

特殊肠造口患者造口袋更换方法的改进

罗洋¹, 代艺², 李芬¹

Improvement of replacing ostomy bags for special colostomy patients Luo Yang, Dai Yi, Li Fen

摘要:目的 改进造口袋更换方法,以提高回肠造口、襻式造口和水肿造口三类特殊造口患者的维护效果。方法 将行临时性或永久性肠造口术患者 77 例随机分为对照组 39 例和观察组 38 例。对照组采取常规方法更换造口袋,观察组采取改进方法更换造口袋,即调整涂抹防漏膏、套入造口袋和清洁皮肤的顺序。比较两组术后 9 d 内粪水性皮炎发生率、造口底盘渗漏率和造口袋更换用时。结果 观察组术后 9 d 内粪水性皮炎发生率显著低于对照组,术后第 3 天和第 6 天造口底盘渗漏发生率显著低于对照组(均 $P < 0.05$),但观察组术后第 1 天、第 3 天和第 6 天造口袋更换时间显著长于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 采取改进的造口袋更换方法对特殊造口进行维护,有利于减少造口底盘渗漏,降低粪水性皮炎的发生。

关键词:回肠造口; 襻式造口; 水肿造口; 特殊造口; 更换造口袋; 粪水性皮炎; 造口维护; 造口护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.17.039

造口维护是评估造口情况,保持造口及周围皮肤清洁,避免造口并发症的发生,提高造口患者术后生活质量的一项重要技术,其中更换造口袋是造口维护的主要内容。肠造口维护不当会导致肠造口周围皮肤损伤^[1],甚至造成造口黏膜分离等严重并发症,增加患者的身心痛苦和经济负担。目前临床更换造口袋多采用“一揭二擦三检查,四量五剪待干燥,六撒七抹八上膏,九贴十封快捂牢”的方法^[2]。但对于回肠造口、襻式造口和水肿造口等特殊造口患者,因造口排泄物(或分泌物)过多或造口形状原因,常规造口维护方法常难以达到满意效果。鉴此,笔者尝试对 38 例特殊造口患者在常规造口维护方法的基础上,改进造口更换方法,即调整涂抹防漏膏、套入造口袋和清洁皮肤的顺序,取得了较满意的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 5 月至 2019 年 1 月我院肿瘤中心腹部肿瘤术后临时性或永久性肠造口患者为研究对象。纳入标准:①择期手术的特殊造口,包括回肠造口、襻式造口和水肿造口;②知情同意参加本研究。排除标准:①造口回缩或造口周围皮肤有凹陷;②术后第 1 天造口周围 10 cm 内皮肤有破损或皮炎;③对本研究所使用的造口用品过敏。共纳入患者 78 例,根据入院编号奇偶数采取计算机随机数字表法分为两组各 39 例,观察组 1 例因术后 9 d 内出院剔除,最终观察组 38 例和对照组 39 例完成本研究。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 造口维护方法

两组均于肠造口术后第 1 天、第 3 天、第 6 天为患者更换造口袋,造口袋更换均由同一名具有丰富经

验的造口护理师完成。两组均使用一件式造口袋(康维德施贵宝 22771 型号)、防漏膏(康乐保 12050 型号)、造口粉(康乐保 1907 型号)及皮肤保护膜(康乐保 62041 型号)。两组造口袋更换方法具体如下。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	造口类型(例)		
		男	女		回肠造口	襻式造口	水肿造口
对照组	39	23	16	61.9 ± 5.8	30	28	7
观察组	38	22	16	62.5 ± 6.0	32	26	9
χ^2/t		0.009		-0.428	0.652	0.105	0.385
<i>P</i>		0.923		0.670	0.420	0.746	0.535

1.2.1.1 对照组 采用常规方法更换造口袋^[2]:①协助患者取舒适卧位,在造口处由上向下(造口袋开口方向为下)撕离造口袋底盘;②用湿巾清洁造口及周围皮肤;③观察造口及周围皮肤;④使用造口测量尺测量造口大小、形状;⑤用弯剪修剪造口底盘;⑥待周围皮肤自然干燥;⑦在造口周围撒造口粉,用棉签抹匀并清除多余的造口粉;⑧使用造口保护膜保护皮肤,涂搽面积 \geq 底盘面积;⑨造口周围涂一圈防漏膏;⑩撕去底盘粘贴面上的保护纸,并粘贴造口底盘;⑪用封口条封好造口袋排便口;⑫双手搓热后以空心握拳状按压底盘 5 min。

1.2.1.2 观察组 在对照组基础上,调整步骤⑦~⑪的顺序,并对每个步骤适当增改,具体如下:①~⑥同对照组;⑦剪断造口袋 3 点和 9 点方向的造口底盘保护纸(设造口袋外口开口方向为 6 点),勿揭除保护纸;⑧用封口条封好造口袋排便口,并将造口底盘套入造口;⑨轻轻掀起造口底盘,使用棉签清洁底盘下造口周围皮肤,清除多余的分泌物或粪水;⑩在造口周围撒上造口粉,用棉签抹匀并清除多余的造口粉;⑪使用皮肤保护膜,保护皮肤,涂搽面积 \geq 底盘面积;⑫沿造口袋 3~9 点方向,在造口周围涂抹半圈防漏膏,揭除造口底盘 3~9 点侧保护纸,并将底盘黏贴于皮肤。后沿造口袋 9~3 点方向,在造口周围涂抹另外半圈防漏膏,并同理粘贴另一侧底盘。涂抹防漏膏时,以防漏膏能填满造口袋内口与造口之间的缝隙为

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 肿瘤中心 2. 护理部(湖北 武汉,430022)

罗洋:男,硕士在读,护师

通信作者:代艺,337557242@qq.com

收稿:2019-03-05;修回:2019-05-12

宜,可使用湿润的棉签涂抹;⑬双手搓热后以空心握拳状按压底盘 5 min。

1.2.2 评价方法 收集两组术后 9 d 内的以下指标:①造口周围粪水性皮炎。每次进行造口维护时评估患者造口周围皮肤情况,采用造口周围皮肤评估工具(DET)^[3]评估患者造口周围的皮肤情况,若 DET>0 分,则遵照 AIM 造口周围皮肤护理指南中的可视症状进行对比,判断患者皮炎发生是否因接触粪便引起,若是,则判断该患者造口周围粪水性皮炎阳性^[3]。②造口袋更换用时。分别于术后第 1 天、第 3 天和第 6 天进行造口维护时,从造口袋修剪完成后

开始,计时到用手以空心握拳按压底盘前结束。③造口底盘渗漏发生率。分别于术后第 3 天、第 6 天和第 9 天在撕离造口底盘后,观察到造口底盘防漏膏外沿或底盘上是否有粪水(便),如有则为造口底盘渗漏。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件进行 χ^2 检验、Fisher 精确概率法及独立样本 *t* 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

两组粪水性皮炎、造口底盘渗漏发生率及造口袋更换用时比较,见表 2。

表 2 两组粪水性皮炎、造口底盘渗漏发生率及造口袋更换用时比较

组别	例数	粪水性皮炎 [例(%)]	造口底盘渗漏[例(%)]			造口袋更换用时(min, $\bar{x}\pm s$)		
			术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 6 天	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 6 天
对照组	39	10(25.64)	2(5.13)	12(30.77)	15(38.46)	9.46±0.79	13.74±1.43	15.01±2.03
观察组	38	3(7.89)	1(2.63)	4(10.53)	6(15.79)	13.47±1.45	15.84±1.60	16.61±1.60
χ^2/t		4.319	—	4.791	4.988	-15.048	-6.071	-3.849
<i>P</i>		0.038	1.000*	0.029	0.026	0.000	0.000	0.000

注:* Fisher 精确概率法。

3 讨论

回肠造口患者常于空腹或饭后 2~4 h 更换造口袋,以避免回肠造口排泄的高峰期。或采取将防漏膏涂在造口底盘上的方法,清洁造口周围皮肤后快速粘贴造口袋。但上述措施对造口排泄的量和维护者的速度要求苛刻,更多时候造口维护的实际情况是复杂多变的。襻式造口因有支撑管,造口底盘在穿过支撑管时调整困难。对于此类造口,造口护理师会适当剪大底盘开口,方便支撑管穿过,但其弊端是底盘和造口之间的缝隙过大,使部分造口周围皮肤没有被底盘覆盖,暴露于排泄物中,易导致粪水性皮炎的发生。有研究报道,底盘修剪大小不当和支撑管干扰占回肠造口粪水性皮炎发生原因的 10.8%和 15.4%^[4]。造口黏膜常会自行分泌液体,而水肿造口黏膜表面更易有液体渗出。水肿造口在套入底盘时,部分造口分泌液会刮入底盘底部,而影响底盘胶体粘性,易造成粪水性皮炎的发生^[5]。造口袋底盘粘贴的密闭性与造口周围粪水性皮炎的发生息息相关,粪水性皮炎一旦发生,渗液会导致造口底盘粘贴效果下降,增加排泄物渗漏的风险,造成频繁换袋,进一步加重皮肤损伤,形成恶性循环^[6]。针对上述三种特殊造口,减少排泄物/分泌物和干扰管的干扰,提高造口袋底盘粘贴的紧密性,缩小造口底盘和造口之间的缝隙是预防造口周围粪水性皮炎发生的关键。

采用改进方法更换造口袋,先将造口套入已密闭的造口袋中,造口维护过程中的排泄物能很好地装在造口袋中,以有效避免造口周围皮肤清洁后被排泄物反复污染的现象。对于襻式造口,造口袋在涂防漏膏之前套上造口,避免防漏膏对套袋过程的干扰,方便

造口底盘通过支撑管,维护者只需剪出更小的造口底盘开口,从而缩小造口周围皮肤的暴露面积。造口袋套入后也能方便清洁底盘下的皮肤,避免套袋过程中分泌物刮入底盘下影响底盘粘贴。本研究结果显示,观察组术后 9 d 内粪水性皮炎发生率为 7.89%,显著低于对照组的 25.64%;术后第 3 天和第 6 天,观察组造口后底盘渗漏发生率分别为 10.53%和 15.79%,显著低于对照组的 30.77%和 38.46%(均 $P < 0.05$),表明改进造口袋更换方法有利于降低粪水性皮炎及底盘渗漏发生率。两组术后第 1 天底盘渗漏发生率差异无统计学差异($P > 0.05$),可能与术后前 3 d 造口排泄量少有关。在造口术后早期,因造口与皮肤之间尚未愈合,缝线不牢固,可能出现造口黏膜分离这一严重并发症^[7],粪水性皮炎的发生,尤其是靠近造口侧的皮肤,极易加速造口黏膜分离的发生。在术后早期使用改进方法更换造口袋对回肠造口、襻式造口和水肿造口患者进行造口维护,先将造口套入已密闭的造口袋中再涂防漏膏,能有效减少造口底盘渗漏,降低粪水性皮炎的发生,从而预防上述特殊造口早期造口黏膜分离的发生。

表 2 显示,观察组术后第 1 天、第 3 天和第 6 天造口袋更换用时显著长于对照组(均 $P < 0.01$),可能与观察组更换步骤增多,涂造口粉、皮肤保护膜和防漏膏操作空间小有关。此外,改进方法在涂抹造口粉、皮肤保护膜和防漏膏时,需要增加一人(患者、家属或助手)帮助提拉造口底盘。本研究仅纳入回肠造口、襻式造口和水肿造口三类特殊造口患者,笔者在后续的实际应用中发现,对于造口根部(近端)细于造口开口(远端)1 cm 以上的“蘑菇状造口”亦有很好的