

一例高龄伴冠心病史的肠造口患者的护理

梁蔡简

广州市白云区人民医院, 伤口造口护理专科, 广东 广州 510470

摘要: 直肠癌是常见的恶性肿瘤之一, 在我国以中低位直肠癌多见, 回肠造口术是将末端回肠拖出腹壁做一个造口, 以达到排泄、转流肠内容物的目的, 近年来随着低位保肛手术的普及, 回肠造口术应用越来越广泛, 改变了粪便的正常出口, 从隐秘的会阴部移至腹部, 且无法控制, 很大程度上改变了患者术后的生活质量, 高龄合并冠心病患者属于高危病人, 其手术危险及术后并发症发生率明显高于非冠心病患者, 但术前准备充分, 术后加强护理, 可提高患者对手术的耐受力, 降低手术风险, 可以取得较满意的效果, 加速患者康复, 提高患者的生活质量^[1]。

关键词: 高龄; 直肠癌; 冠心病; 回肠造口; 护理; 心理护理; 健康指导

2022 年 10 月 10 日接诊 1 例高龄、独居伴有冠心病直肠癌的患者, 通过护理评估收集患者全面的资料, 得出主要的护理目标, 制定实施完整的护理措施, 给予客观的护理评价, 具体资料报告如下。

1. 病例介绍

患者, 何某某, 男性, 84 岁。主诉: 便血 6 个月余, 外院肠镜发现一距肛门 10cm 直肠环腔肿物, 呈菜花状, 表面凹凸不平, 距肛 15cm 见一分叶样侧向发育型肿物, 长径约 2.5cm, 表面充血, 质地软, 直肠肿物活检病理为中分化腺癌, 部分为粘液腺癌, 诊断: 1. 直肠癌 2. 乙状结肠肿物性质待查 3. 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 既往有 10 余年冠心病史, 曾行“支架手术”和“肾囊肿手术”, 无过敏史, 无高血压、糖尿病, 有吸烟史, 无饮酒史, 否认家族中有恶性肿瘤病史、传染病史, 术前患者无明显腹痛、腹泻, 无恶心呕吐, 无发热、乏力, 精神、睡眠、胃纳可, 小便无特殊, 大便带血, 量少, 血液附在粪便表面, 呈暗红色, 伴有里急后重感, 体重无明显改变。入院生命体征正常, 入院后完善相关检查, 本院肠镜结果: 直肠癌, 心电图结果: 窦性心律不齐, 心脏彩超结果: 主动脉瓣钙化, 10 月 11 日造口治疗师给予术前造口定位, 10 月 12 日在全麻下行“腹腔镜下 Dixon+ 回肠造瘘术”, 现患者恢复良好, 已康复出院。

2. 护理评估

2.1 全身评估

术后第一天生命体征正常, 留置盆腔引流管、皮下引流管、尿管均引出暗红色液体, 留置尿管引出黄色尿液, 白

细胞 $14.36 \times 10^9/L$, 血红蛋白 $108g/L$, 白蛋白 $29.3g/L$, ADL 评分: 80 分, 压疮风险评估分: 12 分, Caprini 血栓风险评估分: 9 分, 跌倒风险评估分: 5 分。

2.2 局部评估

伤口和造口情况 右下腹回肠袢式造口, 呈椭圆形, 排泄口最低粘膜高度: 1.5cm, 造口大小: $3cm \times 4cm$, 造口粘膜: 粉红色, 水肿, 造口旁 9 点和 6 点方向可见切口, 造口周围腹壁平坦, 皮肤正常, 排墨绿色水样便, 疼痛评分 2 分 (换药时)。

2.3 心理评估

患者虽是一位高龄老年人, 对自身的形象比较注重, 造口治疗师术前定位时已经告知造口对日常生活所造成的不便, 仍然会担心出院后能不能自己进行造口护理^[2]。

2.4 自我能力评估

患者曾是一位高级工程师, 文化水平较高, 动手能力较好, 虽然双眼视力较差, 日常需佩戴眼镜, 并不影响进行自我生活护理。

3. 护理目标

3.1 患者能接受造口并适应新的排便方式, 能自己进行肠造口护理; 患者焦虑减轻; 患者未出现并发症

4. 术后护理

4.1 一般护理

术后持续心电监护、吸氧, 严密观察生命体征的变化, 结合患者既往有冠心病史, 对手术耐受力较正常者低, 应注意保暖, 翻身及搬动病人动作要轻柔, 避免患者用力^[3], 考

虑病人的心脏耐受能力，控制输液速度 40-60 滴 / 分，予静脉镇痛泵加凯芬注射液多模式镇痛，语言疼痛评分基本控制在 2 分。

4.2 伤口护理

患者白蛋白低，观察切口有无水肿，补充营养以循序渐进进食高蛋白类食物为主，如鱼，瘦肉、鸡蛋、牛奶等，给予造口旁切口碘伏消毒后使用薄型水胶体覆盖，预防感染，使造口袋粘贴牢固（图 1）。术后患者切口无红肿渗液，愈合好。



图 1

4.3 造口护理

考虑患者年龄大、视力较差，指导患者更换造口袋时提前准备好眼镜、镜子，老年人动作缓慢，指导更换造口袋尽量在空腹状态下进行，减少大便的排出，有利于造口袋的粘贴。注意手法应从上往下，一边按压一边揭除，观察造口底盘有无渗漏（图 2），用无含酒精成分的湿纸巾遵循由外向内、环状抹洗的原则清洗造口及周围皮肤，然后用干纸巾抹干造口周围皮肤也应遵循从外向内的清洁原则（图 3），评估造口及周围皮肤是否出现并发症，如有应及时对症处理^[4]，根据患者造口情况及周围腹壁情况选择一件式平面造口袋，测量造口的大小并进行底盘裁剪，裁剪的大小一般比造口大 2-3mm，最后除去底盘处的粘纸，对准造口贴紧周围皮肤，尾端反折，并用封口条固定，最后指导患者用手按压造口 5min，使粘贴更牢固。

术后第一天，采用一对一、面对面的方法对患者进行全程造口护理的示范，患者了解当造口袋内充满三分之一的排泄物时，需要将排泄物排放至厕所内或胶袋内，排完后用湿纸巾和干纸巾擦干袋口，并且已经学会如何开放与闭合封口条（图 4-6）。



图 2



图 3



图 4



图 5



图 6

术后第二天，患者精神好，鼓励患者进行第一次造口护理，给予提前准备好所需的眼镜、镜子，在光线明亮的窗边，取坐位，护理方法同前，做到放手不放眼，放眼不放手。患者造口旁切口无感染，造口袋粘贴牢固，底盘无渗漏，周围皮肤正常，患者能自我进行大部分造口护理。

术后第六天，继续鼓励患者进行自我造口护理，取坐位，护理方法同前。患者能全程自己更换造口袋，提高了患者的积极感受。

4.4 并发症的观察与护理

4.4.1 造口水肿 是最常见的并发症之一，早期可能由于手术创伤、刺激所致，常见于术后 2d-5d，一般多于一周后自行逐渐消退，若出现颜色发白、发紫或发黑需及时报告医生处理。患者术后造口粘膜有水肿，于第六天水肿较前减退。

4.4.2 出血 / 渗血 应评估造口出血的部位、量，排除在更换造口袋时对造口的伤害，帮助患者选择大小合适的造口袋，浅表出血可压迫止血，或涂撒造口护肤粉，或用藻酸盐敷料按压，非肠造口肠腔内出血，可用浸有 1% 肾上腺素溶液的纱布、云南白药粉等外敷后纱块压迫止血，止血无效时报告医生。术后患者造口无渗血、出血。

4.4.3 造口旁疝 是最常见的造口周围并发症，轻度表现为造口基部或周围鼓起，教育患者不可提取重物，咳嗽时需用双手捂住肠造口，减少腹部压力。术后患者无出现造口旁疝。

4.4.4 造口脱垂 原因有腹部长期用力（如咳嗽、便秘、用力排便、排便困难）造成腹压增高，引起肠管从造口处外翻、脱垂，教育患者避免腹部用力，预防造口脱垂。术后患者无出现造口脱垂。

4.5 健康教育

饮食指导 术后鼓励患者多喝水以降低血液黏稠度，尽量避免感觉口干才喝水，高纤维和难消化食物，如种子类食物，蘑菇、玉米、芹菜等食物注意烹调方式，同时必须将食物充分咀嚼，以免难消化导致造口堵塞，导致腹痛腹胀，口服药物后要注意观察药物是否从造口排出，多吃含丰富维生素 C 的水果（如橙、柚、柠檬、山楂等）和新鲜蔬菜，预防维生素 C 的缺乏。

运动指导 考虑患者年龄大，并有冠心病病史，术后深静脉血栓发生的风险比较大，入院后应对老年患者告知戒烟的重要性，术后予双下肢穿戴弹力袜，促进下肢血液回流，

协助每两小时给予翻身一次，清醒即可半卧位，协助行双下肢功能锻炼，鼓励患者早期下床活动，注意劳逸结合，并给予言语肯定与赞赏，增加患者的自信心，向患者强调每次躺下和起床都要侧身及用肘部撑起，以减轻腹压，同时做好防跌倒护理宣教。本例患者术后无发生压力性损伤。

日常生活与旅游 当体能已恢复基本可以考虑做日常家务，但要避免拎取重物，乘坐飞机、游轮、火车对造口都没有影响，需将少量造口用品随身携带，以便随时更换。

心理护理 术后早期因为病情限制及各种仪器、管道的约束，患者担心自我护理的能力不能达到术前的期望，增加与患者的交流，给予多巡视、关心、鼓励患者，对有关提示手术恢复良好的一些表现加以肯定与鼓励 [5-6]。术后患者未出现焦虑、烦躁情绪，对手术治疗与造口护理效果表示满意。

复诊指导 指导患者手术后两周按造口治疗师出诊时间提前挂号到造口门诊复诊，进行伤口造口缝线拆线、造口支架拆除、造口护理等指导，注意随身携带造口护理用品。

5. 护理效果 肠造口护理过程中同时尽早让患者参与肠造口护理，通过指导 - 参观 - 自我护理模式，以及发放健康宣教资料等方式，让患者逐步掌握肠造口的日常护理技巧，有效避免了粪水污染手术切口，并指导患者学会回肠造口并发症的观察及预防方法，最后患者在 10 月 18 日拔除引流管后顺利出院（图 7）。



图 7

6. 总结

随着老年结直肠癌患者的发病率的增加，老年肠造口的护理也是影响患者康复效果的因素之一，通过对老年患者的自我护理能力的评估，个性化进行护理指导，充分调动患者内在的积极性，让老年患者自己完成造口护理，不仅可以缓解老年患者造口护理完全依赖家庭，对亲属带来的压力，还可以缓解患者对疾病带来的焦虑，促进疾病的康复，还可

以提高患者的生存成就感和生活质量。

参考文献:

[1] 胡海燕,朱立波,王婷. 胃肠外科直肠癌预防性回肠造口患者的营养护理干预 [C]. // 中华护理学会第十四届全国造口、伤口、失禁护理学术交流会论文集. 2017:130-131.

[2] 邱振兰. 冠心病患者围术期护理需求调查 [J]. 中华现代护理杂志,2014,20(23):2946-2949. DOI:10.3760/j.issn.1674-2907.2014.23.027.

[3] 胡海燕,朱立波,王婷. 胃肠外科直肠癌预防性回肠造口患者的营养护理干预 [C]. // 中华护理学会第十四届全国造口、伤口、失禁护理学术交流会论文集. 2017:130-131.

[4] 云红,张怡,郑薇,等. 预防性回肠造口术后粪水性皮炎的危险因素及护理对策 [J]. 中华结直肠疾病电子杂志,2019,8(4):413-416. DOI:10.3877/cma.j.issn.2095-3224.2019.04.018.

[5] 吴晶,杨欣,周月. 多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响 [J]. 中华现代护理杂志,2018,24(5):577-581. DOI:10.3760/j.issn.1674-2907.2018.05.020.

[6] 盛娟娟,董然. 心理护理对冠状动脉搭桥手术患者焦虑情绪的影响 [J]. 中华现代护理杂志,2018,24(34):4197-4198. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2018.34.030.