

# 疝修补术后出现手术伤口裂开的造口患者护理复杂性：病例研究

## 摘要

对于外科医生来说，尤其是当患者有预先存在的并发症时，造口手术通常较为复杂。术后，造口周围并发症会影响造口袋的附着力，妨碍造口患者的自我护理和健康，由此增加了对接受过造口周围皮肤并发症管理培训的专业人员的需求。此外，医疗保健专业人员需要能够教授造口患者自我护理造口，或帮助他们处理造口周围并发症。本病例研究的目的在于报告一个复杂的临床病例，该病例在疝修补术和结肠造口术后导致手术伤口裂开和继发性造口周围并发症。本病例研究还强调了造口治疗师提倡的临床护理方式，以治疗这些并发症。

**关键词** 造口，疝修补术，术后并发症，护理，造口治疗师

**文献引用** Diniz IV et al.疝修补术后出现手术伤口裂开的造口患者护理复杂性：病例研究。WCET® Journal 2021;41(3):22-26

**DOI** <https://doi.org/10.33235/wcet.41.3.22-26>

2020年12月13日提交，2021年7月18日接受

## 引言

在美国（USA）<sup>1</sup>，每年进行约10万例造口手术，据估计，USA约有100万人拥有造口<sup>2</sup>。在巴西，造口手术和造口产生的数据不明确；但由于结肠直肠癌发

生率（造口术的主要原因）每年都在增加，估计病例数量较高<sup>3</sup>。

改变肠道结构以建立回肠造口或结肠造口是造口术外科医生面临的一项挑战，这些造口手术可改变肠道运输时间，从而保持排便一致性。通常来说，例如在肥胖腹部形成造口，会出现相关并发症<sup>4</sup>。术后，报告的主要问题是造口和造口周围并发症，这些并发症可当即发生，也可延迟发生；两者都会降低造口患者的生活质量<sup>5</sup>。

一项分析造口手术后并发症发生率的研究发现，28.4%的受试者出现了一些并发症，最常见的是表面皮肤粘膜分离（19.5%）和造口回缩（3.2%）<sup>6</sup>。另一项研究的术后并发症综合征为33.3%，其中13.6%有回缩，10.6%有造口旁疝，28.8%有造口并发症-皮炎（21.2%）和粘膜水肿（4.5%）<sup>7</sup>。造口周围并发症是影响造口袋对皮肤的粘附并妨碍造口患者的自我护理和健康的主要并发症，因为这些会导致渗漏、刺激性皮炎和其他并发症，例如感染。

因此，围手术期和术后康复过程中的护理对于造口患者适应有造口的生活并在可能的情况下实现自我护理的独立性至关重要。在这种情况下，医疗保健

### Iraktânia Vitorino Diniz\*

博士生，帕拉伊巴联邦大学，研究生护士，PPGEN, João Pessoa, Paraíba, 巴西  
Golfo da Califórnia Street, 90, Cabedelo, Paraíba, 巴西  
电子邮箱: iraktania@hotmail.com

### Isabelle Pereira da Silva

硕士生，北里奥格兰德联邦大学，护理系，Natal, Rio Grande do Norte, 巴西  
电子邮箱: isabelle\_dasilva@hotmail.com

### Lorena Brito do O'

护生，北里奥格兰德联邦大学，护理系，Natal, Rio Grande do Norte, 巴西  
电子邮箱: lorena\_ito@hotmail.com

### Isabelle Katherine Fernandes Costa PhD

教师，北里奥格兰德联邦大学，护理系，Natal, Rio Grande do Norte, 巴西  
电子邮箱: isabellekfc@yahoo.com.br

### Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares PhD

教师，帕拉伊巴联邦大学，研究生护士，PPGEN, João Pessoa, Paraíba, 巴西  
电子邮箱: mmjulieg@gmail.com

\* 通讯作者

专业人员在并发症的治疗和健康教育过程中发挥着重要作用<sup>5</sup>。

该研究符合研究道德标准，经巴西帕拉伊巴联邦大学研究伦理委员会根据第2,562,857条批准。受试者在知悉病例研究的目的和程序后签署了知情同意书。

本病例研究的目的是报告疝修补联合结肠造口术后患者的复杂临床病例情况，以及造口治疗师的治疗策略。

## 病例报告

### 患者主诉

本文报告的患者是一名女性，56岁，肥胖，患有糖尿病。2018年7月，她因严重腹痛和潜在肠梗阻入院。进一步检查后，实验室检查和断层扫描显示白细胞计数为17,650，诊断为绞窄性腹股沟疝。她接受了紧急剖腹探查术、疝修补术、肠切开术和结肠造口术。

2018年7月15日，即术后第3天，患者从邻近结肠造口术的手术切口中间的开口处出现脓性液溢出。腹部也出现肿胀，表明需要去除脐水平以下的备用缝合线，以减轻缝合线附近和右侧缝合线上的张力。

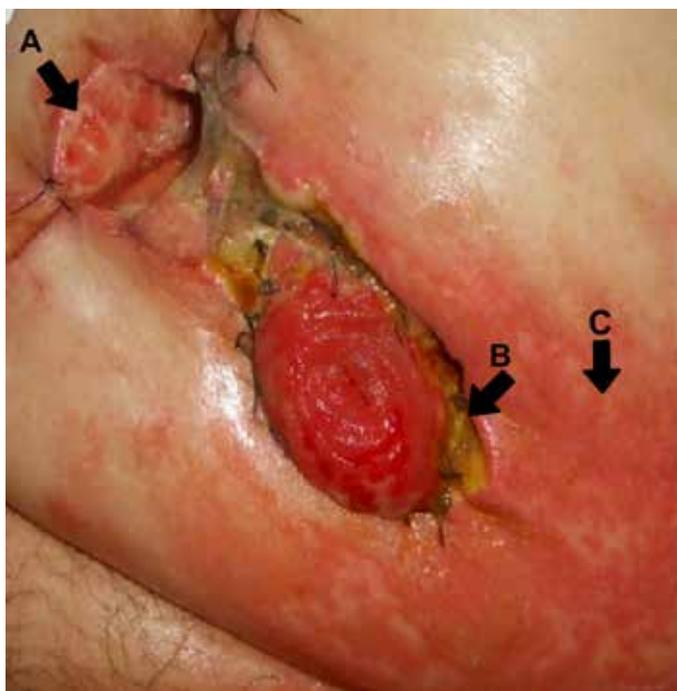


图1.A: 手术伤口裂开; B: 造口皮肤粘膜脱离; C: 造口周围皮炎

随后，缝线拆除导致手术伤口裂开（图1A）。此外，缝合线的内侧边缘和造口的上缘发生了造口与腹部的皮肤粘膜脱离（图1B）。此外，发生了大面积造口周围皮炎，从结肠造口右侧向外扩散10 cm半径（图1C）。造口周围皮炎是由造口中的半液体粪便与完整皮肤接触引起的，这是由于造口器械粘连不良，造口周围的粪便因手术伤口裂开和皮肤粘膜分离的综合作用而渗漏所致。

### 造口治疗及护理干预

使用0.9%的盐水对伤口、皮肤和造口进行卫生处理。为管理和促进手术伤口裂开的修复，将海藻酸钙覆盖创面上。在海藻酸钙和皮炎区域上覆盖一片水胶体敷料保护造口，以便构筑稳定的底盘基底，在基底上放置两件式结肠造口器具的底盘（或法兰）。2天后，由于伤口进一步裂开、伤口坏死和随后的渗漏，需要移除敷料和结肠造口器具（图2）。

2018年7月17日，术后第5天，手术伤口裂开区域扩大，大小为8x7x5 cm，存在感染和化脓性渗出液（图2）。这时需要改变管理策略。在这种情况下，造口治疗师提倡使用含银的氢化聚合物敷料（银敷料）以进行抗菌控制并吸收渗出液。将银敷料置于创腔内。为确保隔离造口与伤口并对造口周围进行良好密封以防止渗漏，在造口附近的湿性皮炎区域涂上造口粉。使用造口糊剂和水胶体条填充和覆盖由皮肤粘膜分离和造口周围霉菌导致的创面，以形成干燥的表面，在该表面放置凸形底盘（两件式结肠造口袋系统）以进一步治疗造口回缩；同时还可促进伤口愈合。

由于患者肥胖、腹胀，造口器械难以贴合，2018年7月20日，术后第7天，手术伤口裂开程度明显加重，达27x18x4 cm。创腔内不仅有明显的粪液溢出，还有不透明的纤维蛋白组织，液化坏死区平均占创面面积的30%（图2）。为了应对腹部伤口和造口的物理变化，对敷料方案进行了如下修改。

伤口用0.9%生理盐水和0.2%聚己酰胺清洗，因为病患所在医院，一般使用0.9%生理盐水和聚己缩氨酸溶液清洗。使用盐溶液清洁和去除多余的污垢，聚己酸溶液因可抗菌，用于清洁伤口区域。清洁后，使用8号nelaton导管和10cc注射器从创腔中冲洗多

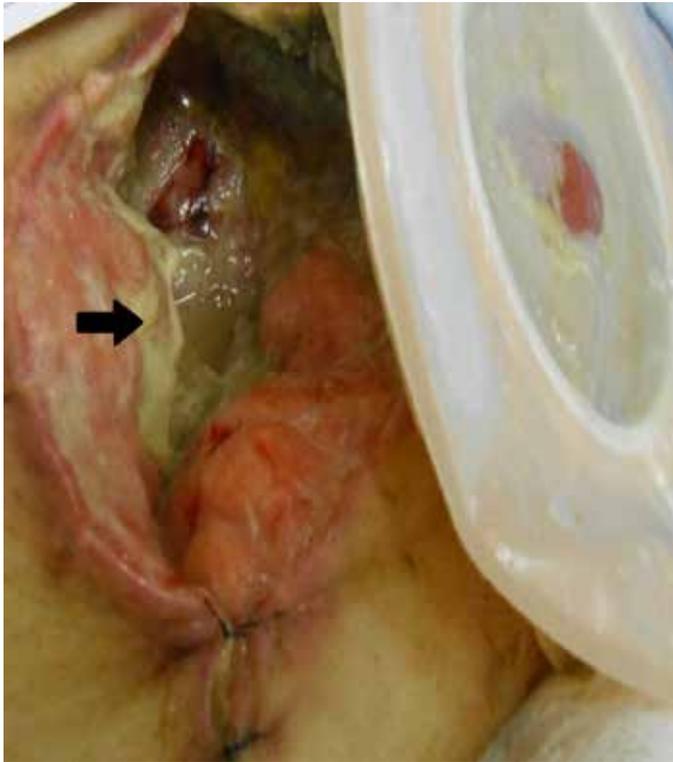


图2.手术伤口裂开，伤口内存在液化性坏死和纤维蛋白

余的液体。为吸收伤口渗出液，将海藻酸钙作为主要敷料或接触层放置在手术伤口裂开创面的所有区

域，包括所有可见的窦道/管道开口。用于抗菌控制的辅助敷料是一种含非粘性银的氢化聚合物。最后，用三层组合纱布和聚氨酯薄膜进行外部固定（图3 A-F）。

上述伤口敷料方案由包括负责外科医生、建议造口治疗师和护理人员在内的多学科团队商定。敷料由造口治疗师或护理人员 and 护士技术人员进行。除了伤口护理外，有必要继续隔离结肠造口和已有的造口周围皮肤并发症。因此，使用水胶体条和造口膏重建造口周围区域来隔离结肠造口。为了进一步覆盖和保护造口周围皮炎区域免受粪便污染，使用了20x20 cm的造口防漏片，在贴片上切出造口开口，并固定在造口周围。将带有凸面底座的可外排透明2件式造口器具贴在保护片上。

另对该患者进行了15天的随访。尽管显示伤口愈合良好，伤口敷料和造口器具持续粘附，该患者仍因合并症和败血症于2018年8月5日不幸死亡。

### 讨论

在本病例研究中，患者在急诊手术后第3天出现缝合线化脓。去除几条腹部缝合线后，腹部伤口进一步

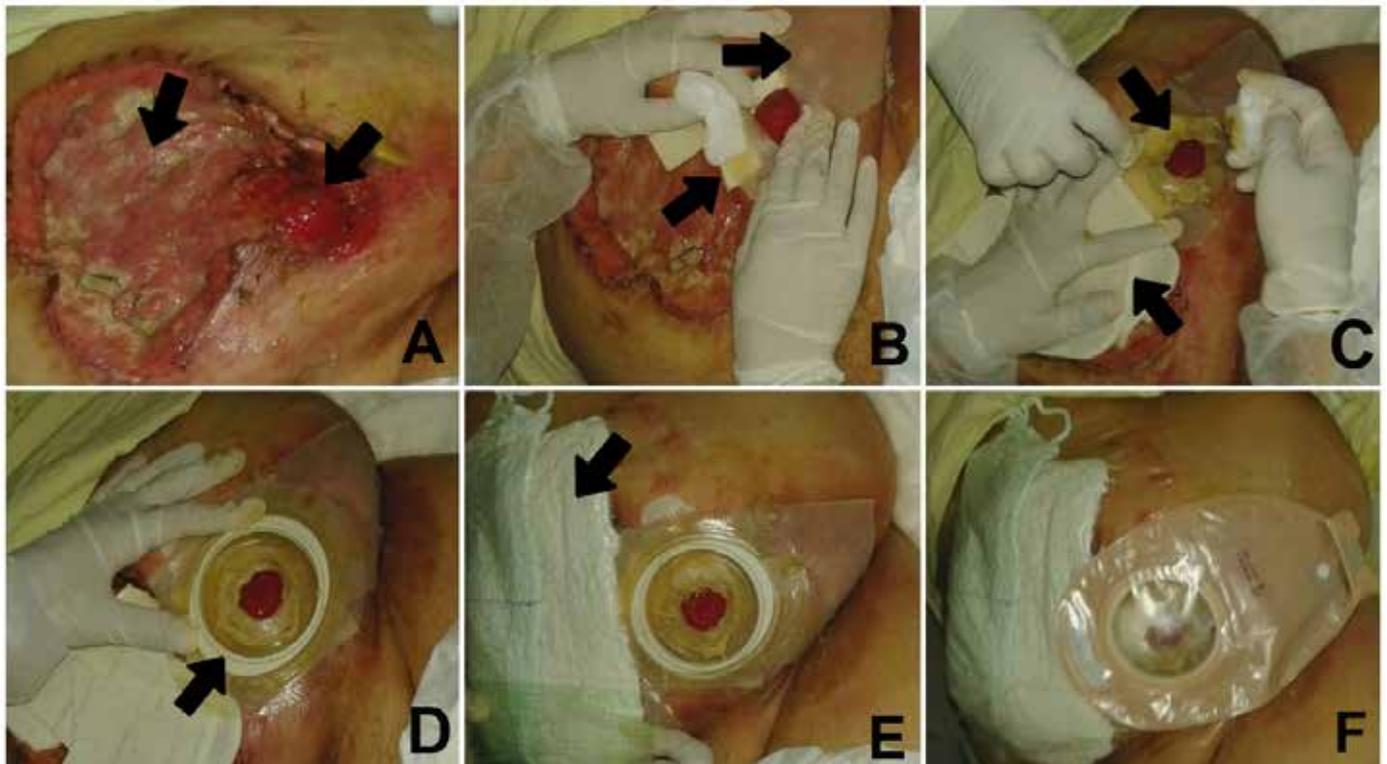


图3.A: 手术伤口裂开腔内的造口；B: 使用保护片和水胶体条隔离造口；C: 造口周围使用造口贴，创腔内使用海藻酸钙；D: 粘贴底盘；E: 含银泡沫二次敷料，组合纱布和聚氨酯薄膜三次敷料；F: 完成敷料

裂开，同时造口的皮肤粘膜分离。这些并发症被认为是早期手术并发症，所有这些并发症都可能由损害愈合的组织张力和合并症以及感染过程引起<sup>1</sup>。

关于急诊腹部手术，术后早期并发症发生率较高（36-66%），尤其是涉及建立造口的手术。外科医生在建立造口方面的专业知识也是一个因素<sup>8</sup>。手术部位感染、造口周围皮炎和造口周围疝是主要的并发症<sup>9-13</sup>。

还值得强调的是，糖尿病和肥胖是与皮肤粘膜脱离和切口裂开相关的重要因素<sup>6</sup>。肥胖是与造口困难和术后恢复延迟相关的一个因素，因为难以切除足够的肠道以通过腹壁使肠道外露来建立造口。由于腹内压升高、组织灌注减少以及白色脂肪组织的慢性炎症会削弱皮肤的抗张强度，肥胖个体更容易出现伤口裂开、手术部位感染和伤口愈合延迟<sup>8,14,15</sup>。糖尿病与伤口愈合延迟之间的关联也有据可查。伤口愈合的所有阶段都受到糖尿病的影响，长期炎症被认为会阻碍肉芽组织的成熟，也会阻碍由于血管受损和由此导致的缺血而导致伤口内拉伸强度的发展<sup>1,16</sup>。

手术后，造口周围皮肤状况是最常见的问题，占病例的10-70%<sup>17,18</sup>。造口周围皮炎可能在生命早期或晚期发生在造口患者的皮肤周围。这种并发症会给患者自我护理带来折磨、痛苦和困难，尤其是在无法充分获得造口器具和辅助护肤产品的情况下<sup>19</sup>。造口器具和敷料在3天（72小时）内保持完好，没有任何渗漏。这是一个积极的结果，减少了连续移除以及更换敷料和造口器具的继发性损伤。

在围手术期和术后阶段对患者进行全面的护理评估有助于识别那些具有手术恢复风险的患者。评估包括患者腹部形状、手术伤口完整性或稳定性、造口的位置和构造，以及可以最大限度减少并发症的疤痕。

进行护理诊断有助于实施针对个体患者及其护理需求的护理干预措施<sup>20</sup>。在确实发生并发症的情况下，例如我们病例研究中描述的情况，需要及时的造口治疗护理干预来管理已经发生的皮肤缺损，造口治疗师可以使用各种造口和皮肤辅助产品，例如用于造口、造口皮肤屏障和密封的粘合剂和粉末，以及

选择合适类型的造口底盘和造口袋<sup>1</sup>。此外，护士需要了解护理复杂伤口和造口患者的原则以及多学科医疗团队参与的重要性；需要更多护士掌握这一专业领域的技能<sup>21-23</sup>。一些指南也阐述了造口周围皮肤护理、造口护理和器具选择的重要性，以及如何预防和治疗手术后早期和晚期造口并发症。遵守临床实践指南中关于上述因素的建议可以改善患者评估，协助早期协同干预和并发症管理，在总体上改善患者的生活质量和卫生服务结果<sup>13,17,24</sup>。

## 结论

本文讨论了患者出现切口裂开、造口皮肤粘膜脱离以及疝修补术和结肠造口术形成后的造口周围皮炎等术后并发症。这些并发症需要造口治疗师的创造性策略来提供复杂的伤口和造口护理，包括正确应用和使用造口设备和皮肤护理产品，以最大限度地减少粪便污染伤口的风险，优化伤口愈合过程，保持患者舒适度。

## 利益冲突声明

作者声明不存在利益冲突。

## 资金支持

作者未因该项研究收到任何资助。

## 参考文献

1. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-related complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2019;32(3):176-182.
2. United Ostomy Associations of America (UOAA). New ostomy patient guide. United States: The Phoenix/UOAA; 2020. Available from: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2020/10/UOAA-New-Ostomy-Patient-Guide-2020-10.pdf>
3. National Cancer Institute (INCA). Types of cancer: bowel cancer. Ministry of Health; 2020. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cancer-in-brazil-vol4-2013.pdf>
4. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussions in the living process of people with stomas. *Text Contexto Enferm* 2016;25(1):e1260014.
5. Maydick-Youngberg D. A descriptive study to explore the effect of peristomal skin complications on quality of life of adults with a permanent ostomy. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(5):10-23.
6. Koc U, Karaman K, Gomceli I, Dalgic T, Ozer I, Ulas M, et al. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(1):28-32.
7. Gálvez ACM, Sánchez FJ, Moreno CA, Fernández AJP, García RB, López MC, et al. Value-based healthcare in ostomies. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(16):5879.

8. Moody D, Wallace A. Stories from the bedside: the challenges of nursing the obese patient with a stoma. *WCET J* 2013;33(4):26–30.
9. Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Aida T, Abreham B. Types and indications of colostomy and determinants of outcomes of patients after surgery. *Ethiop J Health Sci* 2016;26(2):117–20.
10. Spiers J, Smith JA, Simpson P, Nicholls AR. The treatment experiences of people living with ileostomies: an interpretative phenomenological analysis. *J Adv Nurs* 2016 Nov;72(11):2662–2671.
11. Ribeiro MSM, Ferreira MCM, Coelho SA, Mendonça GS. Clinical and demographic characteristics of intestinal stoma patients assisted by orthotics and prosthesis grant program of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia, Brazil. *J Biosci* 2016;32(4):1103–9.
12. Aahlin EK, Tranø G, Johns N, Horn A, Sørdeide JA, Fearon KC, et al. Risk factors, complications and survival after upper abdominal surgery: a prospective cohort study. *BMC Surg* 2015;15(1):83.
13. Chabal LO, Prentice JL, Ayello EA. *WCET® International Ostomy Guideline*. Perth, Australia: WCET®; 2020.
14. Williamson K. Nursing people with bariatric care needs: more questions than answers. *Wounds UK* 2020;16(1):64–71.
15. Colwell JC, Fichera A. Care of the obese patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32(6):378–383.
16. Patel S, Srivastava S, Singh MR, Singh D. Mechanistic insight into diabetic wounds: pathogenesis, molecular targets and treatment strategies to pace wound healing. *Biomed Pharmacother* 2019;112:108615.
17. Domansky RC, Borges EL. *Manual for the prevention of skin injuries: evidence-based recommendations*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
18. Stelton S. CE: Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *Am J Nurs* 2019 Jun;119(6):38–45.
19. Costa JM, Ramos RS, Santos MM, Silva DF, Gomes TF, Batista RQ. Intestinal stoma complications in patients in the postoperative period of rectal tumor resection. *Current Nurs Mag* 2017; special ed: 35-42.
20. Santana RF, Passarellas DMA, Rembold SM, Souza PA, Lopes MVO, Melo UG. Nursing diagnosis risk of delayed surgical recovery: content validation. *Rev Eletr Nurse* 2018;20:v20a34.
21. Beard PD, Bittencourt VLL, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Care demands of ostomized cancer patients assisted in primary health care. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(8):3122–9.
22. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, & Guideline Development Task Force. *WOCN Society clinical guideline: management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy: an executive summary*. *J WOCN* 2018;45(1):50–58.
23. Pinto IES, Queirós SMM, Queirós CDR, Silva CRR, Santos CSVB, Brito MAC. Risk factors associated with the development of complications of the elimination stoma and the peristomal skin. *Rev Enf* 2017;4(15):155–166.
24. Marques GS, Nascimento DC, Rodrigues FR, Lima CMF, Jesus DF. The experience of people with intestinal ostomy in the support group at a university hospital. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* 2016;15(2):113–21.