

3 讨论

肠造口术虽然挽救了患者的生命,但由于造口没有括约肌,控制不了大便的排出,严重影响了患者的生活质量^[4]。造口术后的常见并发症为造口旁疝,发生率国外为 10%~56%,国内为 18%~37%^[5],造口旁疝的发生与造口位置的选择密切相关,经腹直肌的造口可有效减少造口旁疝的发生。故术前简单有效的造口位置选择是非常重要的^[5-7]。传统定位方法操作步骤较多,耗时过长,增加护理人员在造口术前定位工作量。本研究为弥补传统定位方法的不足,自制肠造口术前定位尺用于术前造口定位,可将传统造口术前定位操作中的协助患者抬高头部看脚尖、操作者寻找腹直肌步骤简化,减轻了患者因需要在配合操作中存在的紧张感,提高了患者的信任度和治疗的依从性;同时,由于自制肠造口术前定位尺中 15 个圆孔位置明确,有利于医护人员同质化定位,进而提高定位准确性,从而降低了术后造口旁疝率,提高

了患者对术前定位的满意度。本研究显示,观察组造口旁疝的发生率明显低于对照组,观察组患者对术前定位满意度高于对照组,经比较,差异有统计学意义。

参考文献:

- [1] 龚雪,赵士琴,何世银. 品管圈在提高肠造口术前定位执行率中的应用[J]. 护理实践与研究,2016,13(12):66-68.
- [2] 魏东. 低位直肠癌外科治疗现状与展望[J]. 世界华人消化杂志,2016,24(21):3238-3247.
- [3] 陈静,邱群,徐洪莲,等. 品管圈活动在肠造口术前造口定位中的应用[J]. 解放军护理杂志,2017,34(11):62-66.
- [4] 褚亚琼. 术前定位和护理干预对老年肠造口并发症的影响[J]. 中国现代药物应用,2015,9(5):201-202.
- [5] 徐林霞,李显蓉,冯立波. 造口术前定位对肠造口患者生活质量的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2017,3(5):103-104.
- [6] 蔡玉莲. 结肠造口术前定位护理新进展[J]. 吉林医学,2016,37(4):952-953.
- [7] 周茹珍,厉坤鹏,陈静,等. 开展品管圈术前肠造口定位的准确率[J]. 解放军医院管理杂志,2017,24(8):763-766.

体位护理联合肛袋预防骶骨肿瘤术后大便失禁患者切口愈合不良的效果观察

蔡晓琳,张伟玲,张丽霞,陈燕珍,黄天雯

中山大学附属第一医院,广东广州 510080

摘要:目的 观察体位护理联合肛袋预防骶骨肿瘤术后大便失禁患者切口愈合不良的效果。方法 采用随机数字表法将 38 例患者分为对照组 22 例和观察组 16 例。对照组采用左与右 45°斜侧卧位交替、肛门使用卫生棉条,观察组采用俯卧位与 90°侧卧位交替、肛门使用肛袋。比较两组患者术后 7 d 内粪便污染切口发生率与术后 7 d 切口愈合不良发生率。结果 观察组手术后 7 d 内粪便污染切口发生率为 6.3%,对照组为 59.1%,差异有统计学意义($P<0.01$);手术 7 d 后患者切口愈合不良发生率观察组为 12.5%,对照组为 45.5%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 骶骨肿瘤术后大便失禁患者采取体位护理联合肛袋预防切口愈合不良效果较好。

关键词:骶骨肿瘤;大便失禁;切口愈合不良;肛袋;体位护理 Doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2020.01.016

中图分类号:R472.9⁺¹

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2020)01-0055-03

骶骨肿瘤约占骨肿瘤的 1.0%~3.5%^[1]。目前,手术切除是骶骨肿瘤的主要治疗手段,但因骶骨肿瘤手术过程复杂,手术切口长、术后骶尾部缺乏皮下组织、血运差、皮瓣受压缺血、大便污染切口,容易发生切口愈合不良。相关文献报道,切口愈合不良发生率可高达 12.5%~29.2%^[2-3],易

导致切口感染、脂肪液化、血肿及切口裂开等^[4-5],给患者及家庭带来严重的心理负担和经济压力。因此,对骶骨肿瘤术后患者实施有效护理措施,降低切口愈合不良发生率至关重要。2013 年 1 月至 2017 年 12 月,中山大学附属第一医院骨肿瘤科对 16 例骶骨肿瘤术后大便失禁患者采用体位护理联合肛袋预防切口愈合不良,取得较好效果,现报告如下。

作者简介:蔡晓琳(1987—),女,本科,护师。

收稿日期:2019-08-15

1 对象与方法

1.1 对象

本研究符合《赫尔辛基宣言》要求,通过医院伦理委员会审核。纳入标准:术前经病理证实为骶骨肿瘤患者,在全身麻醉下行后路或前后路骶骨肿瘤切除术,术后发生大便失禁;年龄大于 18 周岁;无家庭性精神类疾病史;患者及其家属知情同意,并签署知情同意书。排除标准:术前检查已发现远处转移。脱落标准:干预期间出现严重病情变化退出研究。符合纳入和排除标准的患者 38 例,采用随机数字表法分为对照组 22 例和观察组 16 例,干预过程未发生脱落病例。两组患者性别、年龄、手术方法及大便失禁程度^[6]等一般资料比较,见表 1。

表 1 两组患者的一般资料比较

项 目	对照组 (n=22)	观察组 (n=16)	χ^2/t 值	P 值
性别/例			1.010	>0.05
男	12	9		
女	10	7		
年龄/岁	42.3±13.1	47.9±12.5	0.050	>0.05
手术方法/例				
前后联合入路	20	15		>0.05 ¹⁾
单纯后路	2	1		
大便失禁程度/例			0.030	>0.05
轻度	13	9		
重度	9	7		

注:¹⁾ Fisher's 检验

1.2 预防方法

根据患者的胃肠功能恢复情况,制定针对性的个体化营养护理措施,饮食逐渐过渡至普食。保持床单位的整洁、干燥,每日清扫床单,及时更换被污染的床单。应用气垫床,臀部皮肤予啫喱垫减压保护。每天评估患者切口愈合情况,每 1~2 h 观察切口敷料有无渗血、渗液,观察引流液颜色、量、性状。使用 3M 弹力胶布辅助固定各引流管,固定位置低于引流管口,保持引流管通畅,并防脱管、受压、扭曲。做好引流液 2/3 倾倒,及时更换引流袋。每 4 h 监测体温,嘱患者多饮水,每日饮水量大于 1 500~2 000 ml/d。

1.2.1 对照组

体位护理:采用传统三角翻身枕(传统三角翻身枕用长 55 cm、宽 30 cm、高 19 cm 的海绵制成,

一侧为 45°、一侧为 90°),协助患者呈 45°斜侧卧位,将传统三角翻身枕 45°一侧放置在患者的肩部及臀部,两腿间放置软枕,并屈曲下肢,避免膝关节间和脚踝间过度受压。每 1~2 h 进行翻身拍背,翻身顺序按左侧 45°斜侧卧位→右侧 45°斜侧卧位交替。大便失禁护理:采用卫生棉条干预肛门,即术后协助患者取侧卧位,护士做好手卫生并戴手套,双手分别沿着卫生棉条箭头所指的方向,轻轻拧开卫生棉条的外包装,将蓝色线拉出,将线轻轻切向四边,棉条扩张成小伞的形状;将右食指放入伞状的凹槽内,左手轻轻分开臀部暴露肛门,右手轻轻将卫生棉条塞入肛门内。使用卫生棉条时,每 6 h 进行肛周清洗与更换卫生棉条,观察卫生棉条吸收粪便的情况,如卫生棉条脱出时及时更换,防止粪便污染切口。

1.2.2 观察组

体位护理:采用传统三角翻身枕,协助患者呈 90°侧卧位,将传统三角翻身枕 90°一侧放置在患者肩背部与腰部,两腿间放置软枕,避免臀部及骶尾部皮肤受压。每 1~2 h 进行翻身拍背,翻身顺序按左侧 90°侧卧位→俯卧位→右侧 90°侧卧位交替。大便失禁护理:选择肛袋外贴肛门,即术后协助患者取侧卧位,评估患者肛门反射、肛周毛发与肛门大小情况,剃去患者肛周毛发,用 0.9%氯化钠溶液 100 ml 清洗肛周,无菌纱布擦干,测量患者肛门直径,将肛袋底板围绕中心孔剪成比肛门直径大 1 cm 的圆形孔,用手指撑开肛周皮肤,将肛袋粘贴并按压粘贴肛门周围,使之紧贴在肛门周围的皮肤上,检查肛袋是否粘贴牢固,并用橡皮筋扎好粪便收集袋。使用肛袋时每 3 d 更换肛袋 1 次,每 8 h 进行倾倒粪便,如遇患者肛门排气过多时,2~3 h 倾倒 1 次。

1.3 观察指标

观察术后 7 d 内粪便污染切口发生情况及术后 7 d 切口愈合情况。粪便污染切口:术后 7 d 内,粪便≥1 次污染切口记为 1 次污染切口。切口愈合标准:根据《医院感染诊断标准(试行)》^[7]规定,甲级愈合为愈合良好,乙级和丙级愈合为愈合不良。甲级:愈合优良,无不良反应;乙级:切口局部红肿、血肿、硬结、渗液;丙级:切口化脓^[8]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后 7 d 内粪便污染切口情况比较

观察组粪便污染切口发生率低于对照组,见表 2。

表 2 两组患者术后 7 d 内粪便污染切口情况比较 例(%)

组 别	例数	粪便污染切口
观察组	16	1(6.3)
对照组	22	13(59.1)

$\chi^2=11.11, P<0.01$

2.2 两组患者术后 7 d 切口愈合不良情况比较

观察组切口愈合不良发生率低于对照组,见表 3。

表 3 两组患者术后 7 d 切口愈合不良情况比较 例(%)

组 别	例数	切口愈合不良
观察组	16	2(12.5)
对照组	22	10(45.5)

$\chi^2=4.66, P<0.05$

3 讨论

3.1 不同卧位预防切口愈合不良的分析

在骨科护理工作中,应用传统三角枕使患者体位呈 45°斜侧卧位是骨科术后患者常见的体位,因 45°斜侧卧位,可使压力分散在臀大肌与股骨粗隆上,可降低压疮风险。而且 45°斜侧卧位与平卧位对比,可降低骶尾部切口直接受压。但是骶骨肿瘤手术切除方法有前后联合入路及单纯后路全骶骨切除,后路切口为后方正中倒置“Y”型切口,此类切口肿瘤切除术后易出现较大死腔、皮瓣供血运差^[9-10]。45°斜侧卧位不能完全让骶尾部切口避免受压,容易出现骶尾部部分切口愈合不良。而 90°侧卧位与俯卧位交替应用于骶骨肿瘤手术切除患者中,90°侧卧位身体重心落于靠床侧的肩胛及髋部,压力点为耳朵、肩峰突、肋骨、股骨粗隆、膝关节与脚踝处;俯卧位的压力点为脸颊、耳朵、下颌、肩部、乳房(女性)、生殖器(男性)、膝关节和脚趾^[11]。90°侧卧位与俯卧位交替能完全避免骶尾部切口受压。因此,更有利于尾骶部切口愈合。本研究结果显示,观察组切口愈合不良发生率为 12.5%,低于对照组 45.5%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.2 卫生棉条与肛袋预防切口愈合不良的分析

骶骨肿瘤切除手术有时为了尽量彻底的切除

肿瘤,就难以保留一侧或双侧骶神经根,导致患者术后出现大便失禁。大便失禁容易持续污染切口,导致患者出现切口愈合不良^[12]。卫生棉条常应用于大便失禁患者,可迅速吸收液体并像四周辐射状膨大,形似蘑菇,防止粪便溢出^[13]。临床发现患者一旦粪便多或腹压加重时,会使卫生棉条脱出,导致粪便污染切口,进而影响切口愈合不良。肛袋粘贴肛门的优点在于不受失禁患者粪便量和次数的制约,可有效吸收稀便、水样便。同时,肛袋不属于内置产品,对直肠括约肌无损伤风险^[14]。因此,肛袋粘贴肛门能降低粪便污染切口,进而预防切口愈合不良。本研究结果显示,观察组粪便污染切口发生率低于对照组,经比较差异有统计学意义。

参考文献:

[1] 宋飞,马庆军,刘忠军,等.原发性骶骨肿瘤的手术治疗[J].中国脊柱脊髓杂志,2010,20(8):629-633.
[2] 赵忠胜,林斌.原发恶性骶骨肿瘤的外科治疗进展[J].临床骨科杂志,2015,18(5):627-631.
[3] 李惠平,张婷,许景庭.骶骨肿瘤患者术后切口相关并发症发生原因分析及护理[J].齐鲁护理杂志,2012,23(23):40-41.
[4] DEVIN C, CHONG P Y, HOLT G E, et al. Level adjusted peri-operative risk of sacral amputations[J]. J Surg Oncol, 2006, 94(3):203-211.
[5] BORIANI S, BANDIERA S, BIAGINI R, et al. Chordoma of the mobile spine: fifty years of experience[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2006, 31(4): 493-503.
[6] VISSCHER A P, SCHUUR D, ROOS R, et al. Long-term follow-up after surgery for simple and complex cryptoglandular fistulas: fecal incontinence and impact on quality of life[J]. Dis Colon Rectum, 2015, 58(5): 533-539.
[7] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(5): 460-465.
[8] 刘鹏,周敏,钟先利,等.胸腹腔引流管切口愈合不良患者影响因素的 Logistic 分析[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(25): 3629-3632.
[9] 俞猛,徐万鹏,张林,等.骶骨肿瘤术后切口并发症的相关因素分析[J]. 中国骨肿瘤骨病, 2009, 8(6): 321-323.
[10] RUGGIERI P, ANGELINI A, USSIA G, et al. Surgical margins and local control in resection of sacral chordomas[J]. Clin Orthop Relat Res, 2010, 468(11): 2939-2947.
[11] 蒋琪霞. 压疮护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 57-59.
[12] DOHERTY W. Managing faecal incontinence or leakage: the Peristeen Anal Plug [J]. British Journal of Nursing, 2004, 13(13): 1293-1297.
[13] 叶旭平, 徐瑜, 陈和珍. 内置式卫生棉条在大便失禁患者中的应用[J]. 护理与康复, 2009, 8(6): 517-518.
[14] 徐慧敏, 吴娟. 大便失禁病人辅助装置的研究进展[J]. 护理研究, 2017, 31(17): 2073-2075.