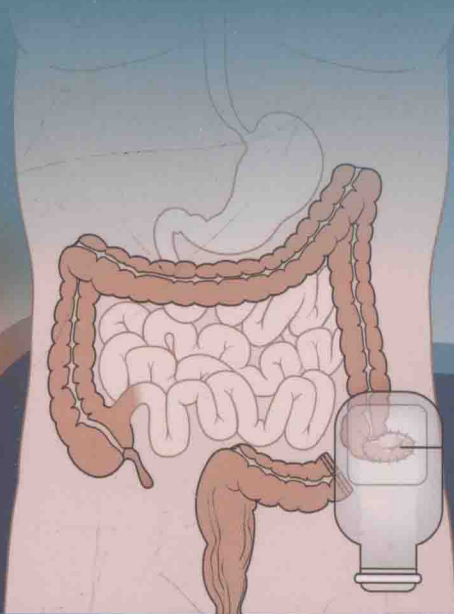


肿瘤专科护理系列

造口并发症的防治

卫莉 赵玉洲 主编



ZAOKOU
BINGFAZHENG DE
FANGZHI

中原出版传媒集团
大地传媒

 河南科学技术出版社

造口并发症的防治

卫 莉 赵王洲 主 编

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

图书在版编目(CIP)数据

造口并发症的防治/卫莉,赵王洲主编. — 郑州:河南科学技术出版社,2015.12

ISBN 978-7-5349-7984-2

I. ①造… II. ①卫…②赵… III. ①造口术-并发症-防治 IV. ①R615

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 254633 号

出版发行:河南科学技术出版社

地址:郑州市经五路 66 号 邮编:450002

电话:(0371)65788613 65788870

网址:www.hnstp.cn

策划编辑:李喜婷 范广红 李 林

责任编辑:李 林

责任校对:柯 姣

封面设计:张 伟

责任印制:朱 飞

印 刷:河南省瑞光印务股份有限公司

经 销:全国新华书店

幅面尺寸:170 mm × 240 mm 印张:11.75 字数:203 千字

版 次:2015 年 12 月第 1 版 2015 年 12 月第 1 次印刷

定 价:40.00 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系并调换。

编写人员名单

主 审 王成增 罗素霞 韩广森

名誉主编 刘东英

主 编 卫 莉 赵玉洲

副主编 张玉姬 董 蓓 于航娜 邹其云

丁 亚 李惠东

编 者 (按姓氏笔画排序)

丁 亚 于航娜 卫 莉 王志霞

李惠东 邹其云 张 靖 张广瑞

张玉姬 赵玉洲 董 蓓 霍 霞

摄 影 张玉姬 张广瑞

编写秘书 王月芹 王飞杰

序 言

造口(stoma)一词来源于希腊语,意思是口或开口,是通过外科手术使肠道或泌尿道排泄物排出体外,解除肠道和泌尿道梗阻的方法。造口不但可以解决患者的排泄问题,更重要的是可以挽救患者的生命。尽管如此,造口手术及术后并发症还是会给造口患者的身心带来极大的影响。因此,造口患者不仅需要来自家人的关爱及社会的支持,更需要来自外科医生和造口治疗师等专业人士的帮助。

我们欣喜地看到,由卫莉、赵玉洲主编的《造口并发症的防治》一书即将出版,该书由河南省护理学会造口、伤口及失禁护理专业委员会的造口治疗师们编写完成,这是她们专业知识及实践经验累积的心血之作。书籍共分三篇,第一篇以造口相关疾病的理论知识为主,第二篇以造口护理及并发症的发生原因为主,第三篇为造口并发症的预防及治疗。全书从造口手术、造口并发症成因到造口并发症预防及治疗护理方法等方面进行了详尽地阐述;通过图文并茂的形式,直观形象地分类介绍了各类造口并发症的预防和治疗护理方法,侧重实用性、专业性、有效性。

我相信本书能让从事造口护理的人员更迅速地掌握造口并发症防治的相关知识和技能,更好地为造口患者服务。



中华护理学会造口、伤口、失禁护理专业委员会主任委员

2015年11月1日

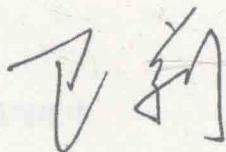
前 言

造口术是外科医生常实施的手术之一,包括气管造口术、胃造口术、肠造口术等。随着医疗技术的不断发展、癌症疾病谱的不断变化,各类造口患者的数量日益增多。

临床医护人员及患者除了关注通过造口术消除病痛,还关注造口术后的生活质量。编者在临床工作多年,深深地感受到因施行造口术或术后护理不当出现造口并发症,将会给患者的身心带来巨大的痛苦;造口术后的护理问题也常是患者拒绝造口手术的原因之一。为了让患者能够正确认识造口,让广大的医护人员能够更加直观地学习造口并发症的防治方法,我们编写了《造口并发症的防治》一书。书中收集了各种造口的临床图片,供医护人员参考借鉴。

本书包括三篇。第一篇基础理论,详细阐述了各类疾病与造口术之间的关系;第二篇造口护理及并发症的发生原因,介绍了各类造口的护理要点,以及各类造口并发症的发生原因。第三篇造口并发症的预防及治疗,从手术和术后护理两方面阐述预防造口并发症的方法,并介绍了各类并发症的处理流程及案例分析,使读者能够更为直观、便捷地掌握各类造口并发症的处理方法。

由于时间较紧,水平有限,本书若有疏漏之处,请允许我们依据今后的临床实践与护理科研结果对本书进行不断完善,敬请读者批评匡正。



2015 年 11 月



目 录

第一篇 基础理论	2
第一章 造口概论	2
第一节 造口的相关解剖及生理	2
一、造口的定义	2
二、造口相关部位的解剖	2
三、造口的生理	5
第二节 造口的分类	5
一、泌尿系统造口	5
二、消化系统造口	7
三、呼吸系统造口	9
第二章 造口相关疾病	10
第一节 炎性肠病	10
一、炎性肠病的定义	10
二、炎性肠病的病因	10
三、炎性肠病的症状	11
四、炎性肠病的治疗	12
第二节 结直肠恶性肿瘤	13
一、结直肠恶性肿瘤的病因	13
二、结直肠恶性肿瘤的症状	14
三、结直肠恶性肿瘤的治疗	14
第三节 肠梗阻	15
一、肠梗阻的定义	15
二、肠梗阻的病因	15
三、肠梗阻的症状	16
四、肠梗阻的治疗	17
第四节 大肠穿孔	19
一、肠穿孔的定义	19
二、肠穿孔的病因	20
三、肠穿孔的症状	20



四、肠穿孔的治疗	20
第五节 食管癌	21
一、食管癌的定义	21
二、食管癌的病因	21
三、食管癌的症状	21
四、食管癌的治疗	22
第六节 胃癌	23
一、胃癌的定义	23
二、胃癌的病因	24
三、胃癌的症状	24
四、胃癌的治疗	26
第七节 家族性腺瘤性息肉病	27
一、家族性腺瘤性息肉病的定义	27
二、家族性腺瘤性息肉病的病因	27
三、家族性腺瘤性息肉病的症状	28
四、家族性腺瘤性息肉病的治疗	28
第八节 膀胱癌	29
一、膀胱癌的定义	29
二、膀胱癌的病因	29
三、膀胱癌的症状	30
四、膀胱癌的预防	30
五、膀胱癌的治疗	31
第九节 喉癌	33
一、喉癌的定义	33
二、喉癌的病因	34
三、喉癌的症状	35
四、喉癌的治疗	35
第十节 胰腺癌	36
一、胰腺癌的定义	36
二、胰腺癌的病因	37
三、胰腺癌的症状	37
四、胰腺癌的治疗	38
第三章 各类造口手术	40
第一节 回肠造口术	40



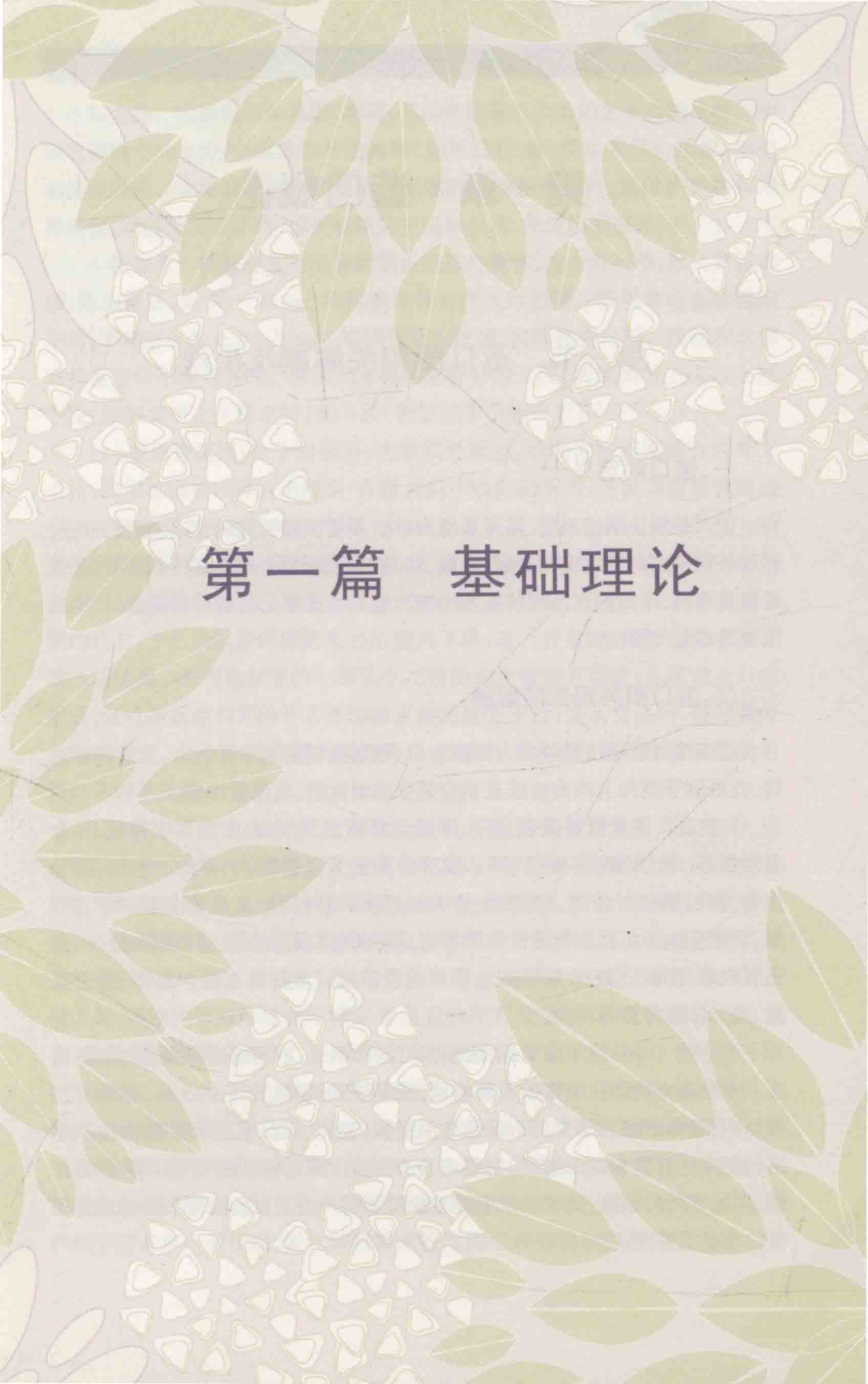
第二节 胃造口术	43
一、传统手术	43
二、经皮内镜下胃造口术及经皮内镜下空肠造口术	46
第三节 泌尿系统造口术	51
一、输尿管皮肤造口术	51
二、回肠代膀胱术	53
第四节 胆囊造口术	57
第五节 气管切开术	60
一、气管的解剖	60
二、适应证	60
三、禁忌证	60
四、术前准备	61
五、手术步骤	61
六、手术并发症	64
第二篇 造口护理及造口并发症的发生原因	68
第四章 造口护理	68
第一节 肠造口护理	68
一、肠造口手术前的护理	68
二、肠造口手术后的护理	74
三、肠造口患者的心理护理	81
四、出院指导及护理	83
第二节 胃造口护理	85
一、护理评估	85
二、护理措施	86
三、健康教育	92
第三节 泌尿系统造口护理	93
一、护理评估	93
二、护理要点	93
第四节 胆囊造口护理	94
一、护理评估	94
二、护理措施	96
三、健康教育	97
第五节 气管造口护理	97
一、护理措施	97



二、并发症发生的原因及危害	100
三、并发症的预防及护理	101
四、康复护理	105
五、饮食指导	106
六、定期复查	106
第六节 造口患者的健康教育	107
第七节 造口患者的饮食指导	109
一、造口术后早期饮食指导	109
二、出院后饮食指导	109
第五章 造口并发症的发生原因	112
第一节 肠造口并发症	112
一、肠造口缺血坏死	112
二、肠造口出血	113
三、造口皮肤黏膜分离	114
四、肠造口回缩	114
五、肠造口狭窄	115
六、肠造口水肿	116
七、造口黏膜肉芽肿	117
八、肠造口脱垂	117
九、造口旁疝	118
十、造口穿孔	119
十一、肠造口周围皮肤并发症	120
第二节 其他造口并发症	125
一、造口周围线结反应	125
二、造口周围脓肿	125
三、造口旁皮肤癌细胞蔓延	126
四、肠造口与腹部切口形成瘘管	126
第三篇 造口并发症的预防及治疗	128
第六章 造口并发症的治疗	128
第一节 造口的评估	128
一、一般评估	128
二、造口周围皮肤评估	129
三、造口排泄状况评估	129
第二节 造口并发症的换药技术	130



一、护理目标	130
二、操作步骤	130
三、注意事项	131
第三节 造口用品及其在并发症中的应用	134
一、造口用品简介	134
二、造口用品在并发症中的应用	140
第七章 造口并发症的护理	141
第一节 肠造口并发症的护理	141
一、肠造口缺血坏死的护理	141
二、肠造口出血的护理	143
三、造口皮肤黏膜分离的护理	143
四、肠造口回缩的护理	145
五、肠造口狭窄的护理	147
六、肠造口水肿的护理	148
七、造口黏膜肉芽肿的护理	148
八、肠造口脱垂的护理	150
九、造口旁疝的护理	151
十、肠造口周围皮肤并发症的护理	152
第二节 其他造口并发症的护理	159
一、造口周围线结反应的护理	159
二、造口旁溃疡的护理	161
三、造口周围脓肿的护理	162
四、肠造口皮肤黏膜分离毗邻输尿管皮肤造口的护理	163
第八章 肠造口并发症的预防	166
一、肠造口缺血坏死的预防	166
二、肠造口出血的预防	167
三、肠造口回缩的预防	167
四、肠造口狭窄的预防	168
五、造口皮肤黏膜分离的预防	169
六、造口旁疝的预防	170
七、肠造口脱垂的预防	170
八、肠造口周围皮肤并发症的预防	171
参考文献	174



第一篇 基础理论



第一章 造口概论

第一节 造口的相关解剖及生理

一、造口的定义

造口是解决消化系统、泌尿系统和呼吸系统疾病引起的管道梗阻的方法,通过外科手术对管道进行离断、分离,将其一端引出体表形成一个开口,使管道恢复通畅,维持器官系统的基本生理功能。临床常见的造口有肠造口、泌尿系统造口和气管造口。

二、造口相关部位的解剖

造口按其常见位置可分为回肠造口、结肠造口和输尿管造口,无论何种造口,在解剖学结构上均由皮肤及相应部分的消化道、输尿管组成。

1. 皮肤 皮肤覆盖体表,是人体最大的器官,它由表皮和真皮构成,并含有附属器(毛、汗腺、皮脂腺等)。皮肤的深面为浅筋膜,又称皮下组织,内含血管、淋巴管和神经等。皮肤既是神经系统的感觉器,又是效应器。冷、热、痛、情绪变化等机械和化学性刺激都可反射性地引起皮肤血管收缩和舒张、立毛肌收缩、汗腺分泌、皮肤毛细血管通透性改变。皮肤具有保护机体、感受刺激、调节体温等多种功能。

2. 小肠 小肠位于腹中,上端接幽门与胃相通,下端通过回盲瓣与大肠相连。小肠是食物消化吸收的主要场所,盘曲于腹腔内,全长约 5 m,分为十二指肠、空肠和回肠三部分。小肠管壁由黏膜、黏膜下层、肌层和浆膜构成。其结构特点是管壁有环形皱襞,黏膜有许多绒毛,绒毛根部的上皮下陷至固有层,形成管状的肠腺,其开口位于绒毛根部之间。绒毛和肠腺与小肠的消化和吸收功能关系密切。



3. 大肠 大肠包括结盲肠、阑尾、直肠和肛管。大肠的主要功能是进一步吸收粪便中的水分、电解质和其他物质(如氨、胆汁酸、维生素等),形成、储存和排泄粪便。大肠黏膜的杯状细胞分泌黏液中的黏液蛋白,能保护黏膜和润滑粪便,使粪便易于下行,保护肠壁防止机械损伤,免遭细菌侵蚀。

4. 输尿管 输尿管是一对扁而细长的肌性器官,左右各一条,起自肾盂末端,终于膀胱,长20~30 cm,两侧输尿管长度大致相等。输尿管的直径粗细不均,平均直径为0.5~1 cm。输尿管分为腹部、盆部和壁内部。腹部和盆部以骨盆上口平面为界线。临床上常将输尿管分为上段(髂髂关节上缘以上),中段(髂髂关节上下缘之间)和下段(髂髂关节下缘以下)。

(1) 输尿管腹部:位于腹膜后,为腹膜外器官,沿腰大肌前面斜行向外下走行,周围有疏松结缔组织包绕,在腰大肌中点的稍下方,男性的输尿管经过睾丸血管的后方,而女性输尿管则与卵巢血管交叉。交叉点以上的部分为输尿管腰部,以下的部分为输尿管髂部。左输尿管的上部位于十二指肠空肠曲的后面,左侧结肠血管由其前方越过;在骨盆上口附近,经过乙状结肠及其系膜的后方,于乙状结肠间隙隐窝的后壁内下降;进入骨盆时,经过左髂总血管的下端前面。右侧输尿管的上部从十二指肠的血管前方越过;在骨盆上口的附近,经过肠系膜根部的下方和回肠末端的后方下行;进入骨盆时,经过髂外动脉的前方。由于上述位置关系的特点,在施行手术时左侧输尿管腹部比右侧往往容易发现。

(2) 输尿管盆部:输尿管盆部较腹部短,沿盆腔侧壁向下后外方走行,经过髂内血管、腰骶干和髂髂关节的前方或前内侧,于脐动脉起始部、闭孔神经和血管的内侧跨过,在坐骨棘平面转向前内方,经盆底上方的结缔组织直达膀胱底。坐骨棘以上部分称输尿管壁部,以下部分为脏部。男女的输尿管脏部走行有明显的不同。男性该部输尿管先向前、内和下方,走行于直肠前外侧后壁之间,经输尿管的后外侧与输尿管呈直角相互交叉,然后至输精管的内下方,经精囊腺体顶端的稍上方,从外上向内下方斜穿膀胱壁,开口于膀胱三角的外侧角。女性输尿管盆部的壁部跨过髂内动脉的前方,行经卵巢的稍后方外侧;女性输尿管盆部的脏部向内方行经子宫阔韧带基底附近的结缔组织,至子宫颈和阴道穹隆的两侧,距子宫约2.5 cm处,从子宫动脉的后下方绕过,经阴道前面至膀胱底。输尿管经阴道前面时两侧的走行有一定的差异。由于经产妇子宫多向一侧倾斜,因此倾斜输尿管与阴道前壁接触的范围更广泛。女



性输尿管与子宫动脉、子宫颈和阴道穹隆的关系,在施行子宫切除的手术中具有一定的临床意义。

(3)输尿管壁内部:是指斜穿在膀胱壁内的输尿管,长约1.5 cm。当膀胱充盈时,壁内部的管腔闭合,加之输尿管的蠕动,因此有阻止尿液反流至输尿管的作用。如输尿管壁内部过短或肌组织发育不良,则可能发生尿液反流。当壁内部发生炎症水肿或脊髓损伤而影响其神经支配时,也可能发生尿液反流。儿童该部输尿管较短,因此易发生膀胱输尿管反流现象;但随着生长发育,壁内部输尿管的延长,肌层的不断增厚,大部分儿童的膀胱输尿管反流现象会逐渐消失。

(4)输尿管的形态特征:输尿管全长口径粗细不一,有明显的生理性狭窄和膨大。共存在三个明显的狭窄部。①上狭窄部:在肾盂与输尿管连接部,又名上狭。②中狭窄部:位于骨盆上口,输尿管跨过髂血管处,又名中狭。③下狭窄部:在输尿管壁内部,又名壁内狭,是输尿管的最窄处。输尿管狭窄部往往是结石等异物滞留处。输尿管两狭之间为膨大部,称壶腹,其口径可宽达1~1.5 cm。

输尿管的走行并非垂直下行,其全长有三个弯曲。第一个弯曲称肾曲,位于输尿管的上端。第二个弯曲称界曲,在骨盆的上口呈“S”形,由向下的方向斜转向内,过骨盆上口后转向下方。第三个弯曲称骨盆曲,由斜向内下方转向前下方,突向后下方。输尿管在腹前壁的体表位置,上端位于幽门平面(第1腰椎下缘)与腰直肌外缘的交界处。沿着腰直肌外缘下行至髂前上棘间线与腹直肌外缘交叉点进入骨盆,由腹部移行至盆壁。输尿管黏膜形成纵行皱襞,管壁的横断面呈环形,上皮为4~5层细胞。管壁收缩时基层细胞呈柱状,表面细胞为立方形。肌层分内、外两层。输尿管下段,肌层增厚并形成内纵、中环和外纵三层,肌层蠕动性收缩可将尿液输送至膀胱。外膜为疏松结缔组织,含有动脉血管并发出分支至肌层,在黏膜内形成毛细血管网,然后集成静脉穿出输尿管。

5. 膀胱的解剖 膀胱是储存尿液的肌性囊状器官,其大小、形状和位置均随其充盈程度而有所变化。正常成年人的膀胱容量平均为350~500 mL,最大容量可达800 mL。新生儿的膀胱容量约为成年人的1/10。老年人由于膀胱肌张力降低,容量增大。女性膀胱容量较男性小。

膀胱空虚时呈三棱锥体形。膀胱顶端尖细,朝向前上方,称膀胱尖,有脐



正中韧带与脐相连。底部呈三角形,朝向后下方,称膀胱底。尖和底之间为膀胱体。膀胱的下部变细,称膀胱颈,在男性与前列腺相接触。膀胱各部之间没有明显的界线。空虚的膀胱黏膜皱襞甚多,这些皱襞可随膀胱的充盈而消失。但在膀胱底的内面有一三角形的区域,由于缺少黏膜下层,黏膜与肌层紧密相连,因而无论在膀胱空虚或膨胀时,始终光滑平坦,称膀胱三角。膀胱三角的尖向前下接尿道内口,两侧角连双侧的输尿管口。两侧输尿管口之间的黏膜形成一横行皱襞,称输尿管间襞。膀胱镜检时,此间襞为一苍白带,可作为寻找输尿管口的标志。膀胱三角为肿瘤和结核的好发部位,有重要的临床意义。膀胱壁的肌层很厚,可分为外纵、中环和内纵三层,但各层间界线不明显。膀胱颈处肌层增厚环形围绕尿道内口,称尿道内括约肌(膀胱括约肌)。膀胱属腹膜间位器官,其前壁、侧壁和底的下部均无腹膜覆盖。

成年人的膀胱位于小骨盆腔的前部,前方有耻骨联合,后方在男性有精囊腺、输精管壶腹和直肠,女性有子宫和阴道。膀胱空虚时,膀胱尖不超过耻骨联合上缘;而充满时,膀胱尖则高出耻骨联合平面上。此时由腹前壁折向膀胱上面的腹膜反折缘也随之上移,使膀胱前下壁直接与腹前壁相接触。因此,当膀胱充盈时,在耻骨联合上方进行膀胱穿刺,可不通过腹膜腔,不会损伤腹膜。新生儿的膀胱比成年人高,大部分位于腹腔内,随着年龄的增长和骨盆腔的发育,其位置逐渐下降。

三、造口的生理

正常造口呈牛肉红或粉红色,表面平坦且湿润,造口周围皮肤健康完整。造口没有神经组织,无痛觉,由于造口无括约肌及神经感应器,所以不能感知便意并进行忍耐,即不能通过自己的意志控制排便这一生理过程。

第二节 造口的分类

一、泌尿系统造口

(一)泌尿系统造口的定义

泌尿系统造口是指为解决由泌尿系统疾病引起的梗阻,通过外科手术治



疗将泌尿道移至回肠或腹壁形成一个开口。其目的主要是使泌尿道排泄物顺利排出,达到减轻尿路梗阻的目的,主要包括膀胱造口术、回肠代膀胱术和经皮输尿管造口术。

(二)尿道造口的适应证

(1)因前列腺增生症、尿道狭窄等引起的急性尿潴留,常规导尿失败者。

(2)尿道严重畸形、尿道损伤和男性阴茎损伤等尿道内不能置入导尿管者。

(3)尿道吻合术后、经尿道前列腺电切术、经膀胱前列腺切除术和膀胱部分切除术等同时做暂时性膀胱造口术者。

(4)神经源性膀胱。

(5)因高龄及严重心脑血管疾病等不能耐受经复杂手术等解除尿路梗阻者。

(6)晚期肿瘤(前列腺癌、直肠癌和宫颈癌等)浸润膀胱不能行根治性切除者,需做永久性耻骨上膀胱造口术。

(7)膀胱肿瘤或其他肿瘤(直肠癌、前列腺癌等)合并膀胱切除者。

(三)尿道造口的处理

1. 引流管拔除

一般于造口手术 24 ~ 48 h 后拔除耻骨后引流管。

2. 常见异常的处理

(1)尿液引流不畅或尿外渗:首先观察造口管及引流系统是否有折叠或扭曲,再用生理盐水逆行灌冲造口管,观察管腔是否堵塞。一般的血凝块都可以经灌冲解决,必要时调整造口管位置。尿外渗严重时,可采用负压引流管。

(2)膀胱激惹征:术后膀胱激惹可先用解痉药物,合理应用抗生素,同时低压持续膀胱冲洗以清除血凝块,并防止新的血凝块聚集,如症状仍不能改善,则需调整造口管的位置。

(3)造口狭窄:少数可能会出现造口狭窄,引流不畅,表现为膀胱残尿多,继发感染及尿液反流。术后 3 ~ 4 周,如窦道已形成,可试拔除造口管后以尿道探子行扩张术,必要时再次手术解决。