

1 例高龄乙状结肠穿孔术后结肠造口并发皮肤黏膜分离患者的护理

邵玲玲

无锡市第八人民医院，江苏无锡，214000；

摘要：本文总结 1 例 88 岁肠造口术后伴造口皮肤黏膜分离患者的护理经验。针对该患者术后出现的造口粘膜与皮肤分离、造口周围皮肤潮湿性皮炎等并发症采取了一系列护理措施。病人经 9 天的精心治疗与护理，病情好转后出院，门诊随访病情稳定，造口周围皮肤愈合良好。

关键词：高龄；围术期护理；造口护理；营养支持

DOI：10.69979/3029-2808.25.11.047

联合国 2022 年发布的《世界人口展望》中指出，2050 年 65 岁以上老年人将占总人口数的 16%^[1]。随着我国人口老龄化，加之麻醉医学与腹部手术技术的发展，腹部手术适应证越来越广，接受腹部手术治疗的老年人群越来越多^[2]。而乙状结肠穿孔是临床常见的急腹症之一，多由结肠憩室炎、肿瘤、外伤等因素引发，以突发性腹痛、腹胀及腹膜刺激征为主要表现，若诊治不及时可进展为弥漫性腹膜炎、感染性休克，严重危及患者生命^[3]。研究显示，高龄结直肠手术患者术后感染、肠粘连、造口并发症等发生率可达 30%-50%，尤其对于合并造口术的患者，造口护理质量直接影响预后。无锡市第二人民医院南院区于 2025 年 06 月 15 日收治 1 例高龄乙状结肠穿孔急诊行降结肠造口术的病人，围术期运用综合康复护理理念，积极治疗造口并发症、结合营养支持等治疗方案，促进患者康复，病情稳定后出院，现报道如下。

1 病例资料

患者蒋某，男，88 岁，因“下腹胀痛 20 小时”于 2025 年 6 月 15 日由急诊入院。增强 CT 检查提示：乙状结肠穿孔。入院后在急诊全麻下行腹腔镜下乙状结肠切除+降结肠造口术。术后综合运用多种康复护理技术促进病情康复的护理模式，术后第 5 天更换造口袋时发现造口 4~6 点方向皮肤有 0.5cm×1cm 破溃造口粘膜与皮肤分离，造口周围有少量白色渗液，导造口周围皮肤发生潮湿性皮炎约 0.5cm×2cm，经造口治疗师会诊后给予患者造口水胶体敷料及藻酸盐敷料治疗，第 7 天增加造口换药频次，2 天/次。第 9 天经三次护理后好转后出院。

同时，病人在造口专科门诊随访 1 次/周，进行造口评估、换药。后 2 周门诊复查造口周围皮肤恢复正常。

2 护理

2.1 造口局部评估

术后第 1 天建立造口档案，根据 DET 总分为 0 分，记录造口类型为降结肠造口，大小 2.5cm×2.5cm，突出皮肤 0.5cm，黏膜呈正常红润色，造口袋内出现少量淡血性分泌物，周围皮肤完整无浸渍，选用一件式平面造口袋贴合固定。

2.1.1 造口周围潮湿性皮炎的护理

术后第 5 天更换造口袋时，发现造口周围 0.5cm×2cm 范围内皮肤轻度发红、无水肿，造口底盘有 1/4 处被浸渍，DET 总分：8 分。更换造口袋时使用黏胶去除剂轻柔去除底盘，避免皮肤受到二次损伤。使用纯水湿巾由外向内清洁造口周围皮肤及造口，清洁干净后保持造口周围皮肤干燥。立即予造口粉及造口保护剂分 3 次叠加使用，可以有效吸收排泄物，减轻皮肤造口周围皮肤所受的刺激，保护造口周围皮肤。使用再使用 4.2mm 厚度的造口防漏圈二次保护造口周围皮肤，最后黏贴造口袋，关闭排放控。出院时皮肤颜色见好转，造口周围皮肤发红缩小约 0.5cm×1cm，DET 总分：2 分。2 周后门诊换药时，皮肤颜色好转，造口处皮肤愈合。

2.1.2 造口黏膜与皮肤分离的护理

术后第 5 天护士更换造口袋时发现造口粘膜与皮肤部分分离，请造口治疗师会诊，使用纯水湿巾由外向内彻底清洁造口周围皮肤及造口，用签轻柔地探测患者肠造口发现 4~6 点方向皮肤有 0.5cm×1cm 破溃造口粘膜

与皮肤分离,创面可见白色的坏死组织,并有渗液透出。经造口治疗师会诊后给予患者造口分离处填塞藻酸盐敷料,持续、有效释放银离子杀菌、抑菌,银离子与藻酸盐结合,抗菌同时管理渗液,形成凝胶保护神经末梢减轻疼痛,提供湿性愈合环境。皮肤上面贴水胶体辅料,使创面与周围皮肤尽量保持相平,水胶体大小根据需要剪用,与造口连接处剪成圆形,水胶体大于分离伤口四周 2~3cm,利于固定在皮肤上,水胶体有高弹性、易贴住不易脱落等优点,可在创面上形成一个相对密闭的环境,既可避免大便污染,又可提供湿性愈合环境,促进肉芽组织生长。选用凸面底板、两片式的造口袋和造口腰带。指导患者家属及时处理排出的粪液,2 天换药 1 次,创面污染时随时换药,1 周后换药时,患者造口黏膜皮肤分离处好转缩小约 0.5cm×0.5cm,可见有粉色新生肉芽组织,2 周后门诊复查造口黏膜分离处已愈合。

2.1.3 全病程管理

全病程管理模式是一种新型健康模式,能让医患关系更加紧密,增加患者依从性,提高生活质量。术后第 1 天:教会家属如何排空造口袋。术后第 2 天:指导患者及家属换袋流程,观看更换视频、发放造口护理包及手册,关注微信号。术后第 3 天:护士更换造口袋,家属部分参与。术后第 5 天:家属更换造口袋,护士协助更换。术后第 7 天:家属独立更换造口袋,责任护士评估造口自我护理能力。出院时指导,告知门诊复诊时间,建立造口患者登记本。宣教造口常见并发症识别及护理。告知患者及家属出院后一周内电话随访、出院后一周造口门诊随访、出院后一个月普外科门诊随访。出院居家期间通过互联网+协作,为患者延续院内护理工作。使造口患者及照护者掌握造口相关知识和护理技术,提高肠造口患者自我管理能力,降低并发症发生率,改善肠造口患者生活质量,帮助肠造口患者尽早回归家庭和社会。

2.2 营养支持

患者高龄,术后营养支持治疗尤为重要。术后第 1 天肠功能尚未恢复,需优先选择肠外营养支持。第一时间由专科护士联合营养师、外科医师、药剂师组建营养管理团队,遵循营养五阶梯模式。(1)患者术后 1 天营养风险筛查(NRS2002)评分为 6 分,检查显示白蛋白 36.8g/L,前白蛋白 0.14g/L,提示轻中度营养不良,根

据医嘱补充白蛋白 10g/天,选用结构脂肪乳(20%)氨基酸(16)葡萄糖(13%)注射液 1206ml 配合丙氨酰谷氨酰胺注射液保护肠黏膜静脉滴注 q 天,用输液泵将肠外营养液通过中心静脉导管 12~14h 匀速输入以补充机体所需营养,促进伤口愈合。(2)术后 4 天检验结果示白蛋白:34.8g/L,遵医嘱改为流质饮食后,每日计算热量摄入,目标 1500kcal/天,指导患者进食高蛋白如蛋羹、鱼肉汤、高纤维蔬菜汁食物,监测体重变化在 51.0kg~51.5kg,体重稳定。(3)术后 9 天白蛋白升至 37.0g/L,营养风险筛查(NRS2002)下降至 4 分,营养状况改善。(4)落实肠外营养通道维护,预防导管堵塞、导管相关性血流感染并发症的发生。每 4h 进行导管冲管,输液过程中注意观察滴速,避免导管打折。每天评估导管功能良好性,观察穿刺点及周围皮肤,定期更换导管敷贴。(5)出院时指导患者餐间口服能全素营养制剂,3 次/天,补充热量 400~600kcal/天。指导食用鸡肉、鱼肉、蛋类等优质蛋白,麦片、糙米谷类、果蔬等富含膳食纤维的食物,促进肠道蠕动,保证患者每日能量达到推荐能量。

2.3 深静脉血栓预防

患者术后 1 天,Caprini 评分为 9 分,血 D-二聚体:1.99ug/ml,在无抗凝禁忌证情况下一般需要抗凝治疗,而深静脉血栓重在预防。术后 6 小时开始予依诺肝素钠注射液 2000AxaIU 皮下注射 qd,注射部位选择双上肢上 1/3 处,轮换注射点避免皮下淤血。术后第二天至出院遵医嘱继续予依诺肝素钠注射液 4000AxaIU 皮下注射 qd 预防静脉血栓。每日评估双下肢观察无肿胀、疼痛。术后 2 小时 FAS 判定为 B 级,予抬高床头 30°;术后 6 小时指导患者进行踝泵运动每天 3~4 次,每次 20~30 组,每个动作保持 3~5s,卧床时抬高双下肢 15°促进回流;指导患者家属 2 小时/次翻身活动;术后第 2 天,护理人员协助患者完成起床三部曲:平躺 3min、坐起床边 3min、床边站立 3min,并在旁保护,防止跌倒,跌倒风险评估为高风险,予床栏防护、家属陪伴。患者自主床上活动时间延长至每次 5 分钟,以“造口友好”方式上下床,此阶段加入坐位下的轻微躯干旋转运动,左右各 5 次,动作缓慢轻柔,避免造口部位过度牵拉,兼顾活动安全性与腹部功能恢复。术后 3 天起患者可家属搀扶床边活动 5min,2 次/天,逐步增加到 10min。术后 5 天,患者能独自下床到病房厕所走动,每次平地行走 80m 左

右。同步开展站立位腹部放松训练：双手轻放造口两侧，缓慢深呼吸时配合腹部自然扩张与收缩，每次行走后进行，每组10次，以促进肠道蠕动。术后1周起，患者开始走廊活动100m，2次/天；患者出院Caprini评分为5分，血D-二聚体：0.5ug/ml，住院期间未发生下肢静脉血栓。

2.4 呼吸道管理

感染是老年多器官功能不全综合征的首位诱因，占发病诱因中的73.1%，其中肺部感染最多，高达38.1%。患者术后第1天痰液黏稠，咳痰无力，听诊肺部有痰鸣音。俯卧位通气是一种安全、简单且具有成本效益的技术，可以改善患者氧合，但本例患者因肠造口不适宜使用俯卧位通气策略，因而在呼吸道管理方面给予患者翻身拍背，2次/天；取坐位或侧卧位以100-200次/分的频率，由下至上、由外至内叩击患者背部；配合雾化吸入布地奈德混悬液2ml+异丙托溴铵溶液0.5mg雾化吸入治疗每日2次；指导患者行“造口友好”方式咳嗽：取坐位，先进行深而慢的腹式呼吸5-6次，再经鼻深吸一口气，屏气3-5秒，身体前倾，从胸腔内进行2-3次短促有力的咳嗽，咳嗽时腹部肌肉收紧的同时用手握住造口区，避免腹内压增高，帮助痰液咳出。围术期给予患者经鼻吸氧，进行缩唇呼吸、吹气球等呼吸训练。术后第7天听诊患者肺部痰鸣音好转，遵医嘱停雾化吸入。患者住院期间未发生肺部感染。

2.5 给予心理护理，树立病人信心

患者急诊入院手术，由于术后对于肠造口知识缺乏，主诉“担心生活不便”、预后未知等因素给病人带来极大的恐惧。护理人员采用倾听、共情等沟通技巧，用图片对比说明造口护理效果，介绍成功案例，减轻其心理负担。同时对家属进行培训，指导如何给予情感支持，如鼓励性语言、协助造口护理。术后邀请造口治疗师进行一对一咨询，解答患者关于造口护理、预后的疑问，发放图文并茂的康复手册，明确标注日常活动如洗澡、散步的注意事项。扫描二维码观看造口袋更换视频，传递更丰富、生动的信息，使患者及家属更好的理解造口更换流程，减少患者及家属焦虑。给予积极的情绪鼓励，正视造口术和腹部造口，解释造口的必要性，同时该患者的造口离腹部切口较近，做好更换造口袋及保护造口周围皮肤注意事项的相关宣教。更换造口袋时，注意保

护患者隐私，以免患者有抵触、害羞等不良情绪。患者出院时已能接受造口存在现实，具有良好的心态。

2.6 健康宣教

护士进行造口周围皮肤护理操作时，指导患者或家属进行参与性操作，待患者或家属掌握基本操作要领后，让其亲自操作，护士在旁指导，及时给予纠正，直到能充分熟练掌握；做到饮食均衡：多食蔬菜水果，可食用酸奶来调节肠道菌群。避免食用辛辣刺激、不易消化、易产气的食物；注意劳逸结合，避免提重物，及时治疗慢性咳嗽，同时防止便秘，防止腹内压增高引起造口脱垂等并发症。出现可疑情况，应立即到医院检查处理；制定家庭康复计划：每周通过门诊随访1次，及时解决康复中的问题。

3 小结

综合康复护理可以缓解紧张、焦虑、恐慌不安等负面情绪，促进营养物质的吸收合成，继而改善患者术后胃肠功能，促进患者康复。皮肤黏膜分离是肠造口术后常见并发症之一，根据患者的现状，实施针对性护理干预过程中加强对造口、伤口周围情况进行密切观察，可充分了解造口皮肤黏膜分离情况，继而有助于避免在处理伤口时破坏肠黏膜及正常组织，不仅可避免伤口扩大而增加造口渗液量，还可以彻底清理造口渗液，避免渗液影响伤口愈合，为肉芽生长创造良好条件，继而进一步促进伤口快速愈合。患者住院经精心治疗护理及术后两周门诊及互联网+护理顺利康复。高龄患者围术期管理需以伤口愈合为核心，整合营养、血栓预防、呼吸支持、心理干预及阶梯式康复，同时强化家属协作与延续护理，是保障疗效的关键。未来应关注如何促进患者进一步恢复，尽早回归到社会生活中去。

参考文献

- [1]和明杰. 中国与世界人口老龄化进程及展望对比研究[J]. 老龄科学研究, 2023, 11(12): 36-51.
- [2]韩旭亚, 姜虹, 吕丹, 等. 基于护士主导的衰弱全程管理对老年腹部手术病人干预效果的研究[J]. 护理研究, 2021, 35(12): 2121-2127.
- [3]朱媛媛, 周晓梅, 沈丽, 等. 基于全病程管理理念的支持性照顾模式在肠造口患者中的应用[J]. 交通医学 2024, 38(3): 303-306.