



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.028  
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3774.shtml

· 临床报道 ·

# 造瘘口扩张训练对减少 Miles 手术后人工肛门并发症的作用观察

贾伟, 王利锋

(陕西省榆林市第一医院 综合外科, 陕西 榆林 718000)

## 摘要

**目的:** 观察规范化的造瘘口扩张训练对减少经腹会阴直肠癌根治术 (Miles) 后人工肛门并发症、提高患者生存质量的作用。

**方法:** 选取 2010 年 1 月—2012 年 1 月收治的 64 例 Miles 手术后患者, 将其随机分为干预组 (32 例) 和对照组 (32 例)。两组均由专门护理小组根据 Miles 术后常见并发症的预防制定针对性的护理措施, 干预组在此基础上开展规范化的造瘘口扩张训练。观察两组患者术后并发症发生率的差异, 并采用 SF-36 健康调查量表对两组患者生存质量进行评价分析。

**结果:** 对照组有 22 例发生人工肛门并发症, 发生率为 68.8%; 干预组有 15 例发生并发症, 发生率为 46.8%。两组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); SF-36 健康调查量表测评显示, 干预组患者在生理职能、躯体疼痛、一般情况、精力、社会功能、精神健康等方面的指标显著优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

**结论:** 规范化的造瘘口扩张训练对减少经腹会阴直肠癌根治术 (Miles) 后人工肛门并发症、提高患者生存质量具有十分重要的作用, 值得进一步研究、总结。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(1):136-138]

## 关键词

直肠肿瘤 / 外科学; 造瘘口扩张训练; Miles 手术; 人工肛门; 手术后并发症  
中图分类号: R656.6

直肠癌是最常见的消化系统恶性肿瘤之一, 而经腹会阴联合直肠癌切除左下腹永久性结肠造瘘手术 (Miles) 是治疗距肛缘 5 cm 以下的直肠癌的最常用术式。由于此手术使患者消化道的正常生理结构发生了改变, 其相关临床并发症发生率较高<sup>[1]</sup>, 普外科传统常规护理措施对患者并发症的预防作用有限, 国外该护理领域甚至衍生出专业的造口师负责 Miles 手术后患者的护理工作<sup>[2]</sup>。为观察规范化的造瘘口扩张训练对减少 Miles 手术后并发症的作用, 我科成立专门护理小组对此进行了研究实践, 取得了有益经验, 现将临床资料报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

选取 2010 年 1 月—2012 年 1 月我院收治的 64 例 Miles 手术后患者, 其中男 37 例, 女 27 例; 年龄 55~79 岁, 平均 62.5 岁。直肠腺癌 44 例, 直肠黏液腺癌 11 例, 直肠鳞癌 5 例, 直肠平滑肌瘤 4 例。Dukes 分期: B 期 9 例, C1 期 26 例, C2 期 21 例, D 期 8 例。造口部位选择: 经腹直肌旁造口 42 例, 经腹直肌造口 22 例。

将上述患者随机分为干预组 (32 例) 和对照组 (32 例), 两组患者在性别、年龄、分期、术式、术后一般情况等方面差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 研究方法

**1.2.1 基础护理** 在进行造瘘口扩张训练之前, 首先要对两组患者就 Miles 手术后主要并发症的发病因素进行评估, 在瘘口扩张训练的同时做好

收稿日期: 2013-02-14; 修订日期: 2013-10-08。

作者简介: 贾伟, 陕西省榆林市第一医院主治医师, 主要从事综合外科方面的研究。

通信作者: 贾伟, Email: jiawei2312@126.com

相关因素的预防性护理。根据对既往临床资料的回顾性分析,笔者总结出Miles手术后主要并发症及其影响因素主要包括:造口周围炎、组织水肿、狭窄或脱垂、肠管回缩、组织坏死、出血等。据此,我科护理小组拟定了以下护理措施:

- (1) 饮食护理。Miles手术后72 h开放造口,胃肠蠕动功能恢复后即可开始给予流质饮食,1周后给予半流质饮食,2周后改为少渣、易消化饮食。
- (2) 放置造口袋。Miles手术3~5 d后,即可根据肠蠕动恢复情况开放造瘘口,用4~6层纱布制成纱布垫,其上放置造口袋。为患者选择两件式透明开口袋,以利换药并观察瘘口,保护周围皮肤黏膜。
- (3) 观察瘘口情况。主要观察瘘口肠管有无充血、水肿、渗出、回缩、脱垂、狭窄、粘连以及血供情况等。如发现肠管黏膜颜色发暗、分泌物增多并带有腐臭味,多提示瘘口肠管已出现坏死<sup>[3]</sup>。

**1.2.2 基础护造瘘口扩张训练** 造瘘口开放1周后,即可开始对干预组进行瘘口扩张训练。操作时护理人员戴上手套,以石蜡油涂抹食指,缓慢插入患者造瘘口至第2指关节位置,并在瘘口内停留1~2 min。第1周每日扩张造瘘口1次,1周后改为1次/2 d。注意进行扩张训练时,护理人员动作应轻、慢,手指插入瘘口不宜太深,以刚好通过腹壁肌层到腹膜层为宜<sup>[4]</sup>。在患者精神紧张时应嘱其张口呼气,以放松腹肌、降低腹压。

此外,造瘘口开放后,护理人员每天定时从造瘘口注入80~100 mL生理盐水或嘱患者喝饮用水300~400 mL,以训练肠道排便反射。

### 1.3 统计学处理

采用SPSS 17.0软件包进行统计学分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 并发症发生率比较

对照组22例发生人工肛门并发症,发生率为68.8% (22/32) (其中7例发生2种并发症,2例发生3种或以上并发症)。并发症分布:造口周围炎14例,组织水肿7例,狭窄或脱垂5例,肠管回缩3例,组织坏死2例,出血4例。干预组15例发生人工肛门并发症,发生率为46.8% (15/32) (其中7例发生2种并发症,2例发生3种或以上并发症)。主要人工肛门并发症有:造口周围炎8例,组织水肿4例,狭窄或脱垂3例,肠管回缩1例,组织坏死1例,出血2例。与对照组相比,干预组患者总的并发症发生率明显减少,两组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ) (表1)。

表1 两组患者并发症发生情况对比 ( $n=32$ )

组别	造口周围炎	组织水肿	狭窄/脱垂	肠管回缩	组织坏死	出血	总计 (%)
干预组	8	4	3	1	1	2	15 (46.8) <sup>1)</sup>
对照组	14	7	5	3	2	4	22 (68.8)

注:1)与对照组比较, $P < 0.05$

### 2.2 两组患者生活质量对比

SF-36健康调查量表测评显示,干预组患者在生理职能、躯体疼痛、一般情况、精力、

社会功能、精神健康等方面的指标显著优于对照组,两组间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ) (表2)。

表2 两组患者SF-36健康调查量表分析比较

组别	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般情况	精力	社会功能	情感职能	精神健康
干预组	78.3 ± 18.2	62.2 ± 28.7	65.0 ± 27.6	65.5 ± 19.6	61.6 ± 18.2	71.1 ± 28.2	0.45 ± 0.33	61.4 ± 21.1
对照组	79.4 ± 19.1	78.9 ± 36.6	72.1 ± 24.4	74.9 ± 18.5	72.3 ± 19.4	80.9 ± 23.4	0.81 ± 0.26	76.2 ± 14.1
$t$	3.27	13.10	13.98	14.25	14.99	11.38	3.98	15.12
$P$	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

## 3 讨论

由于Miles手术使患者消化道的正常生理结构

发生了改变,其并发症发生率较高,术后一旦发生瘘口相关并发症,不但会增加患者痛苦、延长其住院时间,还会影响整个康复进程甚至威胁患者生

命。对此, 医护人员应总结人工肛门并发症发生的影响因素, 给予针对性的预防性护理。

首先由于造瘘口材料及瘘口处的分泌物的炎症性刺激, 易引起造瘘口周围皮肤黏膜的炎症, 引发人工肛门周围炎。而瘘口处皮肤黏膜的感染、水肿, 加上辅料及不良处理方式的摩擦、压迫, 又可导致黏膜糜烂出血<sup>[5]</sup>。或是在瘘口护理行为中动作过于粗暴, 引起瘘口周围皮肤机械性损伤而引发出血, 亦有因术中止血不彻底, 引起人工肛门黏膜与皮肤相连处出血<sup>[6]</sup>。

其次取换造口袋也是比较关键的环节。取换造口袋时, 患者保持坐位, 从上环轻轻掀起造口袋, 用生理盐水清洗瘘口黏膜, 在皮肤黏膜分离处下方用拇指和食指轻轻挤压, 将分离处残留粪便完全挤出并用生理盐水棉球擦拭干净, 以减少臭味、预防感染。操作时应注意避免损伤防止损伤造瘘口脆弱的皮肤黏膜<sup>[7]</sup>。每次取换造口袋后用凡士林纱布条填塞于皮肤黏膜分离处, 每日换药 2 次。及时清除造口周围的粪便及肠液, 用温水清洗干净, 涂以氧化锌软膏保护。

而在临床工作中, 最容易被护理人员忽略的是瘘口扩张训练。Miles 手术患者因为手术切口过小、瘘口感染导致瘢痕挛缩、肠管退缩、造口部位血供障碍而引起人工肛门狭窄<sup>[8]</sup>。对于腹壁肌肉薄弱或腹内压升高的患者, 如果术中肠壁和肠系膜没有与腹壁充分固定, 加上造瘘端肠管留置过久, 可引起人工肛门脱垂<sup>[9]</sup>。对此, 瘘口扩张训练是最主要的预防方法。本次研究显示, 对照组患者有 7 例出现狭窄/脱垂, 而干预组仅 2 例, 说明瘘口扩张训练可有效预防 Miles 手术后人工肛门狭窄/脱垂的发生。

同时, 瘘口扩张训练也可减少局部组织水肿和坏死的发生。人工肛门组织水肿、坏死也是较常见的并发症。其发生主要是由于术中对瘘口肠管牵拉过多, 导致张力过大或系膜扭转, 抑或在缝扎时损伤肠系膜血管、瘘口过小导致系膜血管血供不足所致<sup>[10]</sup>。瘘口扩张训练作为一种轻柔的机械性刺激, 可促进局部血液循环, 进而减少此类并发症的发生。

此外, 对于已经出现并发症的患者, 在加强

对并发症的对症处理的同时, 还应做好心理疏导工作, 尽量减少并发症带给患者生理、心理上的影响, 提高患者康复的信心。本次研究显示, 干预组不仅在躯体并发症发生率方面明显优于对照组, 同时还在 SF-36 健康调查量表测评上获得了更高的评分, 显示其在整体生活质量上亦优于对照组。因此笔者认为, 规范化的造瘘口扩张训练对减少经腹会阴直肠癌根治术(Miles)后人工肛门并发症、提高患者生存质量具有十分重要的作用, 值得进一步研究、总结。

#### 参考文献

- [1] 李世拥. 低位直肠癌保肛术应重视的若干问题[J]. 中华外科杂志, 2007, 45(17):1153-1155.
- [2] Notter J, Burnard P. Preparing for loop ileostomy surgery: women's accounts from a qualitative study[J]. Int J Nurs Stud, 2006, 43(2):147-159.
- [3] 戴晓冬, 李华珠, 杨宁琳. 51 例 Miles 术后造口并发症的原因分析与护理[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(9):799-800.
- [4] 欧旒雅, 郑城英, 林夷. 低位直肠癌术后 54 例肠造瘘口的护理[J]. 福建医药杂志, 2011, 33(5):158-159.
- [5] 赵俊卿, 李云峰. Miles 术后肠造瘘口并发症的原因分析及防治[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(16):2477-2479.
- [6] 王晓凤. 综合护理干预对直肠癌术后人工肛门患者生活质量的影响分析[J]. 中国健康月刊, 2011, 30(10):187-188.
- [7] 王永丽, 李军, 逄燕燕, 等. 直肠癌 Miles 术结肠造口的护理分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(20):69-70.
- [8] 李卫平, 张秋娥. 直肠癌 Miles 术患者造口护理的阶段式健康教育[J]. 护理学杂志(外科版), 2012, 27(8):82-83.
- [9] 徐伍仙. 直肠癌 Miles 术后的护理体会[J]. 中国实用医药, 2012, 7(8):203-204.
- [10] 吴仙蓉, 钟玉莲. 直肠癌 Miles 术后结肠造口早期并发症的原因分析及处理对策[J]. 岭南现代临床外科, 2012, 12(5):307-309.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 贾伟, 王利锋. 造瘘口扩张训练对减少 Miles 手术后人工肛门并发症的作用观察[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(1):136-138. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.028

Cite this article as: JIA W, WANG LF. Stoma dilation training: effect on reduction of stomal complications after Miles operation[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(1):136-138. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.01.028