

腹腔镜超低位直肠癌经括约肌间切除术附加预防性末端回肠造口的护理

王俊英

(天津市人民医院, 天津 300121)

摘要 总结 23 例腹腔镜超低位直肠癌经括约肌间切除术中预防性末端回肠造口患者的护理。密切观察患者生命体征变化,做好体位护理、疼痛护理、便秘护理和健康宣教。应用造口周围皮肤工具 DET 评分/AIM 指南充分评估患者造口情况,并针对造口周围感染、造口粪水性皮炎,造口回缩、造口黏膜皮肤分离等并发症采取相应的护理措施,患者术后恢复良好。

关键词 超低位直肠癌;腹腔镜;经括约肌间切除术;预防性末端回肠造口;并发症;护理

中图分类号 R473.73 **文献标志码** B **DOI**:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.01.026 **文章编号** 1006-9143(2019)01-0083-03

直肠癌是临床常见的消化道恶性肿瘤之一。近年来我国直肠癌患病率呈逐年上升趋势,且超过了全球患病率(约 2%)的平均水平。超低位直肠癌是指肿瘤病灶下极距齿状线距离 <5 cm。由于其解剖位置复杂,传统治疗多采用不保肛根治术联合造口术。该术式创伤大,术后吻合口瘘发生率较高。一旦发生吻合口瘘,可继发腹腔严重感染、造瘘口疝等严重并发症。术后护理难度大,患者生活质量低,预后较差,且肿瘤复发率较高^[1]。随着对直肠癌生物学特性等基础、临床的不断深入研究以及腹腔镜微创手术的快速发展,腹腔镜下经括约肌间切除术(Laparoscopic intersphincteric resection, LapISR)在保留肛门的同时在肿瘤学和功能学方面均取得了满意的疗效。而通过术中施行预防性末端回肠造口改变粪便排泄途径,利于远端肠道的无菌状态和肠道吻合口的愈合,进一步降低了吻合口瘘的发生率^[2]。该联合术式目前在临床已广泛应用,但护理过程中仍要同时面对直肠癌根治术护理及造口护理两方面重点护理问题。2016 年 3 月至 2017 年 9 月我院肛肠外科成功行 LapISR 手术附加预防性末端回肠造口术 23 例,取得了满意的临床效果,现报告如下。

1 临床资料

本组 23 例超低位直肠癌患者中男 16 例,女 7 例。年龄 49~71 岁。所有患者入院前均有不同程度间断性便血症状。直肠指诊均能触及隆起的肿物,活动性较差,触之有暗红色血液。经结肠镜检查可发现直肠内肿物,肿瘤下极距肛缘距离为 1.6~4.8 cm。经取检病理检查确诊为直肠腺癌。其中乳头状腺癌 10 例,管型腺癌 11 例,粘液腺癌 2 例。肿瘤分化均为高、中分化腺癌。根据肿瘤浸润、淋巴结转移 Dukes 分期:A 期 13 例,B 期 8 例,C 期 2 例。所有患者术前

行腹部 CT、MRI 检查均未发现肝、肺转移病灶及腹腔淋巴结肿大表现。术前 Wexner 失禁评分^[3]均 <10 分。本组患者主要合并疾病为高血压 6 例,冠心病 6 例,糖尿病 5 例,甲亢 1 例,贫血 4 例,慢性支气管炎 2 例。23 例患者手术过程顺利,术中无中转开腹改行经腹会阴联合根治(Mile's)术式。术后出现吻合口周围黏膜缺血 3 例,临床表现为吻合口局部黏膜颜色发灰,触之弹性差,予保守治疗后好转。2 例吻合口狭窄,予扩肛对症治疗后明显改善。造口周围感染 3 例、造口粪水性皮炎 1 例,造口黏膜皮肤分离 1 例、造口狭窄 1 例,经造口护理后均明显好转。预防性回肠末端造口分别于术后 3~4 个月后再行再次手术还纳。

2 手术方法

23 例患者择期行 LapISR 手术附加预防性末端回肠造口术。患者全身麻醉后取膀胱截石位。消毒铺巾,于左右下腹和脐部置入 Trocar 5 枚,建立二氧化碳人工气腹。腹腔手术操作遵循全直肠系膜切除(total mesorectal excision, TME)原则。裸化血管周围脂肪,游离肠系膜下血管根部,高位清扫根部以下淋巴结,分离系膜离断肠系膜下动脉,正后方切断裂孔韧带进入肛提肌裂孔和内括约肌间隙。预防性回肠末端造口:于右下腹麦氏点切开皮肤长约 1 cm,距回盲部 20~25 cm 处经切口将回肠造口拉出,使用一次性吸引器套筒剪取约 5 cm 穿过回肠系膜做皮肤外支撑。固定后纵行切开回肠壁做双腔造口,间断缝合皮肤和肠壁可便于下次腔镜下还纳。会阴部手术:消毒冲洗直肠下段,自动拉钩固定,置入圆形扩肛器,直视下判断肿瘤远切缘与齿状线、括约肌间沟距离确保为 1~2 cm,括约肌间沟处环形切除内括约肌。远端缝闭避免癌细胞脱落扩散。沿内外括约肌间隙自后方、前方、侧方向盆腔分离,与腹部会师后,将肿瘤经肛门拖出并在直视下切除肿瘤上缘近段肠管,吻合结肠与肛管,骶前间隙置入引流管后依次缝合、关

闭手术切口。术后予以禁食,患者造口排气后联合肠内肠外营养支持治疗。术后2周拔除肛门支撑引流管,吻合口愈合后嘱患者进行提肛训练,4~5次/天,15分钟/次。术后Duke's B/C期患者予Folfox 6方案^[4]化疗6个月。术后3~6个月行造口还纳术。

3 护理

3.1 术前准备及心理护理 所有患者均于术前3 d予少渣半流质饮食,术前1 d改为流质饮食,并遵医嘱给予静脉补液。8 pm口服复方聚乙二醇电解质散清洁肠内粪便,每次200~250 mL,每间隔15 min一次,直至排出水样便。术前禁食水8~12 h。造口治疗师对所有患者进行术前访视,通过病区宣传手册、幻灯、微信平台等形式协助患者及家属了解腹腔镜根治术中行预防性回肠末端造口的目的和优点,解释术后患者可能出现的不适感或并发症,缓解患者的心理压力,提高患者对手术治疗的依从性^[5]。

3.2 术后护理

3.2.1 基础护理 遵医嘱给予心电监护。密切观察患者意识及呼吸变化。准确记录患者血压、心率、心律、血氧饱和度及24 h出入量并做好交接。给予1~2 L/min低流量吸氧,预防人工气腹后高碳酸血症。遵医嘱行雾化吸入,协助患者翻身拍背,预防术后呼吸道感染。妥善固定静脉导管、尿管、肛管等各类管路并保持通畅。观察伤口有无渗血及引流液的性质和量等。协助患者取平卧位,床头抬高30°,逐渐改为半坐卧位,缓解腹部压力。嘱患者进行握拳、深呼吸、抬腿等康复活动,促进排气,预防下肢深静脉血栓形成。术后常规禁食、补液、肠外营养支持治疗。定期检查水电解质、血糖,必要时调整肠外营养配比。肠蠕动功能恢复后进食少量流质,逐渐过渡半流质饮食。2周后进食软食。本组患者生命体征平稳。

3.2.2 疼痛护理 采用视觉模拟镇痛评分(VAS)动态评估患者疼痛程度。重视患者主诉,嘱患者正确使用术后自控镇痛泵。本组2例患者术后6 h、8 h疼痛剧烈,VAS评分分别为5分和6分。遵医嘱肌肉注射阿片类止疼药后明显缓解。用药后严密观察患者意识及呼吸变化。

3.2.3 便失禁护理 便失禁是直肠癌根治术常见并发症之一。LapISR手术需切除部分肛门括约肌,影响患者控制排便的能力。指导患者及家属提肛训练的方法:吸气时肛门用力上提、紧缩肛门,呼气时放松。4~5次/天,15分钟/次。患者术后早期排便次数3~12次,遵医嘱给予蒙脱石散口服治疗以减少排便次数。根据大便的次数及性状调整用量。并嘱患者排便后

用温水坐浴或湿敷预防肛周炎。本组4例患者术后存在不同程度肛周红肿伴灼痛,予氧化锌软膏外敷治疗13~16 d后明显缓解。

3.3 造口护理

3.3.1 预防性回肠末端造口的临床特点 预防性回肠末端造口宜适度突出(长约4~6 cm)。为避免回肠功能减弱、刺激皮肤,造口成形时须将真皮层与造口回肠壁整层加以缝合并适度外翻(2~3 cm)。回肠末端造口时缝合肠壁于腹壁上可预防造口回缩、易于手术还纳。且还纳后伤口感染率及切口疝发生率低,可迅速改善术后营养和肠道功能,加速患者术后康复^[6]。但由于回肠在腹腔内活动度比较大,若造口缝合固定不佳,游离的小肠嵌入间隙引起造口狭窄或梗阻,甚至肠管缺血坏死,增加还纳后肠梗阻发生率。回肠的生理功能包括消化、吸收营养物质以及分泌肠液。末端回肠造口术后,有大量含强刺激性的碱性消化液由造口排出,易渗入造口袋底盘下侵蚀皮肤,引起造口周围皮肤溃疡、破损、红肿甚至粪水性皮炎。若不及时处理数小时即可导致造口袋松脱。有文献^[7]报道表明,回肠末端造口术后并发症发生率约为16%~50%。其中造口周围皮肤并发症占25%。也有调查显示,造口门诊患者中约30%是造口周围皮肤问题。

3.3.2 造口护理评价方法 造口护士对造口并发症的预防、评估和处理需具有较强的专业性。DET/AIM是一种由国际造口护士小组与丹麦康可保公司合作开发、咨询并实践而成的肠造口周围皮肤评估工具。包含了变色、侵蚀、组织增生3种异常表现的标准化描述,可提供更客观评价数据,具有较高的信效度^[8]。AIM护理指南则包括评估、干预、监控3方面。当DET评分>0分时,应观察造口皮肤改变评估和确定最合适的诊断、进行行之有效的护理干预^[9]。我科针对LapISR联合预防性肠造口术式的特点充分发挥造口治疗师的专业优势,结合国外DET评分/AIM指南采取精准造口护理措施。本组患者术后2 d初诊DET平均评分为5.5分,其中DET≥6分患者18例,占47.4%。经采取对症治疗和造口护理后复诊DET平均评分为3.5分,其中DET≥6分患者4例,仅占10.5%。提示造口护理有效可靠,造口周围皮肤问题得到明显改善。

3.3.3 造口一般护理 密切观察造口颜色有无青紫、暗红甚至发黑,积极预防和及时处理造口早期缺血。嘱患者避免用力咳嗽、便秘、提举重物等。以免引起腹内压

增高导致造口脱垂。粘贴造口袋前确保切口换药已完成,避免颠倒顺序,导致换袋过程中肠内容物排出污染手术切口。粘贴造口袋时注意应偏离造口底盘中心圆孔。以造口袋正中圆孔一侧边缘为裁剪边缘裁剪成预先开口的底盘,可最大程度保留造口底盘粘贴面积,防止底盘脱落后肠内容物外渗致污染切口。更换造口袋时仔细观察造口周围皮肤有无红肿、破损、溃烂等。每日清晨患者空腹时更换1次造口袋。物品准备包括造口袋、剪刀、镊子、棉球、无菌手套、生理盐水等。戴无菌手套,将旧造口袋去除后,以大块消毒棉球轻轻塞住造口(置于造口内部分不超过棉球体积的2/3),在换袋过程中如粪水排出致棉球湿透,及时更换。

3.3.4 造口相关并发症的护理

3.3.4.1 造口周围皮肤感染 造口周围皮肤感染是造口术后最常见的近期并发症,临床可见造口周围红肿伴有波动感、过敏性皮炎、粪水性皮炎等。本组2例患者因粘帖造口袋过程中粘胶沾染粪便及肠内容物,导致造口周围皮肤红色丘疹伴肿胀疼痛。经消毒、清洗后再次在无菌操作下更换造口袋,并配合使用防漏膏以及将具有抗菌作用的亲水性纤维含银敷料吸收渗液并隔绝粪水后上述症状明显缓解;1例患者因造口底盘中心剪孔大小不合适造成造口粪水性皮炎。采用温生理盐水清洗造口周围皮肤,用纸巾轻轻拭干皮肤,在皮肤破损处均匀涂抹少量造口护肤粉,再喷洒液体无痛保护膜待干后根据造口的形状和大小,配合应用水胶体敷料中心剪裁出合适孔径对准造口,按压粘帖紧实,将防漏膏涂抹于造口与水胶体敷料缝隙处,再将造口袋对准造口自下而上,手掌稍用力按压粘帖数分钟以增加粘帖的牢固性,患者症状缓解。造口袋中排泄物达1/3容量时应及时排放、清洗和更换,减轻粪水及肠内容物对皮肤的刺激。

3.3.4.2 造口黏膜皮肤分离 本组1例患者术后7d出现该并发症。采用无菌生理盐水清洗伤口后擦干,应用康惠尔藻酸盐敷料填充伤口,重新粘帖一件式造口袋,每隔2d换药1次,6d后黏膜皮肤分离处愈合。

3.3.4.3 造口狭窄 主要与腹壁切口过小,或者术中未切除部分筋膜有关。护理过程中戴手套后涂石蜡油,用食指缓慢插入造口至第2~3指关节处并停留5min,1~2次/天。本组1例患者术后第8d出现腹胀、阵发性腹痛、造口排气、排便减少等症状。诊断为造口狭窄。给予小拇指扩肛2次/天,配合拉平周围皮肤扩张造口开口。好转后改用食指扩肛1~2次/天,7d后排便恢复通畅,腹痛、腹胀症状明显缓解。

3.4 心理疏导与延续护理 预防性回肠末端造口虽然保留了肛门括约肌功能,但临时改变了患者原有的排便方式。患者易产生烦躁、抗拒、依赖、悲观甚至绝望的负面心理。在造口出现并发症后更为明显。护理人员关心、体贴并鼓励患者。协助患者克服抵触情绪。患者出院后通过定期电话访问、建立造口患者微信群,安排造口专科护士与患者进行在线交流、沟通,及时了解患者在造口护理过程中的疑点,对存在问题进行耐心细致的解答。进行个性化指导,及时解决患者自我护理中的问题。每月安排造口专家及专科医师进行造口专业知识讲座讲解最新的造口护理知识,进行心理调节,解答患者日常护理中疑问等,取得了良好的护理效果。本组病例均未出现吻合口瘘。预防性回肠末端造口分别于术后3~4个月后再行再次手术还纳。

4 小结

超低位直肠癌患者行LapISR术式治疗相较于传统的根治手术在一定程度上减少了手术创伤,肛门括约肌功能得以保留,住院时间明显缩短。做好预防性回肠末端造口的护理则是保证手术疗效的关键,在保证术后基础护理质量的同时造口专业护理人员积极参与围手术期护理管理和延续护理工作中,采取科学、有效和针对性的护理对策可以明显减轻患者的痛苦,提高患者术后的生活质量。

参考文献

- [1] 张斌,赵克,刘泉龙,等.低位直肠癌腹腔镜经括约肌间切除术术后并发症及其处理[J].中华胃肠外科杂志,2017,20(4):432-437.
- [2] 付文政,张春泽,孙轶,等.腹腔镜经括约肌间切除治疗超低位直肠癌的优势及技术要点[J].中华结直肠疾病电子杂志,2017,6(1):32-36.
- [3] 赵建军,许丽华.采用Wexner评分系统的综合护理在脑梗死患者便秘中的应用[J].中华现代护理杂志,2017,23(34):4395-4397.
- [4] 周秀娥.FoFox-6方案治疗晚期结直肠癌不良反应的观察与护理[J].中国保健营养,2013,(5):2621.
- [5] 武宝国.腹腔镜下腹骶联合直肠癌超低位前切除术的护理配合[J].天津护理,2016,24(1):34-35.
- [6] 谢海珊,胡海英,邹小红,等.腹腔镜直肠癌根治预防性肠造口的临床特点与护理对策[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2014,7(3):249-252.
- [7] 谢凌锋,周鑫,谢海艇,等.腹腔镜直肠癌全直肠系膜切除术预防性末端回肠造瘘后相关并发症危险因素和造瘘还纳时机分析[J].中华胃肠外科杂志,2015,18(6):563-567.
- [8] 刘春娥,王毅利,张洁.肠造口周围皮肤评估工具DET/AIM在临床应用的效果研究进展[J].中国实用护理杂志,2015,31(29):2256-2258.
- [9] 韦秀利.DET/AIM在肠造口术后周围皮肤护理中的应用[J].护士进修杂志,2015,30(15):1386-1388.

(2018-02-22 收稿,2018-04-22 修回)