

中重度造口脱垂患者行近皮端助蠕动还纳的护理

袁宝芳

Nursing care of patients with moderate or severe prolapse of stoma undergoing proximal peristaltic stoma relocation Yuan Baofang

摘要:目的 总结中重度造口脱垂患者行近皮端助蠕动还纳的护理经验。方法 对23例中重度造口脱垂患者采用近皮端助蠕动还纳法进行手法还纳复位,手法还纳脱垂肠管时有效避免腹压增加、避免肠管损伤、正确选择手法复位着力点,并根据造口大小形状选用弹力腹带或奶嘴固定肠管,加强造口护理。结果 23例患者均首诊时手法还纳成功,还纳时间10~50(18.00±0.15)min。2周后门诊复诊或微信远程视频在线复诊,脱垂肠管还纳有效率91.3%(21/23)。结论 对中重度造口脱垂患者行近皮端助蠕动还纳法效果良好,加强护理能有效地避免肠管再脱出,避免再次手术及不良生理、心理刺激。

关键词:肠造口; 脱垂; 近皮端助蠕动还纳法; 手法还纳; 护理

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.23.032

造口脱垂是临床常见的造口并发症,表现为肠管由造口内向外翻出腹部皮肤并过度突出^[1],据文献报道,造口脱垂发生率为2%~22%^[2-3]。造口脱垂不仅给患者带来极大感观刺激和心理压力,同时脱垂的造口常伴有造口黏膜水肿、出血、溃疡,严重时可发生肠扭转至缺血坏死,危及生命。临床上对于无法自行复位的中重度造口脱垂患者,若出现腹胀、肠管缺血或出血等,常规处理方法是在全麻下开腹重新再做肠造口术,或在局麻下小腹壁缝合固定脱出肠管,或用直线切割缝合器修复脱垂部分的肠管^[4]等,手术治疗能一次解决问题,而对于一些手术治疗风险大的患者可选择非手术治疗以解决造口脱垂问题。有文献报道,手法复位治疗肠造口脱垂效果良好^[5-7]。手法还纳复位成功与否一方面是靠外力作用将肠管推送进腹腔,另一方面是靠肠蠕动的内在动力作用,如何使外力和内力协同作用着力,着力时机的选择极为关键。为促进中重度滑动性造口脱垂者回纳复位有效,我院采用近皮端助蠕动还纳法对23例中重度造口脱垂患者进行手法还纳复位,取得良好效果,护理总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2015年1月至2019年1月在我院造口伤口失禁护理门诊就诊的滑动性中重度造口脱垂患者,均符合肠造口脱垂诊断标准^[2]。排除固定性造口脱垂,滑动性造口脱垂伴有肠管严重嵌顿、坏死,肿瘤晚期腹部盆腔广泛转移及大量腹水患者。入选患者23例,男15例,女8例;年龄6d至90岁,平均66.8岁。疾病诊断:直肠肿瘤8例,结肠肿瘤3例,肠梗阻6例,肠穿孔2例,先天性巨结肠1例,先天性肛门闭锁1例,溃疡性结肠炎2例。造口种类:回肠造口10例,结肠造口13例。中度脱垂17例,重度脱垂6例。脱垂时间发生在术后4d至6年,其中≤1个月3例,1~6个月6例,6~9个月9例,≥12个月5例。脱出肠管长度3~32cm,直径2~7cm。

1.2 手法还纳方法 去除造口袋,清洗造口黏膜及

四周皮肤后,轻轻托起并抬高脱垂的肠管,用浸有50%硫酸镁溶液或10%氯化钠溶液的湿温(36~38℃)纱布完全包裹脱出肠管行5~10min湿热敷,待肠管缩小、黏膜颜色由浅变深后改用液状石蜡充分润滑脱出的肠管后采用近皮端助蠕动还纳法,即从造口靠近皮肤开孔处的肠管处着力,选择在肠管向肠腔内蠕动时开始缓慢向肠腔方向推入。操作时注意顺势同向点力而行,首先确定脱垂造口平时通向肠腔的方向,然后从造口靠近皮肤端边缘找到某一点向造口中心及肠腔方向随着肠蠕动波走向缓慢助力推入,一旦出现向外的肠蠕动波需停止向内推入,双手紧握脱出肠管阻止肠管随肠蠕动再次脱出。操作过程中避免用力过大导致肿胀的肠管破裂或黏膜损伤,注意安慰患者,分散患者注意力,嘱患者保持腹部完全放松,避免腹肌收缩和腹胀时操作;高腹压持续存在时需有效降低腹压后方可行复位操作。

1.3 结果 23例患者均在首诊时手法还纳成功(将脱出的肠管完全还纳到肠腔内),还纳时间10~50(18.00±0.15)min。2周后门诊复诊或微信远程视频在线复诊,脱垂肠管还纳有效率(脱垂肠管小于原长度或不再脱出)91.3%(21/23),无效率8.7%(2/23)。其中9例选用奶嘴+二件式造口底盘,有效率100%(9/9),14例使用腹带或弹力收腹短裤+一件式造口袋者,有效率85.7%(12/14)。

2 护理

2.1 手法还纳前的护理 腹内压增加常压迫肠腔导致肠内压增加,肠内压增加是直接导致造口脱垂的直接因素。有效避免腹压增加是手法还纳的前提,一旦腹内压过大将无法将腹腔外的肠管还纳进去。肠蠕动过快或过慢均可导致肠内压增加,腹内压过大常见于收腹、咳嗽、啼哭等情况,因此,在进行手法复位前,需全面评估,去除影响腹内压的因素,如避免便秘、提重物、长时间弯腰或下蹲、咳嗽、啼哭、收腹等,积极治疗和纠正肠动力障碍,如腹泻、便秘、低蛋白血症、肠梗阻等^[8]。操作前准备可剪孔≥55mm的柔软平面造口底盘及二件式造口袋或一件式自动排气造口袋、造口腰带、无孔腹带或弹力收腹短裤,婴儿奶嘴、液状石蜡、50%硫酸镁或10%氯化钠溶液等。

作者单位:南通大学附属医院造口伤口失禁护理门诊(江苏 南通, 226001)

袁宝芳,女,本科,主任护师,造口治疗师,yuanbaofang@163.com

收稿:2019-07-25;修回:2019-09-07

2.2 手法还纳中的护理

2.2.1 减轻肠管水肿的护理 水肿的肠管直径超过造口腹壁开孔直径时很难还纳进腹腔,因此减轻水肿是手法还纳的第一步。轻轻托起并抬高脱垂的肠管,使之高于造口的开孔,再用浸有 50% 硫酸镁溶液或 10% 氯化钠溶液的纱布完全包裹脱出肠管行 5~10 min 湿热敷(36~38℃),有利于血液回流及水肿消退。本组造口脱垂患者中有水肿 19 例,有溃疡 15 例,肠黏膜出现紫红色变化 8 例,而水肿、溃疡、缺血等情况增加了手法复位的难度。经过 5~10 min 湿热敷,肠管缩小,肠黏膜颜色由浅变深,消肿效果显著。

2.2.2 手法复位着力点的选择 造口脱出肠管远端是脱出时间最长、温度最低,脱离腹壁最远、血循环最差、最易受摩擦的部位,肠管细胞活性最差;在有溃疡或有缺血的远端肠管着力容易导致溃疡的再次损伤。选在造口与皮肤相连的开孔处助力容易激活此处的肠管向腹腔内蠕动,而腹腔内的肠腔内压在正常的微循环下比腹腔外脱垂的肠管更容易还纳。因此,在手法还纳肠管时着力点应避免在肠管的远端用力,距离腹腔最近腹壁开口处肠管是脱垂肠管活性最好、损伤最轻的部位,也是手法复位还纳时着力点最佳部位。其次,还纳操作中外力作用时机选择需要根据蠕动波的方向顺势协力而为,向肠腔方向缓慢间隙助力是整个操作成功的关键。在蠕动时助力,蠕动间隙时放松更有利于正常肠运动功能恢复。

2.2.3 防止脱管损伤的护理 注意脱垂肠管全方位润滑,有效降低摩擦力,避免肠黏膜机械性损伤。本组患者手法复位时均选用液状石蜡进行润滑。操作过程中避免用力过大导致肿胀的肠管破裂或黏膜损伤。操作中一旦出现向外的肠蠕动波需停止向内推入,双手紧握脱出肠管阻止肠管再次随肠蠕动脱出。操作时注意安慰患者,分散其注意力,引导嘱患者保持腹部完全放松,避免因紧张导致腹肌收缩,腹压增加;高腹压持续存在时需有效降低腹压后方可行复位操作。本组 23 例患者进行还纳操作时均无腹胀和咳嗽,操作时 1 例婴幼儿出现啼哭、6 例成人因害怕导致腹肌收缩,经过耐心安抚和心理指导后腹肌放松,还纳成功。

2.3 手法还纳后的护理

2.3.1 使用奶嘴或腹带固定肠管 判断治疗造口脱垂是否有效主要体现为还纳后肠管不再脱垂和脱垂的长度小于原长度。选用奶嘴+二件式造口底盘或使用无孔腹带或弹力收腹短裤+一件式造口袋固定肠管,可以预防肠管脱垂。应用奶嘴固定肠管时可根据造口开孔大小选用不同尺寸婴儿奶嘴剪合适的开孔,选择超大柔软平面造口底盘及二件式造口袋,根据造口大小修剪造口底盘大小,将剪好孔的奶嘴嵌入造口底盘剪孔内,奶嘴头向造口袋内方向。撕去造口底盘保护纸粘贴嵌有奶嘴的造口底盘,接上造口袋及

造口腰带。圆形奶嘴不适合嵌入不规则形状超大开孔的造口,此类患者复位成功后建议选用带排气的一件式柔软超大底盘造口袋,并配合使用无孔腹带或弹力收腹短裤。对于婴儿造口脱垂者,嵌入奶嘴后的造口底盘粘贴皮肤面积大大减少,患儿活动或啼哭时容易导致脱落,因此对于婴幼儿造口脱垂建议粘贴带排气一件式造口袋并在袋外加用与造口袋宽度相当的腹带固定,不足是需定时松开腹带才能排便。本研究 9 例选用奶嘴+二件式造口底盘固定,有效率 100% (9/9),14 例使用腹带或弹力收腹短裤+一件式造口袋者,有效率 85.7% (12/14)。2 例无效者均为高龄、重度脱垂者,其中 1 例极度消瘦,左右髂骨凸出腹部造口平面,使用腹带或弹力收腹裤固定时压不到造口上,起不到固定造口作用,体位改变时再次脱出;1 例因腹带压迫腹部导致不适患者拒绝使用腹带,还纳后再次脱出。

2.3.2 腹部与造口的观察护理 手法还纳后需观察腹部有无腹胀腹痛、造口黏膜颜色、造口袋内有无粪便排出等情况,一旦出现腹胀、腹痛,24 h 内无粪便排出、造口黏膜颜色发紫黑色等情况,提示可能有肠管破裂穿孔、肠梗阻、肠坏死、粪便堵塞等情况,或长时间未放松腹带,需立即处理。观察还纳后的肠管有无再次脱垂情况,指导患者或家属使用腹带时取平卧位,避免坐位或站位增加腹压而导致造口脱垂时使用^[9]。使用奶嘴时需配合使用防漏产品,防止因没有粘性的奶嘴导致造口底板渗漏而刺激造口周围皮肤。指导患者注意饮食卫生、规律进食,防腹泻;训练定时排便;避免剧烈运动及重体力劳动;定期造口门诊复查等。

参考文献:

- [1] 喻德洪. 肠造口治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:185.
- [2] Maeda K, Maruta M, Utsumi T, et al. Local correction of a transverse loop colostomy prolapse by means of a stapler device[J]. Tech Coloproctol,2004,8(1):45-46.
- [3] 陆元基,支巧明,匡玉庭,等. 回结肠造瘘术后发生造口脱垂的相关危险因素分析及预防措施[J]. 浙江临床医学,2016,18(11):2066-2067.
- [4] 袁炜嗣,陈银杏,庄丹,等. 直线切割缝合器修复结肠造口脱垂的应用效果[J]. 中国实用医刊 2018,45(13):73-77.
- [5] 邹其云,张春爱,赵玉洲,等. 徒手法造口还纳的护理[J]. 护士进修杂志,2018,33(8):751-752.
- [6] 何佳艳,李丽. 1 例回肠造口脱垂患者的护理体会[J]. 临床医药文献杂志,2018,5(49):114-115.
- [7] 王玲,胡爱玲,卫莉,等. 伤口造口失禁专科护理[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:86.
- [8] Sparks E A, Velazco C S, Fullerton B S, et al. Ileostomy prolapse in children with intestinal dysmotility[J]. Gastroenterol Res Pract,2017,2017:7182429.
- [9] 徐旭娟,袁宝芳. 造口伤口失禁皮肤护理管理系统的建立与运行[J]. 护理学杂志,2011,26(22):48-50.

(本文编辑 李春华)