

大肠造口近期并发症的预防及护理

付群春

(江西医学院第二附属医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨结肠造口术后造口的护理要点及其临床意义。方法:通过对 132 例结肠造口的临床护理和观察,早期发现造口并发症并进行处理。结果:132 例造口,住院期间出现并发症者 34 例,并发症发生率为 25.7%。主要并发症为造口粘膜水肿 18 例,造口坏死 1 例,造口回缩 3 例,造口肠管脱出 1 例,造口周围皮炎、皮疹 7 例,造口周围皮下血肿 4 例。上述并发症经及时处理后除 1 例造口坏死和 2 例造口回缩者再次手术治疗,其余患者造口良好出院。结论:结肠造口早期并发症发生率较高,加强造口的临床护理,及时发现和处理,是减少并发症的重要措施。

关键词:结肠;造口;并发症;护理;预防和控制

中图分类号: R 619.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0037-02

随着直肠癌基础和临床研究的不断发展,保留肛门的术日臻成熟,但仍有相当部分低位直肠癌患者需行永久性结肠造口,给患者日后生活带来极大不便。对肠造口的护理及并发症的预防日益受到人们重视。我科自 1999 年 1 月~2004 年 12 月因各种原因行结肠造口 132 例。现就其早期并发症的预防及护理措施探讨如下。

1 一般资料

本组共 132 例,均为手术治疗。其中男性 72 例,女性 60 例;中位年龄 52.7 岁;单口造瘘 118 例,双口造瘘 14 例。其中低位直肠癌(癌肿距肛缘 2~3cm)89 例,直肠肛管癌 24 例,直肠癌致急性肠梗阻 10 例,外伤性直肠损伤 7 例,直肠阴道漏 2 例。132 例手术中,MiLe's 术 82 例,Hartmann 术 24 例,因肿瘤广泛扩散而行单纯结肠造口者 26 例。

2 围手术期护理

2.1 术前护理准备 术前护理准备包括术前对患者心理健

要发病因素^[1];此外笔者还认为机体对退变的椎间盘及骨质增生的失代偿亦是发病的主要原因之一。

5.2 关于疗效的机理探讨 首先,椎管外软组织无菌性炎症引起的疼痛可导致肌肉痉挛,持续的肌肉痉挛又可以进一步导致软组织缺氧、缺血,释放致痛炎性物质,使疼痛加剧,形成了疼痛与肌痉挛之间的恶性循环;针刀松解治疗,可以有效地阻断因软组织无菌性炎症引起的疼痛与因疼痛引起的肌紧张的恶性循环,达到镇痛的效果;其次,针刀治疗通过闭合性松解粘连及对一些肌肉、韧带的高应力点松解,能有效地改善脊柱两旁肌肉和韧带的紧张和痉挛,恢复脊柱的稳定性,改善椎间孔的形态结构^[4],减轻神经根受到的压迫和刺激。

针刀治疗是一种闭合性的微创治疗,这种微小的破坏性治疗能有效地激发和促进机体的康复机制和代偿能力,使机体能很好地适应退变的椎间盘和增生的骨质,从而达到消除临床症状的目的^[5];笔者认为针刀闭合性松解颈椎小关节,能很好地激发人体的代偿功能,是针刀治疗神经根型颈椎病的关键所在;颈椎椎间关节是一种摩动关节,其关节囊较为松弛,关节囊有丰富的痛觉感受器,关节囊和囊内、囊外韧带还有本体感觉感受器,这对于调节关节内压力和关节运动有重

心宣教造口的目的和必要性,使患者能从思想上完全接受;(2)造口的部位和方法;(3)造口材料的选择,必要时可向患者实物示教粪袋的使用方法;(4)造口的护理和观察,尤其要向病人反复如实说明造口后短期不能控制大便,需 3~6 个月后经认真护理可以形成有规律的排便习惯,并不影响患者的生活、工作及社交活动,以树立患者生活的信心。术前肠道准备:术前良好的清洁肠道,是降低术后造口部分近期并发症的措施之一。我们常规于术前 3d 口服肠道抗生素,如氟哌酸胶囊 2 片 tid 或甲硝唑片 2 片 tid。术前 3d 可进半流饮食。术前 1d 下午 3 时口服 20%甘露醇 250mL,0.5h 后同时口服 5%葡萄糖 500~1 000mL。1h 左右可出现腹泻,反复 5~6 次,直至排出物为清亮液体为止。晚上 9 时口服安定片 4mg。上述肠道清洁方法,应在术前 1d 下午进行,不应在晚上口服,以免频繁的腹泻影响患者的休息。我们体会到,口服 20%甘露醇进行肠道清洁,不需要长时间的饮食限制,且具有导泻迅速、排空彻底等优点,但是,由于腹泻剧烈、腹泻量大,要注

大意义,囊感受器的刺激能引起头颈位置和运动的改变,颈椎椎间关节的感觉神经主要来源于脊神经返支及后跟支的内侧支^[6];针刀闭合性松解颈椎小关节,能很好的调整关节囊内外压力,解除脊神经返支及后支内侧支的嵌压,有助于神经机能的恢复,促进机体自身的调整和康复;此外,针刀松解颈椎小关节后辅以颈托固定,有助于椎间孔形态的产生微小变化,而口服对证的中药,能调整人体整个机能状态,使人体对针刀治疗产生良好的机体反应。

5.3 针刀疗法的优越性 临床观察,针刀治疗神经根型颈椎病,具有疗程短,见效快,可重复性强,节省诊疗时间等诸多优点,为临床治疗该病症增添了一种新的治疗手段,丰富了传统的保守疗法。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994.186
[2]朱汉章.小针刀疗法[M].北京:中国中医出版社,1992. 92~99
[3]宣蛰人. 软组织外科理论与实践[M].北京:人民军医出版社,1994. 265~268
[4]黄枢.中国针法微型外科学[M].北京:科学出版社,1998. 140~150
[5]朱汉章. 针刀医学原理[M]. 北京:人民卫生出版社,2002. 207~212
[6]杨克勤. 脊柱疾患的临床与研究[M].北京:北京出版社,1994. 527

(收稿日期: 2005-06-12)

意患者有无脱水现象,注意补充水分,对老年患者更应警惕;对有不全肠梗阻的患者,口服甘露醇也应该慎重,因为剧烈的腹泻有可能导致急性肠梗阻的发生。此时可在术前 3d 进少渣半流饮食,并口服石蜡油或番泻叶等缓泻剂或术前 2d 开始口服 33%硫酸镁 30~50mL。同时严密观察患者腹部情况,及时发现可能出现的肠梗阻及时处理。

2.2 术后护理 术后护理主要内容是肠造口的护理。术后第二天开始,应每天 2 次观察造口肠段的情况,重点观察的内容为:(1)造口肠粘膜血运、色泽,重点观察肠粘膜有无水肿、粘膜有无发黑、有无光泽等缺血、坏死情况;(2)造口肠段的长短,有无造口内陷或脱出;(3)造口周围皮肤有无潮红,皮疹及皮下血肿等情况;(4)开始使用粪袋,并教会患者如何正确使用造口材料;(5)及时清除造口周围的分泌物。

3 结果

本组 132 例造口者,住院期间出现并发症者 34 例,并发症发生率为 25.7%。主要并发症为造口粘膜水肿 18 例,造口坏死 1 例,造口回缩 3 例,造口肠管脱出 1 例,造口周围皮炎、皮疹 7 例,造口周围皮下血肿 4 例。上述并发症经处理后除 1 例造口坏死和 2 例造口回缩者再次手术治疗,其余患者造口良好出院。

4 讨论

各种原因需行结肠造口的患者,在治疗前后要面临身体形象方面的多种调整^[1]。一个好的造口,不仅有利于患者进行粪便管理,而且有利于患者保持良好的心理状态,提高患者的生存质量。结肠造口的目的是使粪便改道,分永久性和暂时性造口 2 种。永久性肠造口多用于:(1)低位直肠癌或肛管癌根治性切除者;(2)晚期直肠癌肿不能切除者。暂时性肠造口多用于:(1)肛门、直肠或结肠严重损伤;(2)急性结肠梗阻,不允许行结肠一期吻合者;(3)某些结肠良性病变如直肠阴道漏准备手术时,亦可先作结肠暂时造口术,让其远端肠道休息准备。肠造口术虽然是一个不复杂的手术,但常可因手术操作和术后护理不当,导致术后早期并发症的出现,给患者造成心理上的创伤。有作者报导造口后早期并发症得发生率为 21%~41%^[2]。本组并发症发生率为 25.7%。

4.1 造口并发症发生时间 本组 34 例造口并发症均在患者住院期间发生。其中术后 1~3d 内多发生造口粘膜水肿、出血、坏死等,4~7d 内多出现造口脱出,周围皮下血肿,造口回缩,并由于有稀便流出而造成造口周围皮肤炎症。并发症出现后,一方面可增加患者的住院时间和费用,更重要的是可

能增加患者的心理负担,部分患者甚至因此而丧失生活的信心。本组 1 例造口周围炎症者,皮炎经久不愈而拒绝治疗和进食,经认真说服和积极治疗后才消除了患者的顾虑。因此,我们体会到,对一个造口患者,首先应从心理上靠近他,不能嫌弃,要从心理上 and 身体上体贴关心患者。还可以请曾有过结肠造口经历的患者谈谈其术后的适应过程,表明造口术后完全可以象常人一样生活和工作,甚至参加旅游及适当的体育活动等,从而使其树立生活信心,消除心理上的压力,积极配合治疗。同时还应强调每天随同医师查房,共同观察造口情况,发现问题及时处理。

4.2 造口并发症发生的原因及预防 术前应向医生了解患者有关拟行的手术及结肠造口的情况,比如造口是单袢还是双袢,造口目的和位置是永久性造口还是暂时性造口。这对于及时发现造口的并发症和判断出现并发症的原因有积极的意义。本组并发症发生的原因,除和医生技术操作有关外,和护理是否仔细也密切相关。例如对于肥胖病人,发生造口内陷可能性大,所以应鼓励患者术后早期下床活动,促进肠功能的尽早恢复,避免术后腹胀;双腔造口时作支持用玻璃棒不要拔除过早,以免发生造口肠段回缩;早期患者可能经常有稀便流出,要加强造口周围皮肤护理,以免发生造口周围皮肤的炎症。同时还要教会患者正确使用造口袋,教会患者及家属如何更换造口袋和清洁造口周围皮肤的方法,熟悉保护切口敷料不受污染和保持切口干燥的技巧。粪袋使用不正确,也是造成皮肤炎症的原因之一。如造口周围有血肿,应及时拆开缝线,引出血液,防止造口周围脓肿形成。对于造口粘膜水肿、出血者,应查找原因,我们认为是多数是由于造口粪袋使用不当引起,尤其是使用二件式粪袋,由于橡皮对造口粘膜的反复摩擦,更易引起造口肠管粘膜的水肿和出血。

4.3 重视出院后的造口护理 患者出院后,应建立随访卡,定时和病人取得联系,指导患者及时发现和正确处理造口出现的异常情况。有条件者,可组织造口患者集中学习,集中指导。尤其要指导患者养成良好的生活和饮食习惯,鼓励患者参加一般的社会活动,以树立患者战胜疾病的信心。

参考文献

[1]黎蔚华,董丽婷.造口访问初探[J].解放军护理杂志,1999,16(2):35~36
[2]李云华,刘新平,陈丽霞,等.肠造口的护理体会[J].中国肛肠病杂志,1994,2(1):43

(收稿日期:2005-05-30)

(上接第 27 页)的患者,宫腔镜手术则避免了开腹手术,减轻了病人痛苦而取得良好效果,对于年轻希望保留子宫或尚有生育要求的患者,以及年老有内科合并症,不能耐受长时间开腹手术打击的患者,均可选用此术式。且本文随访 30 例患者均无复发及并发症。

4.2 宫腔镜下诊断尚有一定的局限性,镜下子宫内膜增生过长时,呈台状或息肉状隆起,表面光滑、不透明,与镜下子宫内膜息肉难以鉴别,本组就有 1 例此类患者。鉴于此,我们认

为手术切除组织标本应全部行病理学检查,这样既能明确诊断,又能排除或发现组织恶变,为进一步治疗提供依据。

4.3 宫腔镜手术在妇科领域用途广,疗效明确,安全性高,值得推广。

参考文献

[1]甘晓卫.宫腔镜子宫纵隔剪开术 41 例分析[J].现代妇产科进展,2003,12(5):691
[2]夏恩兰.妇科内镜学[M].北京:人民出版社,2001.139

(收稿日期:2005-03-09)