

肠造口并发症护理研究进展

刘芳腾, 楼茜洁, 邹霞, 陈伟琴

刘芳腾, 楼茜洁, 邹霞, 陈伟琴, 南昌大学第二附属医院胃肠外科 江西省南昌市 330000

刘芳腾, 主要从事胃肠道肿瘤方面的研究。

作者贡献分布: 本综述由刘芳腾完成; 楼茜洁与邹霞检索整理文献资料; 陈伟琴审核。

通讯作者: 陈伟琴, 副主任护师, 330000, 江西省南昌市东湖区民德路1号, 南昌大学第二附属医院胃肠外科。

13970849201@163.com

电话: 0791-86312170

收稿日期: 2015-04-11 修回日期: 2015-05-20

接受日期: 2015-05-28 在线出版日期: 2015-07-08

Nursing of colostomy complications

Fang-Teng Liu, Xi-Jie Lou, Xia Zou, Wei-Qin Chen

Fang-Teng Liu, Xi-Jie Lou, Xia Zou, Wei-Qin Chen, Department of Gastrointestinal Surgery, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330000, Jiangxi Province, China

Correspondence to: Wei-Qin Chen, Co-chief Superintendent Nurse, Department of Gastrointestinal Surgery, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, 1 Minde Road, Donghu District, Nanchang 330000, Jiangxi Province, China. 13970849201@163.com

Received: 2015-04-11 Revised: 2015-05-20

Accepted: 2015-05-28 Published online: 2015-07-08

Abstract

Intestinal colostomy complications are common in patients after colostomy, seriously affecting postoperative quality of life. They not only cause difficulties to postoperative nursing and influence postoperative rehabilitation, but also increase the psychological and economic burden. Reducing the incidence of stoma complications and improving the quality of nursing care are of important significance for improving nursing satisfaction and quality of life. This review aims to elucidate the factors influencing

complications after colostomy as well as the types, nursing measures and nursing mode for these complications.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Colostomy; Complications; Influencing factors; Nursing; Nursing mode

Liu FT, Lou XJ, Zou X, Chen WQ. Nursing of colostomy complications. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(19): 3109-3116 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/3109.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i19.3109>

摘要

肠造口并发症在肠造口术后患者中较普遍, 肠造口并发症的发生严重影响肠造口患者术后的生活质量, 给患者不仅带来护理上的困难, 影响患者的术后康复, 还增加了其心理负担, 经济负担。降低肠造口并发症的发生率, 提高护理质量, 对提高患者的护理满意度和生活质量有着重要意义。本文就肠造口并发症的影响因素、类型、护理措施及护理模式作一综述。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 肠造口; 并发症; 影响因素; 护理; 护理模式

核心提示: 从肠造口并发症的影响因素、造口并发症的类型、最新护理措施及新型有效的护理模式4个方面进行全面综合的了解, 可以系统有效地帮助医护人员、患者及患者家属提高对肠造口并发症的认识、预防及处理护理能力, 降低了肠造口并发症的发生率, 提高了肠造口

背景资料

肠造口并发症的发生较为普遍, 其不仅造成护理上的困难, 影响患者的术后康复, 还增加了患者心理、经济负担, 影响患者生活质量。因此降低肠造口并发症的发生率, 提高护理质量, 具有重要意义。

同行评议者

马燕兰, 主任护师, 中国人民解放军总医院护理部兼第一附属医院护理部; 乔筱玲, 副主任护师, 山东大学齐鲁医院普外科(肝胆外科)

■ 研究前沿

肠造口新型护理模式的应用效果和最新护理方法的临床应用是其研究的热点, 其中延续护理模式是研究重点. 肠造口护理的标准规范化制定是亟待研究的问题.

患者生活质量.

刘芳腾, 楼茜洁, 邹霞, 陈伟琴. 肠造口并发症护理研究进展. 世界华人消化杂志 2015; 23(19): 3109-3116 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/3109.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i19.3109>

0 引言

肠造口术是普外科最常见的手术之一, 是挽救患者生命和改善生活质量的重要手段. 据统计^[1], 全球每年由于外伤、胃肠道肿瘤、炎症感染、先天畸形等而行肠造口术的患者高达数十万例, 我国每年也约有10万例患者做永久性肠造口, 且有增加趋势. 肠造口术的实施使大多数患者度过了原发疾病的折磨, 延续了生命, 然而造口并发症的发生却再次严重影响患者的躯体、心理和社会功能, 使患者生活质量下降. 文献[2,3]资料显示, 国外肠造口并发症发生率为11.0%-60.0%, 国内为16.3%-53.8%, 平均20.8%. 我国造口之父-喻洪德说过: 肠造口手术目的是提高生活质量, 术后患者的生活质量得不到改善, 手术便没什么意义^[4]. 由此对于肠造口的护理就显得尤为重要. 为更好地对肠造口者提供优质的护理, 减少造口并发症的发生, 提高患者生活品质, 现将术后肠造口并发症的相关影响因素, 造口并发症的护理及护理模式进行综述.

1 影响因素

1.1 基本因素

1.1.1 年龄: 肠造口并发症的发生率与年龄成正相关, 年龄越大, 造口并发症的发生率越大, 且可能越严重. 研究^[5,6]表明, 老年患者造口并发症的发生率较青壮年患者明显升高. 由于老年人肠系膜供血能力降低, 机体抗感染能力下降等原因, 较易出现造口感染和造口坏死. 老年人心肺功能减退, 腹内压增高, 腹壁肌肉强度减退, 因此术后发生造口黏膜脱垂和造口旁疝的几率也更大.

1.1.2 性别: 女性患者发生并发症的几率要低于男性. 相对于女性造口患者, 男性患者发生造口周围皮肤炎症和感染的概率要高, 这可能与女性患者较细心, 善于保持造口周围良好的清洁护理有关.

1.1.3 营养状况: 肥胖和身材消瘦患者更易发生

造口并发症^[7]. 肥胖者腹壁皮下脂肪层较厚, 造口发生炎症时, 周围脂肪液化, 增加感染的危险系数, 易发生造口皮炎, 狭窄回缩, 乃至造口坏死^[8]. 体形消瘦者较易发生造口旁疝, 这可能与其腹壁较薄弱, 术后恢复较慢有关.

1.1.4 基础疾病: 患有高血压、高脂血症、糖尿病等基础性疾病的患者, 术后更易发生造口并发症. 基础性疾病明显增加了造口并发症的危险度, 尤其糖尿病患者^[9,10], 其发生皮炎、真菌感染和造口皮肤黏膜分离的几率明显增高.

1.1.5 心理情绪状况: 肠造口患者心理状态的良好与否, 与造口并发症的发生率有着较密切联系, 心理健康的患者, 一般其发生造口并发症的概率较小. 叶新梅等^[11]研究发现, 积极乐观的患者, T细胞亚群的CD3、CD4、CD8、NK细胞比对照组高, 其差异有统计学意义, 提示良好的心理情绪能帮助激活机体的免疫系统, 增加免疫能力, 降低造口并发症的发生率.

1.2 造口相关因素

1.2.1 术前造口定位: 术中进行造口定位可明显降低造口并发症的发生率^[12,13]. 吴唯勤等^[14]报道选择性肠造口术108例, 统计发现术前未定位组并发症发生率为12.5%(7/56), 远高于术前定位组的3.85%(2/52), 差异具有统计学意义($P<0.05$). 结肠造口位置的选择应遵循Tunlbun提出的5项原则^[15]: (1)位于脐下; (2)位于腹直肌内; (3)位于脐下皮下脂肪最厚处; (4)远离瘢痕、皱折、皮肤凹陷处和骨性突起; (5)须为患者眼能看、手能触到处. 这样的术前造口定位, 既保证了造口位于腹直肌内, 有效降低造口疝的发生率. 同时, 保持手术切口与造口的适当距离, 避免造口粪液对切口的污染, 降低切口感染的发生率. 造口位置适宜, 方便护理, 能更好预防和减少造口并发症的发生^[16].

1.2.2 造口类型: 袢式造口相比末端造口发生并发症的几率更高^[17]. 屠世良等^[18]报道, 袢式造口相对于末端造口易出现造口缺血、局部坏死, 且其发生皮肤感染率较高, 总体上, 袢式造口的并发症发生率要高于末端造口. 腹膜外斜行隧道乙状结肠造口较传统造口有明显优点, 不易发生造口回缩或脱出, 造口旁疝等并发症发生几率亦明显降低^[19,20].

1.3 术后造口护理指导 国内外大量研究^[21-23]证实, 术后给予造口患者适当的护理指导, 能有效改善造口质量, 减少并发症的发生. 张慧芹

等^[24]对57例肠造口患者提供个性化分阶段的术后造口护理指导,发现患者术后的生活质量有明显提高,且术后护理指导对于肠造口并发症的防治有着重要作用。

术前造口定位和术后造口的护理指导对肠造口并发症的发生几率影响最大,其次是年龄、基础疾病、营养和心理情绪状况,性别和造口类型的影响最小。造口并发症高发生率与患者年龄、身体状况和手术情况有密切关系,而造口位置和护理指导对造口并发症的影响已得到国内外普遍认同。

2 肠造口并发症的类型

2.1 肠造口并发症 与肠造口术或者造口本身直接有关的并发症,包括造口水肿、造口出血、造口狭窄、造口回缩、凹陷、造口脱垂、造口坏死、造口旁疝、造口皮肤黏膜分离、黏膜肉芽肿、造口肿瘤。

2.2 肠造口周围皮肤并发症 与肠造口术或者造口本身间接有关的并发症,如粪水样皮炎、毛囊炎、真菌感染、过敏性皮炎、机械性损伤、造口周围静脉曲张。

3 肠造口并发症处理措施

3.1 肠造口并发症的护理

3.1.1 造口水肿:常发生在术后造口开放早期,可持续7-10 d左右,表现为造口黏膜发亮、肿胀隆起,早期轻度水肿常因静脉或者淋巴回流障碍所造成,一般无需处理,可自然恢复。水肿严重,造口处暗紫加重,则应引起重视,及时检查造口血运情况,以免造口缺血坏死,血运良好者可用10%高渗盐水或硫酸镁湿敷2-3 d消肿^[25]。对于未恢复者采用病因治疗(补充血清蛋白),缓解肠管狭窄。选用底盘较大的造口袋,裁剪大小适合,可避免造口用品过紧引起的肿胀。造口粉的外用,对于预防造口炎性反应引起的水肿有较好作用^[26]。

3.1.2 造口出血:常发生在术后72 h^[27],多数是肠造口黏膜与皮肤连接处的毛细血管和小静脉出血,若擦洗造口用物过于粗硬,力度过于粗暴也可引起。轻度出血用湿纸巾或者棉球轻轻压迫即可止血。出血较多时,用0.1%肾上腺素浸湿纱布压迫或云南白药粉外敷,止血效果良好^[26]。小动脉出血或结扎动脉的结扎线脱落,则应及时拆开皮肤黏膜缝线1-2针,找到出血

点后,钳扎止血或者电凝止血。若为肠腔内出血,需报告医生,治疗原发病,必要时手术止血。

3.1.3 造口狭窄:发生率为6%-15%^[28],一般可由造口周边血运不良;造口周围愈合不良;筋膜或皮肤疤痕组织收缩;造口黏膜皮肤缝线感染;手术时皮肤开口过小所致。表现为造口口径缩小,难于看见黏膜;或造口皮肤开口正常,但指检有箍指感,手指难于进入。患者可因为排便困难,出现腹痛腹胀等症状。坚持扩肛可有效防止造口狭窄。从尾指开始慢慢好转后应用食指,涂润滑剂轻轻进入造口,顺时针旋转,5-8 min/次,1-2次/d,坚持3-6 mo^[26]。扩张无效者可考虑行环内侧楔形切除术。降结肠或乙状结肠造口则应留意是否有便秘阻塞造口,如便秘可服泻药。

3.1.4 造口回缩、凹陷:发生率占肠造口并发症的1.5%-10%^[4],好发于回肠造口,常发生于肠造口术后早、晚期。表现为造口内陷于皮肤表层,易引起粪液渗漏,导致周围皮肤损伤,加大护理难度。游离不充分,产生牵拉;肠系膜过短;造口周边缝线固定不足或缝线过早脱落;造口周边愈合不良,疤痕组织形成;环状造口的支架过早去除;体质量急剧增加等因素都可使造口回缩、凹陷。可选用特殊造口护理产品,如凸面底盘、防漏膏、灌洗系统等;凸面底盘加腰带固定或者选用一般底盘,将防漏膏或防漏条填于凹陷处,都可取得较好效果。皮肤有损伤者,可应用皮肤保护粉或无痛保护膜^[24]。乙状结肠造口而皮肤有持续损伤,则考虑用结肠灌洗法。严重病例,可考虑手术治疗。此外,术后控制体质量,避免肥胖是预防造口回缩、凹陷的重要措施^[21]。

3.1.5 造口脱垂:多发生在术后2-7 mo,发生率变化较大(1%-13%)。造口肠襻过度突出于腹部外,短则数厘米,长则10-20 cm不等。原因可能是:肠管固定于腹壁不牢、腹壁基层开口过大、腹压增加、腹部肌肉软弱等。多发生于环状造口,可引起水肿、出血、溃疡、肠扭转、阻塞或缺血坏死。肠造口者应避免咳嗽、用力排便等增加腹压的因素,规律排便,保持大便通畅^[26]。选用一件式造口袋,使用较软的护肤胶,在造口周围经常外敷油性软膏等都可以起到良好的预防造口脱垂的作用,保护脱垂黏膜,防止破损和感染。赵嵘^[29]对造口黏膜水肿呈环形脱出的轻度脱垂者,使用10%氯化钠溶液湿

■ 相关报道

张惠芹等对实施个性化、分阶段的肠造口护理效果进行了探讨。潘孟昭对相关护理学知识进行了系统翔实的叙述。

■ 创新盘点

本文从肠造口并发症的影响因素、类型、最新护理措施及护理模式进行综述, 更为系统、全面, 文章可读性强, 临床意义较大。

敷, 或者通过手法复位, 回纳脱出部分, 用防疝带固定等措施取得良好效果; 外突性肠套叠严重者, 则采用手法复位, 注射硬化剂或手术固定等方法。造口脱垂者, 应选择正确尺寸的造口袋, 以合理容纳脱出的肠管, 避免压迫引起肠管缺血坏死。

3.1.6 造口坏死: 发生率为2%-7%, 为最严重的早期并发症, 常发生于术后24-48 h^[30]。正常肠造口为红色, 与口腔黏膜颜色相近, 柔软, 光滑, 富有弹性。当肠造口血液供应不足时, 造口黏膜呈轻微灰黑色, 失去光泽, 出现缺血坏死的现象, 晚期坏死则呈黑色, 且有恶臭分泌物。根据缺血坏死的程度分为轻、中、重三度, 通过采取不同措施, 如解除造口压迫、用生理盐水或呋喃西林溶液清洗、康复新溶液持续湿敷、应用新型敷料(溃疡粉或造口粉)、生物频谱仪局部照射等方法, 可有效防治造口缺血。术后应密切观察患者造口血运, 用玻璃试管插入肠腔内, 以电筒垂直照射观察肠腔内血运, 及时发现、有效处理、合理预防。李菊云^[31]对8例不同程度的肠造口缺血坏死采取湿性愈合技术, 进行分阶段连续性的护理, 除1例行造口重建术外, 其余7例均得到及时有效处理, 未发生严重并发症。

3.1.7 造口旁疝: 造口旁疝的发生率为10%-56%^[32], 发生造口旁疝的原因有: 造口位于腹直肌外、筋膜开口过大、腹部肌肉软弱、经过多次手术、持续腹压增加。患者可有局部坠胀不适感, 造口基部或周围膨隆, 左右腹部不对称, 严重者可引起肠梗阻、肠坏死。患者咳嗽或打喷嚏时应用手按压造口部位, 避免一切可以升高腹压的因素(如提重物, 慢性咳嗽, 用力排便), 可有效地减少和预防了造口旁疝的发生^[28]。造口旁疝平卧后, 若可正常回纳, 则应佩带合适的造口腹带, 缓解局部不适症状。严重者则需手术修补。

3.1.8 造口皮肤黏膜分离: 一般发生在术后1-2 wk, 指造口处的肠黏膜与腹壁皮肤的缝合处分离, 常见于造口手术后早期。常见原因有: 造口开口处肠壁黏膜部分坏死、造口黏膜缝线脱落、腹压过高、伤口感染等, 另外糖尿病、营养不良、长期使用类固醇药物也是其高危因素。造口皮肤黏膜分离会造成造口袋黏贴不牢、黏贴困难, 增加护理难度, 造成患者痛苦, 同时也增加感染的危险。陈秀君^[33]用

藻酸盐银离子敷料治疗肠造口术后重度皮肤黏膜分离8例, 患者伤口均愈合良好。柴东芹^[34]对30例不同程度的造口皮肤黏膜分离患者中采用综合的、针对性的护理措施(藻酸盐、水胶体敷料、银离子敷料、亲水性纤维敷料、溃疡粉), 利用湿性愈合方法, 愈合率高达96.5%。另外指导患者掌握正确裁剪造口底板及黏贴的技巧, 并定期复诊也可取得较好的预防效果。

3.1.9 黏膜肉芽肿: 通常发生在黏膜与皮肤交界处, 为息肉样良性组织, 易出血, 表现为一至两粒或围绕造口边缘, 多发生在造口术后早期, 是肠造口的常见并发症^[35]。大部分由于缝线刺激排异反应引起, 坚硬的造口物品刺激也可造成。应检查肠造口周围缝线, 拆除缝线; 指导患者正确测量造口尺寸, 用手抚平边缘, 避免底盘经常摩擦造口边缘, 导致肉芽增生^[36]。发生黏膜肉芽肿时, 可用硝酸银点灼, 3-5 d 1次或者分次钳夹喷洒保护粉(应先评估凝血功能、注意观察、做好止血), 必要时可考虑高频电刀手术切除。

3.1.10 造口肿瘤: 肠造口周围癌^[37]是一种发生于肠黏膜与皮肤交界处的极其罕见的恶性肿瘤, 常见症状是造瘘口周围溃疡和出血。原发性肠道肿瘤种植转移也可导致造口肿瘤的发生。选用柔软、胶质温和的一件式造口袋, 裁剪底盘口应稍大, 避免压贴到癌细胞, 以防出血。若发生出血, 可用小冰块或藻酸盐或造口粉敷盖止血。Mimura等^[38]认为, 造口皮肤黏膜连接处慢性机械性和化学性刺激是重要原因之一, 因此避免慢性机械和化学性刺激, 加强护理也是其重要的预防措施。

3.2 造口周围皮肤并发症的护理

3.2.1 粪水样皮炎: 是肠造口周围皮肤最常见的并发症, 可引起周围皮肤红肿、疼痛、甚至溃烂, 属于化学刺激性皮炎, 主要是由于偏碱性的肠道消化液, 长时间刺激所致。当造口位置差、回肠造口没有形成恰当的突起乳头、皮肤皱褶引起渗漏等都可导致此并发症的发生。术前造口定位, 恰当的造口高度, 合适的造口袋都能起到良好的预防效果^[39]。研究^[40]表明, 0.9%氯化钠溶液是唯一安全的清洗溶液, 对造口无刺激。陈慧^[41]用生理盐水清洗患者造口后, 使用造口粉、皮肤保护膜和防漏膏等保护皮肤, 免受粪液刺激, 有效降低粪水性皮炎

的发生率, 干预前后有差异具有统计学意义 ($P<0.05$). 此外, 正确地裁剪贴造口袋, 更换造口袋后用手掌捂底盘, 增加柔软度和黏性等方法, 能有效减少粪液的渗漏, 起到良好的预防作用.

3.2.2 毛囊炎: 造口周围皮肤出现红色皮疹, 可伴有局部皮肤红肿等症状. 多数患者由于造口周围皮肤毛发较多, 未及时剃除, 导致皮肤护理困难, 汗液及肠漏液刺激, 导致毛囊炎症反应^[42]. 及时的剃毛, 正确的更换胶片, 可有效预防毛囊炎的发生^[43]. 此外, 应避免使用肥皂水清洗造口周围皮肤. 当伴金葡萄球菌感染的脓包时, 可先用纱布涂抹消炎粉, 再贴胶片, 严重时可行抗感染治疗.

3.2.3 真菌感染: 一般肠造口患者不易出现真菌感染. 特殊患者(如放化疗的患者, 长期应用免疫抑制剂者, 有糖尿病等基础性疾病患者)免疫力低下, 机体抵抗力低, 其发生真菌感染的几率较大^[44]. 当出现白色疹子样脓包、界限清楚的皮肤红斑、奇痒无比时可考虑真菌感染, 念珠菌感染较多见. 选用2%碳酸氢钠溶液清洁局部皮肤; 局部避免应用黏贴式造口袋可降低此类并发症的发生; 局部应用抗真菌类药物如: 克霉唑乳剂或甲硝唑乳剂等, 2-3次/d, 也可取得良好效果. 加强患者营养, 合理护理等也具有重要意义.

3.2.4 过敏性皮炎: 患者可出现局部皮肤红、痒、痛等不适症状, 多数由于皮肤对造口袋过敏所致. 过敏处可使用造口粉或者皮肤保护膜进行局部护理. 怀疑过敏的患者, 可将小片造口袋或黏胶底板, 贴于患者耳后皮肤, 观察24 h, 若出现阳性症状, 则应去除过敏原, 更换其他种类造口用品^[45]. 使用现代新型护理用品, 过敏几率很低. 外用类固醇药物, 涂药10 min后, 用清水洗净, 干后再重新贴袋, 或者清洁造口周围皮肤后, 先贴一层皮肤保护膜, 再将造口袋贴在保护膜上, 不直接接触造口周围皮肤^[43]. 若情况不改善或过敏严重, 则需皮肤科诊治.

3.2.5 机械性损伤: 机械性皮肤损伤, 多由造口更换方法不当或更换造口袋过于频繁所致, 可出现局部皮肤发红, 甚至出现微小出血点, 严重者皮肤损伤出血. 指导患者掌握正确的护理技巧, 进行正确合理的肠造口护理, 对于预防此类皮肤损伤的发生非常关键^[26]. 撕

除造口袋时, 应从上而下, 一手按压皮肤, 一手撕除造口底板, 动作缓慢轻柔, 遇到困难时, 应以棉棒沾水, 湿润底板后再撕除, 不可用力过猛, 造成皮肤损伤. 此外, 对于肠造口患者及家属进行护理方法的讲解和护理技术评估亦有重要意义^[30].

3.2.6 造口周围静脉曲张: 较少见, 一般表现为造口周围皮肤呈紫蓝色, 皮肤变薄, 可见辐射状蜘蛛丝, 患者无疼痛感, 常因小血管破裂出血而就医. 轻微出血时可按压出血点、硝酸银点灼或使用藻酸盐、造口粉按压. 出血严重时则手术止血^[46]. 此外, 柔软底板、软化大便, 减少摩擦也可起到一定的预防作用. 对伴肝脏疾病的患者, 应保肝治疗. 国外文献^[47,48]报道, 硬化剂注射治疗造口周围静脉曲张可有较好效果. Conte等^[49]认为, 对伴有门脉高压的肠造口周围静脉曲张患者, 可考虑行门脉分流术.

4 应用新护理模式减少肠造口的并发症发生

4.1 协同护理模式 协同护理模式(collaborative care model, CCM)是由Lott等^[50]根据Orem自理理论提出的一种新颖的护理方式. 在责任制护理基础上, 充分发挥患者自我护理的能力, 鼓励患者参与健康护理^[51]. 该模式强调护士作为临床教育者、支持者和协调者, 重视患者参与护理工作的作用性和重要性^[52]. 许燕莉等^[53]报道了68例直肠癌行永久性结肠造口患者, 在常规护理基础上采用协同护理模式的观察组出院4 mo后的生活质量评定量表(Judgement on Quality Of Life-74, JQOL-74)评分高于只给予常规护理的对照组, 观察组患者生活质量高于对照组. 孙丽等^[54]将101例直肠癌Miles术患者随机分成观察对照两组, 研究发现经协同护理模式的观察组患者会阴部伤口愈合时间及并发症的发生率等均低于对照组($P<0.05$). 协同护理模式不同于以往的护理习惯, 他是责任护士、患者、家属三位一体的集体协同护理模式, 充分发挥患者的自主性和自我护理能力, 培养患者及家属最大限度地参与健康护理能力^[53], 其有效降低了造口并发症的发生率, 提高了护理质量, 增加了患者的满意度^[55,56], 是一种适合肠造口患者的理想护理方法.

4.2 循证护理模式 循证护理模式(evidence-based nursing model, EBM)又称实证护理模

应用要点

运用最新的护理措施、新型有效的护理模式对于减少肠造口并发症的发生具有重要价值. 对临床肠造口护理具有实际指导与借鉴意义.

■名词解释

协同护理模式: 是“医护人员-患者-患者家属”三位一体进行护理; 循证护理, 就是遵循医学证据进行科学护理, 不同于一般的经验护理; 延续护理: 即对肠造口的护理从住院护理延伸到患者出院后的整个后续护理。

式^[57,58], 是护理人员慎重、准确、明智地将最新的科研研究与临床经验、患者愿望相结合, 获取现有的最好证据, 制定出完整的护理方案。他将有价值、可信的科学研究结果为依据提出问题, 运用最新最佳的护理研究证据, 对服务对象实施最佳的护理, 从而达到最佳有效的护理效果^[59]。刘青平等^[60]对35例肠造口患者应用循证护理实施护理, 有效减少了肠造口并发症的发生, 并使已经发生的并发症得到及时有效的处理。刘海波等^[61]采用循证护理的方法, 对62例肠造口患者制订合理的皮炎预防及治疗措施, 有效预防及治疗造口周围皮炎, 取得了满意效果。循证护理模式, 是一种基于现有的最佳科学及实践证据的基础上解决实际问题的新型护理模式^[62]。他重视对肠造口并发症的观察、护理和循证能力, 能及时发现, 依据最新有效的护理证据, 及时处理, 减少了并发症的发生, 提高患者生活质量。他是一种将最新科学证据和临床护理实践紧密结合的护理模式, 值得应用和推广。

4.3 延续护理模式 延续护理模式又称过渡护理, 是一种有成本效益的健康护理^[63]。Saultz等^[64]将延续性护理模式的含义概括为: 患者信息的延续、医疗护理服务的延续以及医患关系和护患关系的延续。这3个方面的延续, 确保了患者护理的延续性和完整性, 提高护理的质量。肠造口的延续护理形式丰富多样, 有电话、家庭随访、造口门诊、造口联谊会等, 可适合不同生活层次的患者^[65]。延续护理的内容, 包括患者的造口护理指导、日常生活护理, 同时也重视患者及患者家属的心理护理^[63,65]。郑双^[66]对出院后80例造口患者的并发症发生率进行1年的随访研究, 结果发现通过延续护理干预的实验组的并发症发生情况以及满意度均显著优于正常组(均 $P<0.05$), 表明延续性护理可显著提高患者的生活能力及生存质量。黄玉婵等^[67]选取永久性肠造口的直肠癌患者128例, 发现采用延续性护理的患者肠造口并发症的总发生率低于对照组($P<0.01$), 延续护理在出院后直肠癌永久性肠造口患者中的应用效果极为理想。马倩红等^[68]对72例肠造口患者进行随访研究, 发现采取延续护理的实验组与对照组相比, 造口并发症发生率降低了27.78%, 说明通过延续护理干预, 可有效预防和减少并发症的发生。

延续护理模式可促进永久性肠造口患者掌握造口护理知识、提升自我护理能力, 提高患者的生存质量并减少肠造口并发症的发生, 是一种行之有效、值得临床广泛应用的干预方法^[65]。

5 结论

肠造口并发症的发生在肠造口患者中非常普遍^[2,4]。我们认为全面综合地从预防控制肠造口并发症的影响因素、了解掌握造口并发症的类型、应用最新的护理措施及新型有效的护理模式4个方面, 可以系统有效地提高医护人员、患者及患者家属对肠造口并发症的认识预防及处理护理能力, 尽可能的降低肠造口并发症的发生率, 减轻肠造口患者的身心痛苦和经济负担, 真正达到提高肠造口患者生活质量的目的。

6 参考文献

- 1 张清, 魏力. 造口伤口临床护理实践. 第1版. 北京: 人民军医出版社, 2009: 5
- 2 宋梅, 陈焱. 结肠造口病人的护理研究进展. 医学理论与实践 2010; 23: 27-29
- 3 Leenen LP, Kuypers JH. Some factors influencing the outcome of stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 500-504 [PMID: 2791788 DOI: 10.1007/BF02554506]
- 4 喻德洪. 我国肠造口治疗的现状与展望. 中华护理杂志 2005; 40: 415-417
- 5 杜卫东, 程爱群, 袁祖荣, 唐健雄, 杨剑英, 竺越. 老年直肠癌患者Miles术后结肠造口并发症的特点及其防治. 中华胃肠外科杂志 2003; 6: 161-163
- 6 单保安, 计小刚, 李庆春, 吴燕梅, 王俊义, 丁亚平, 朱月清, 包磊. 两种乙状结肠造口术后造口并发症的对比分析. 中国普外基础与临床杂志 2006; 13: 450-451
- 7 刘惠萍, 涂云忠. 直肠癌患者Miles术后结肠造口并发症与相关因素分析. 中国卫生产业 2012; 9: 12-13, 18
- 8 Gallagher S, Gates J. Challenges of ostomy care and obesity. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50: 38-40, 44, 46 passim [PMID: 15361632]
- 9 Ren X, Zhang X, Zhang X, Gu W, Chen K, Le Y, Lai M, Zhu Y. Type 2 diabetes mellitus associated with increased risk for colorectal cancer: evidence from an international ecological study and population-based risk analysis in China. *Public Health* 2009; 123: 540-544 [PMID: 19664792 DOI: 10.1016/j.puhe.2009.06.019]
- 10 杨飞, 许樟荣, 胡成伟, 周立艳, 郑改然. 糖尿病对腹部外科手术的影响. 中国糖尿病杂志 2002; 10: 268-271
- 11 叶新梅, 厉群, 姚秋琼. 心理危机干预技术在直肠癌造口患者中的应用. 现代临床护理 2012; 11: 12-14
- 12 梁建群. 结肠造口术前定位对减少造口并发症及病人术后生活质量的影响. 护理研究 2010; 24: 3052-3053

- 13 朱蓓, 魏青, 王永媛. 术前造口定位对肠造口患者造口适应性及生命质量的影响. 护士进修杂志 2013; 28: 1094-1096
- 14 吴唯勤, 郁宝铭. 肠造口位置与并发症关系的探讨. 浙江肿瘤 2000; 6: 6-7
- 15 罗成华. 结直肠癌. 北京: 科学技术文献出版社, 2005: 143
- 16 Gulbinienė J, Markelis R, Tamelis A, Saladzinskis Z. [The impact of preoperative stoma siting and stoma care education on patient's quality of life]. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40: 1045-1053 [PMID: 15547305]
- 17 易彩云. 常见造口并发症影响因素的调查分析. 当代护士 2015; 5: 146-147
- 18 屠世良, 叶再元, 邹寿椿, 邓高里, 陈永伟, 徐慧英, 董全进, 郑伯安. 结肠造口并发症与相关因素分析. 中华胃肠外科杂志 2003; 6: 157-160
- 19 Rullier E, Laurent C, Carles J, Saric J, Michel P, Parneix M. Local recurrence of low rectal cancer after abdominoperineal and anterior resection. *Br J Surg* 1997; 84: 525-528 [PMID: 9112908 DOI: 10.1046/j.1365-2168.1997.02606.x]
- 20 施婕, 罗比可, 刘琳. 不同类型肠造口周围皮炎的原因分析及护理. 护理学杂志 2012; 27: 40-41
- 21 张智慧, 桑喜. 肠造口的护理体会. 内蒙古医学杂志 2013; 45: 754-755
- 22 White CA. Living with a stoma: a practical guide to coping with colostomy, ileostomy or urostomy. 1 edition. London: Sheldon Press, 1997: 210-212
- 23 Patricia Bleakley. Practical stoma wound and continence management. 1 edition. Australia: Reseamh Publications Pty Ltd, 1998: 251-255
- 24 张惠芹, 吴海燕, 李惠兰, 杨丽芳, 肖彩琼. 肠造口患者护理指导实践与成效. 现代临床护理 2004; 3: 27-30
- 25 姚惠娟. 梗阻性大肠癌结肠造口术后早期造口相关性并发症及护理要点. 中国乡村医药 2010; 17: 66-67
- 26 张立霞, 那洁, 刘筱威, 袁春华. 肠造口术后并发症的护理. 吉林医学 2010; 31: 366-367
- 27 覃智玲. 乙状结肠造口并发症的原因及护理进展. 实用医技杂志 2006; 13: 4028-4029
- 28 戴晓冬, 李华珠, 杨宁俐. 51例Miles术后造口并发症的原因分析与护理. 中华护理杂志 2010; 45: 799-800
- 29 赵嵘. 结肠造口并发症原因分析. 中国中西医结合外科杂志 2006; 12: 111-112
- 30 叶广坡, 项和平. 肠造口并发症防治进展. 中国实用医药 2011; 6: 246-248
- 31 李菊云. 肠造口缺血坏死的预见性护理. 中国医药指南 2010; 8: 146-147
- 32 陈娟. 常见肠造口及周围并发症的护理进展. 临床护理杂志 2012; 11: 50-53
- 33 陈秀君. 藻酸盐银离子敷料治疗重度肠造口皮肤黏膜分离的护理. 护士进修杂志 2012; 27: 1710-1712
- 34 柴东芹. 肠造口皮肤黏膜分离的护理分析. 护理实践与研究 2013; 10: 57-58
- 35 Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM, van Overbeeke AJ, Broeders IA, Consten EC. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 1095-1099 [PMID: 22302593 DOI: 10.1007/s00384-012-1413-y]
- 36 刘华丽. 40例肠造口术后并发症护理体会. 中国保健营养 2013; 3: 285
- 37 Ramanujam P, Venkatesh KS. An unusual case of squamous cell carcinoma arising at the stomal site: case report and review of the literature. *J Gastrointest Surg* 2002; 6: 630-631 [PMID: 12127132]
- 38 Mimura T, Kuramoto S, Yamasaki K, Kaminishi M. Familial adenomatous polyposis: a case report and histologic mucin study. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 372-376 [PMID: 10372942]
- 39 Millan M, Tegido M, Biondo S, García-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal Dis* 2010; 12: e88-e92 [PMID: 19799617 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.01942.x]
- 40 吴晓洁. 92例直肠癌Miles术后造口并发症的护理. 中华全科医学 2010; 8: 515-516
- 41 陈慧. 护肤粉、皮肤保护膜和防漏膏预防造口周围刺激性皮炎的效果观察. 内蒙古中医药 2014; 34: 30-31
- 42 Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005; 32: 33-37 [PMID: 15718955]
- 43 俞莉. 肠造口周围皮肤常见并发症的护理进展. 当代护士 2011; (2): 9-10
- 44 Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis* 2007; 9: 834-838 [PMID: 17672873 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x]
- 45 杜秀敏, 王希琴, 陈俊霞, 张雪娜. 太宁乳膏缓解回肠造口刺激性皮炎疼痛的效果观察. 护理实践与研究 2010; 7: 49-50
- 46 胡薇. 肠造口静脉曲张出血的诊治进展. 中国现代普通外科进展 2005; 2: 6-7
- 47 Böhm M, Grigoleit U. [Ileal conduit bleeding in portal hypertension. A rare complication]. *Urologe A* 2000; 39: 348-351 [PMID: 10957777 DOI: 10.1007/s001200050368]
- 48 Arcidiaco M, Dicorato G, Pasqualin G, Gherardi S, Silva P, Tinozzi S. [Portal hypertension and enterostomy: a dangerous combination. Colostomy-induced varices as a rare cause of gastrointestinal hemorrhage. Report of a case and review of the literature]. *Ann Ital Chir* 1999; 70: 61-65 [PMID: 10367509]
- 49 Conte JV, Arcomano TA, Naficy MA, Holt RW. Treatment of bleeding stomal varices. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 308-314 [PMID: 2182311]
- 50 Lott TF, Blazey ME, West MG. Patient participation in health care: an underused resource. *Nurs Clin North Am* 1992; 27: 61-76 [PMID: 1545996]
- 51 向秀芳. 协同护理模式对糖尿病患者负性情绪及生活质量的影响. 当代护士 2011; (5): 51-53
- 52 李洪兰, 李树奎. 协同护理模式对腹腔镜下肾癌根治性切除术患者负性情绪及生活质量的影响. 齐鲁护理杂志 2012; 18: 4-5
- 53 许燕莉, 罗美宜, 沈曼璇, 袁知芳. 协同护理模式对直肠癌永久性结肠造口病人生活质量的影响. 全科护理 2012; 10: 1765-1766
- 54 孙丽, 黄春英, 袁慧华, 李丽红. 协同护理模式(CCM)在直肠癌Miles术后护理中的应用. 现代诊断与治疗 2014; 25: 4790-4791
- 55 Druss BG, Rosenheck RA, Stolar M. Patient

同行评价

本文信息丰富, 层次清晰, 语言简练, 可读性强. 对降低肠造口并发症的发生率, 提高护理质量和患者生活质量, 具有一定的临床意义.

- satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1053-1058 [PMID: 10445654]
- 56 Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, Ohman EM, Peterson ED, Schulman KA. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3: 188-195 [PMID: 20179265 DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.90059757]
- 57 Franzén C, Brulin C, Stenlund H, Björnstig U. Injured road users' health-related quality of life after telephone intervention: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2009; 18: 108-116 [PMID: 19120736 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02436.x]
- 58 Bonell C. Evidence-based nursing: a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority. *J Adv Nurs* 1999; 30: 18-23 [PMID: 10403976 DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.01044.x]
- 59 韩庆增, 王克俭, 潘青芳. 循证护理在预防肠造口并发症中的应用. *护理实践与研究* 2010; 7: 21-22
- 60 刘青平, 黄新波. 循证护理在肠造口患者并发症预防及护理中的应用. *北方药学* 2012; 9: 121
- 61 刘海波, 朱卉, 胡芳. 循证护理在肠造口周围皮炎预防及治疗中的应用. *中华护理杂志* 2010; 45: 886-888
- 62 刘艾, 唐成先, 陈幸幸, 陈浪竹, 肖政. 我国直肠癌永久性肠造口(人工肛门)病人的护理循证. *中国卫生产业* 2014; 26: 85-86
- 63 陈苏红, 杜伟丽, 黄玉桃, 谢新芳, 叶芳, 王蔚, 俞怡. 直肠癌结肠造口术后延伸护理服务的研究. *护理与康复* 2008; 7: 9-11
- 64 Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004; 2: 445-451 [PMID: 15506579 DOI: 10.1370/afm.91]
- 65 徐娜, 芦桂芝, 张颜. 肠造口患者延续护理的研究进展. *护理学杂志* 2014; 29: 94-96
- 66 郑双. 延续护理对出院后直肠癌永久性肠造口患者的作用分析. *现代中西医结合杂志* 2015; 24: 665-667
- 67 黄玉婵, 周敏卿, 黄惠亭, 叶翠华. 延续护理对永久性肠造口患者生存质量及并发症的影响. *中国医药指南* 2014; 12: 12-15
- 68 马倩红, 梁志翔. 家庭随访对肠造口患者生活质量的影响. *当代护士* 2011; (2): 163-164

编辑: 郭鹏 电编: 都珍珍

