该患者营养评分(NRS2002)11分(存在营养风险);患者术后切口疼痛,NRS评分为3分(轻度疼痛);患者担心造口皮肤黏膜分离及预后较差,焦虑评估(SAS)为62分(中度焦虑);日常生活能力评估(ADL)为75分(需要帮助完成部分日常生活活动),对造口的认识及相关知识缺乏。

2.1.2 局部评估

本例患者造口评估内容及结果,详见表1。

表1 造口评估内容及结果

评估项目	评估结果
造口位置	左下腹
造口类型	结肠单腔造口
造口形状	椭圆形
造口大小	38 mm×45 mm
造口高度	23 mm
造口黏膜	红润
造口周围皮肤	红、肿
黏膜皮肤缝线处	过紧,分离
分离位置	2点~10点
分离大小	2点~6点:宽0.3 cm、深0.2 cm; 6点~10点:宽0.5 cm、深0.3 cm
潜行	6点~10点最深3.5 cm
基底组织	<25%黄色,>75%红色
创面边缘	整齐
渗液量	中量
NRS	3分
气味	无
DET	2分
排泄物	大量棕色稀便

2.2 护理诊断

对患者全身和局部评估后,得出本例患者护理诊断,具体如下:①皮肤完整性受损与患者肠梗阻肠管水肿,导致肠壁长期缺氧肠管血液供应不足、张力增大,及患者体重超重有关;②焦虑与造口皮肤黏膜分离担心预后差有关;③营养失调与低于机体需要量有关;④缺乏有关与缺乏疾病及造口护理相关知识;⑤自我形象紊乱与造口手术有关;⑥存在刺激性皮炎、造口回缩及造口狭窄潜在并发症,与患者皮肤黏膜分离未得到有效处理有关。

2.3 护理目标

①患者术后造口并发症皮肤黏膜分离得到及时处理;②患者无焦虑,情绪稳定;③患者营养满足机体需要量;④患者掌握疾病及造口自我护理的方法;⑤患者能适应新的排便方式,并自我认可;⑥术后造口并发症造口回缩、刺激性皮炎等,得到及时的预防。

2.4 护理计划

全身治疗方案:抗感染治疗:给予抗生素0.9%氯化钠100 mL+头孢美唑2 g,1次/12 h,静脉输入;血糖管理:配合口服药物、饮食、检测血糖,4次/d;营养支持:静脉高营养治疗;健康宣教:治疗目标及造口自我护理;心理护理:加强沟通讲解当前治疗目的和方法,分享成功案例;疼痛管理:疼痛知识教育。造口皮肤黏膜分离处处理遵

循 TIME 原则^[11],即清创,控制感染,管理渗液,促进肉芽组织生长,促进上皮增生,保护周围皮肤。

2.5 护理措施

2.5.1 造口皮肤黏膜分离处局部处理

在进行造口皮肤黏膜分离处换药时,遵循湿性愈合理论和 TIME 原则进行操作,具体如下。①生理盐水彻底清洗造口黏膜及皮肤黏膜分离创面;②使用造口尺测量造口大小,高度,分离大小及潜行;③3月7日~3月16日,在分离处填塞银离子藻酸盐敷料;④使用造口粉填补分离创面(3月19日~3月22日)并保护周围皮肤;⑤使用无痛皮肤保护膜保护皮肤,能使皮肤与粪便隔绝,保护皮肤;⑥使用防漏贴环,预防渗漏污染伤口,为皮肤黏膜分离处创造一个密闭的湿润环境,既起到保护作用,又促进创面愈合;⑦佩戴两件式造口袋,防止排便污染皮肤黏膜分离创面,使用透明造口袋便于观察造口血运情况和排泄物性状;⑧配合使用造口腰带调节好腰带的松紧度,以不影响腹式呼吸,能放入一个手指为宜,预防造口皮肤黏膜分离伤口愈合后造口回缩,防止粪便渗入创面,缩短皮肤黏膜分离患者愈合时间;⑨指导患者每次更换完造口袋后双手轻放于造口处加温,使底盘黏胶更好贴合皮肤^[12]。考虑到该患者渗液量为少量,故该患者造口换药间隔为3 d。

2.5.2 控制感染

通过有效的伤口处理及根据医嘱合理使用抗生素,控制造口皮肤黏膜分离处的感染。每日监测患者体温、血常规等指标,评估抗生素的治疗效果。

2.5.3 心理护理

告知患者及陪护造口分离程度,是常见并发症之一,及时、恰当的处理,很快愈合,缓解患者紧张情绪,提高治疗依从性。利用同伴教育,缓解患者紧张情绪。

2.5.4 营养支持

遵医嘱静脉输注脂肪乳、氨基酸等肠外营养液营养支持,恢复经口进食后予高蛋白、高维生素饮食。提供术后机体恢复所必需的营养,保持大便通畅。注意饮食卫生,避免腹泻,以防增加创面污染机会及换药次数,影响创面愈合,延长病程。

2.5.5 健康指导

采取床旁示范,讲解造口自我护理方法,教会患者及观察造口排气排便的方法,造口更换最好在清晨空腹时,同时指导患者选择合适的造口附件产品。生活中避免腹压增加动作,减少后期并

发症的发生。自我症状观察,预防远期并发症。指导患者早期密切观察造口回缩及狭窄情况,密切观察排便情况,教会病人合适的扩肛时机及方法,告知患者按时到造口门诊复诊。

2.6 护理评价

历时18 d的护理,共换药7次,患者造口血液循环恢复,皮肤黏膜分离处基本愈合,详见图1;患者造口皮肤黏膜分离处恢复情况,详见表2,未并发造口回缩、刺激性皮炎。患者及陪护紧张焦虑情绪减轻,营养状况得到改善,体重增加2 kg,精神状态好转,患者能够自行更换造口袋,保持造口周围皮肤清洁干燥。

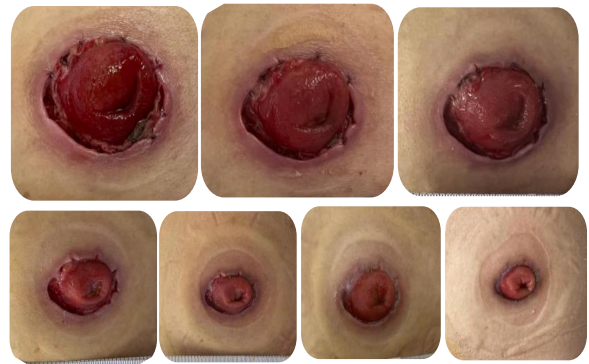


图1 造口处恢复情况

3 结果和随访

经过18 d的综合护理,患者皮肤黏膜分离创面完全愈合,未出现感染或进一步恶化,未出现造口回缩,刺激性皮炎等并发症的发生;患者自我护理能力增强,能够正确进行造口清洁、更换造口袋等操作,减少并发症的发生;患者心理状态稳定,对治疗效果表示满意。此外,通过患者造口门诊复诊,定期随访和健康教育,患者及家属对造口护理知识有了更深入的了解,能够积极应对可能出现的问题。该患者的康复过程表明,综合护理干预对于梗阻性乙状结肠癌 Hartmann 术后造口皮肤黏膜分离患者的护理具有重要意义。

4 讨论

患者造口术后出现皮肤黏膜分离时,医护人员必须准确评估伤口的分离程度,并迅速采取相应措施,以促进坏死组织的脱落和加速康复过程。伤口愈合受到多种因素的影响,这些因素既包括局部条件,也涉及全身状况。对于造口皮肤黏膜的分离,必须进行细致的评估,皮肤黏膜分离的部位根据分离的深度处理,拆除无效缝线依据伤口

表2 造口皮肤黏膜分离处恢复情况

评估项目	3月7日	3月10日	3月13日	3月16日	3月19日	3月22日	3月25日
造口大小	38 mm×45 mm	35 mm×40 mm	35 mm×40 mm	32 mm×38 mm	28 mm×35 mm	25 mm×30 mm	25 mm×30 mm
造口高度	23 mm	20 mm	20 mm	17 mm	15 mm	12 mm	12 mm
造口周围皮肤	红、肿	红、肿	红、肿	红、肿	红、肿	红	红
黏膜皮肤缝线处	过紧、分离	分离	分离	分离	分离	分离	基本愈合
分离位置	2点~10点	2点~10点	2点~10点	2点~10点	3点~9点	5点~9点	整齐
分离大小	2点~6点:宽0.3 cm, 深0.2 cm; 6点~10点:宽0.5 cm, 深0.3 cm	2点~6点:宽0.2 cm, 深0.2 cm; 6点~10点:宽0.4 cm, 深0.3 cm	2点~6点:宽0.2 cm, 深0.2 cm; 6点~10点:宽0.4 cm, 深0.3 cm	2点~6点:宽0.2 cm, 深0.2 cm; 6点~10点:宽0.4 cm, 深0.2 cm	3点~6点:宽0.2 cm, 深0.1 cm; 6点~9点:宽0.3 cm, 深0.2 cm	5点~6点:宽0.1 cm; 无 6点~9点:宽0.2 cm, 深0.2 cm	无
潜行	6点~10点最深3.5 cm	6点~10点最深3 cm	6点~10点最深2.5 cm	6点~10点最深1 cm	6点~9点最深0.5 cm	无	无
基底组织	<25%黄色, >75%红色	100%红色	100%红色	100%红色	100%红色	100%红色	无
创面边缘	整齐	整齐	整齐	整齐	整齐	整齐	/
渗液量	少量	少量	少量	少量	少量	少量	无
NRS	3分	2分	2分	1分	1分	1分	0分
DET	2分	2分	2分	2分	2分	2分	0分

床处理的 TIME 原则,即 T(伤口组织)、I(控制感染和炎症)、M(保持伤口的湿润平衡)、E(促进伤口的上皮化进程)原则,去除创面坏死组织,依据湿性愈合理念来处理伤口,根据创面情况可使用造口护肤粉或选择合适的敷料,创造湿性愈合环境。造口粉为粉末状水胶体有较强的吸收能力,可吸收渗液,保持皮肤干爽;吸收造口排泄物形成凝胶,减轻排泄物中的消化酶对皮肤的刺激,减少刺激性皮炎的发生^[13],选择与分离程度相匹配的敷料,藻酸盐敷料为一种新型敷料材料,具有优异的生物相容性和生物活性,通过刺激皮肤和黏膜细胞的增殖和分化来促进伤口愈合和防止感染,且还能有效减轻疼痛,缓解患者伤口周同的疼痛和不适感^[14],在无感染情况下外层敷料可选用泡沫敷料予以渗液管理。使用防漏膏或防漏贴环等保护创面,封闭伤口环境,重建造口周围皮肤底盘粘贴环境。当伤口内填充的吸收性敷料达到饱和状态时,要及时给予换药及更换底盘,防止排泄物渗漏而影响创面愈合。根据造口形态和排泄口黏膜高度情况选择造口底盘,如分离达皮下组织,使用凸面底盘加造口腰带,预防造口回缩,护理人员应全面评估造口情况,并根据需要及时调整护理计划,实施综合护理策略。同时,应向患者提供标准化的康复指导,帮助患者掌握自我护理的技能,从而提高生活质量。有效的心理护理和持续护理显著提高患者的生活质量,并减少并发症的风险。重视心理干预和家庭支持至关重要,术后患者常

会经历焦虑、抑郁等心理挑战,因此,应加强心理干预以缓解患者的焦虑。鼓励患者家属积极参与护理过程,为患者提供情感上的支持和关爱,有助于减轻患者心理压力。在未来的护理实践中,特别需要关注术后早期患者病情的监测,重点观察造口粘膜的颜色变化及造口皮肤缝合处的皮肤状况,一旦发现任何异常,应立即与医生沟通,共同查明原因。

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] 苏庆亮,贾明洋,陈帅帅,等.腹腔镜与开腹手术对乙状结肠癌恶性肠梗阻的疗效对比[J].中国现代普通外科进展,2023,26(9):734-737.
SU Q L, JIA M Y, CHEN S S, et al. Comparison of the therapeutic efficacy of laparoscopy and open surgery in the treatment of malignant intestinal obstruction in colon cancer[J]. Chin J Curr Adv Gen Surg, 2023, 26(9): 734-737. (in Chinese)
- [2] 刘华,张小田.乙状结肠癌并发恶性肠梗阻处理的临床决策讨论[J].中国肿瘤临床,2022,49(9):467-473.
LIU H, ZHANG X T. Clinical decision making in the management of sigmoid carcinoma complicated by malignant obstruction[J]. Chin J Clin Oncol, 2022, 49(9): 467-473. (in Chinese)
- [3] 中国医师协会外科医师分会,中国医师协会外科医

- 师分会肿瘤外科医师委员会, 中国医师协会外科医师分会多学科综合治疗专业委员会. 恶性肿瘤相关急腹症多学科管理中国专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2020, 23(5): 421-437.
- Chinese Medical Doctor Association Surgeons Branch, Chinese Medical Doctor Association Surgeons Branch Oncology Surgeons Committee, Chinese Medical Doctor Association Surgeons Branch Multidisciplinary comprehensive treatment professional committee. Chinese expert consensus on multidisciplinary management of malignant tumor-associated acute abdomen[J]. Chin J Gastrointest Surg, 2020, 23(5): 421-437. (in Chinese)
- [4] 陈建曙. 老年梗阻性乙状结肠癌与高位直肠癌应用两种肠造口术的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2018, 13(35): 19-21.
- CHEN J S. Observation on efficacy of two kinds of enterostomy applied for elderly obstructive sigmoid colon cancer and high rectal cancer[J]. China Pract Med, 2018, 13(35): 19-21. (in Chinese)
- [5] 柯梦, 喻学桥, 江从庆, 等. 国内结肠造口术和回肠袢式造口术对老年乙状结肠癌、直肠癌的临床疗效的 Meta 分析[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2019, 8(1): 42-49.
- KE M, YU X Q, JIANG C Q, et al. Clinical efficacy of leal loop colostomy surgery vs colostomy in sigmoid colon cancer and rectal cancer: a Meta-analysis[J]. Chin J Colorectal Dis Electron Ed, 2019, 8(1): 42-49. (in Chinese)
- [6] 丁炎明. 造口护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [7] 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)
- [8] 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)
- [9] 魏敏, 金莉, 季怡虹. “伤口感染临床实践: 最佳实践原则(2022)” 解读[J]. 创伤外科杂志, 2023, 25(6): 408-412.
- WEI M, JIN L, JI Y H. Interpretation of wound infection in clinical practice: best practice principles (2022) [J]. J Trauma Surg, 2023, 25(6): 408-412. (in Chinese)
- [10] 白峻阁, 王哲学, 杨明, 等. 腹腔镜直肠癌低位前切除术经预防性回肠造口部位取标本的可行性及对造口还纳的影响[J]. 结直肠肛门外科, 2023, 29(5): 443-448, 454.
- BAI J G, WANG Z X, YANG M, et al. Feasibility of extracting specimens from the site of preventive ileostomy and its impact on stoma retraction of laparoscopic low anterior resection for rectal cancer[J]. J Colorectal Anal Surg, 2023, 29(5): 443-448, 454. (in Chinese)
- [11] 郑洪伶, 蒋璐, 苏琼. 国际伤口感染研究所 2022 版《临床实践中的感染伤口: 最佳实践原则》中伤口感染风险评估、识别和诊断内容解读[J]. 护理研究, 2023, 37(15): 2665-2672.
- ZHENG H L, JIANG L, SU Q. Interpretation of wound infection risk assessment, identification and diagnosis in “Wound infection in clinical practice: principles of best practice (2022 edition)” by the International Wound Infection Institute[J]. Chin Nurs Res, 2023, 37(15): 2665-2672. (in Chinese)
- [12] 韦娟, 芦婷, 牛晓萍. ARC 造口更换流程在泌尿造口刺激性皮炎中的应用效果[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27(9): 43-45.
- WEI J, LU T, NIU X P. Application effect of ARC stoma replacement process in irritant dermatitis of urostomy [J]. Contemporary Nurses (Last ten days), 2020, 27(9): 43-45. (in Chinese)
- [13] 杨赞, 李莉. 造口粉联合皮肤保护膜多次使用在造口周围皮肤损伤中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(7): 115.
- YANG Y, LI L. Application of ostomy powder combined with skin protective film in treating skin injury around the stoma [J]. Electronic Journal of Practical Clinical Nursing, 2020, 5(7): 115. (in Chinese)
- [14] 刘武莲, 周育望, 王桂兰, 等. 藻酸盐敷料联合针对性护理对肠造口手术后发生造口皮肤黏膜分离的影响[J]. 中国当代医药, 2024, 31(14): 166-170.
- LIU W L, ZHOU Y W, WANG G L, et al. Effect of alginate dressing combined with targeted care on the separation of stoma skin and mucosa after enterostomy surgery[J]. China Mod Med, 2024, 31(14): 166-170. (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。