

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揭除底盘, 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,继而对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.