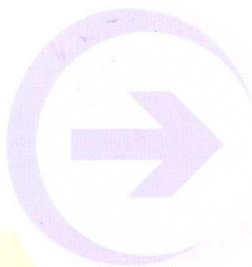


肠造口护理指引

CHANGZAKOU HULI ZHUYIN

王 静 编著



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

肠造口护理指引

王 静 编著



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

随着外科手术水平的不断提升,肠道肿瘤及泌尿系统肿瘤的介入手术治疗越来越多,造口患者的数量亦随之增多,为了规范造口的护理,预防和治疗造口并发症,本书主要介绍了肠造口基本护理,小儿肠造口的护理,泌尿造口护理,肠造口常见并发症,周围皮肤并发症的护理,以及造口产品介绍等内容。希望本书可以为致力于造口护理的各位同仁及广大读者提供专业的帮助。

图书在版编目(CIP)数据

肠造口护理指引/王静编著. —上海:第二军医大学出版社, 2015.4

ISBN 978-7-5481-0988-4

I. ①肠… II. ①王… III. ①肠疾病—造口术—康复 ②肠疾病—造口术—护理 IV. ①R656.09 ②R473.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第273375号

出 版 人 陆小新
责任编辑 单晓巍 卢 慧

肠造口护理指引

王 静 编著

第二军医大学出版社出版发行

<http://www.smmup.cn>

上海市翔殷路800号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

上海锦佳印刷有限公司印刷

开本:889×1194 1/32 印张:4.25 字数:102千字

2015年4月第1版 2015年4月第1次印刷

ISBN 978-7-5481-0988-4/R-1728

定价:28.00元

前言

造口术是外科最常实施的手术之一，是挽救生命、延续生命和改善生活质量的重要手段。随着肠道外科和泌尿外科手术技术的快速发展，肠造口的患者数量日益增多，但由于临床上只注重患者手术的治疗和并发症的预防，而忽略了肠造口患者术后的康复治疗及护理，严重地影响了肠造口患者术后的生活质量。国内外研究资料均表明造口并发症的发生率较高，因此，造口患者迫切需要造口护理专业人员的指导。

随着社会发展和国民生活水平的日益提高，临床医护人员对造口患者的生活质量越来越关注；现代医学的进步也需要大幅提升对肠造口患者的护理品质，造口专科护理工作也日益受到业内人士的关注和重视。近年来，由国际造口治疗师（ET）开设的造口门诊对造口患者进行复诊、心理咨询、健康教育，对预防和治疗造口并发症起到了十分重要的作用。

为了适应国内外造口发展的形势，提高造口专科护士的造口护理水平，满足患者的需求，编者参考了大量文献资料，并在我院伤口、造口护理团队的帮助下，精心编写了《肠造口护理指引》一书，供大家参考。在此，对团队的各位成员表示由衷的感谢！由于编写时间较紧，书中难免有疏漏之处，望广大读者指正。我们将在今后的临床实践中不断完善，使肠造口护理更加规范，造福于患者。

编者

2015年3月

目 录

第1章 肠造口康复治疗发展史

- 第1节 肠造口的历史 1
- 第2节 造口治疗师的起源与发展 6
- 第3节 造口治疗师的工作内容 9

第2章 肠造口基本护理

- 第1节 肠造口手术及造口类型 11
- 第2节 肠造口患者手术前评估及护理 12
- 第3节 肠造口患者手术后评估及护理 18
- 第4节 肠造口灌洗 26
- 第5节 肠造口康复期健康教育 28

第3章 小儿肠造口的护理

- 第1节 小儿肠造口手术的常见相关疾病和造口类型 33
- 第2节 小儿肠造口的评估及造口袋的更换 35
- 第3节 日常生活指导 37
- 第4节 父母及社会的支持 38

第4章 泌尿造口的护理

- 第1节 泌尿造口手术后的评估 40
- 第2节 造口袋的选择和更换方法 41
- 第3节 泌尿造口护理注意事项及日常生活指导 43
- 第4节 泌尿造口的特别并发症 45
- 第5节 泌尿造口尿液培养标本的采集 46

第5章 肠造口常见并发症的护理

- 第1节 造口狭窄 48
- 第2节 造口回缩 49
- 第3节 造口水肿 50
- 第4节 造口皮肤黏膜分离 52
- 第5节 造口脱垂 53
- 第6节 造口出血 54
- 第7节 肉芽肿 55
- 第8节 造口缺血和坏死 56

第6章 肠造口周围皮肤并发症的护理

- 第1节 刺激性粪性皮炎 59
- 第2节 过敏性皮炎 60
- 第3节 毛囊炎 61
- 第4节 假疣性表皮增生 62
- 第5节 真菌感染 63
- 第6节 造口旁疝 65
- 第7节 尿结晶 66
- 第8节 机械性损伤 67
- 第9节 造口周围静脉曲张 68
- 第10节 黏膜移植 69

第11节 银屑病 70

第12节 造口处肿瘤 71

第7章 肠造口患者的康复护理

第1节 肠造口患者的日常生活护理 72

第2节 造口者的生活质量 83

第8章 造口产品

第1节 底盘 88

第2节 造口袋 92

第3节 造口辅助用品 97

第9章 造口的其他知识点

第1节 肠造口部分附属护理产品应用指导 101

第2节 造口知识50问 104

附录

造口评估工具 116

参考文献 127

第1节 肠造口的历史

肠造口 (intestinal stoma) 是指在某种特殊情况下为挽救生命而暂时或永久性地将肠管提至腹部作为排泄物的出口, 最常见的是结肠造口 (colostomy) 和回肠末端造口 (回肠造口, ileostomy), 俗称“人工肛门”。全球每年由于炎症、外伤、先天性畸形、结直肠癌而需行肠造口的人数达数十万之多。虽然西方国家文献中的有关肠造口的记载已有 500 多年的历史, 但有目的、有计划的肠造口术仅有 200 多年经历。

1 结肠造口的历史

公元前 4 世纪, 希腊的 Praxagoras 第一个施行了肠管减压术。他将结肠切开, 排空内容物, 减压后将其封闭, 但并无肠造口。受当时条件的限制, 手术并没有成功。1710 年, 法国 Alexis Littre 医生设想在左髂窝经腹行结肠造口来治疗先天性肛门闭锁。他在一具死于先天性肛门闭锁 6 天的男婴身上试行了手术。由于当时没有获得皇家科学基金支持, 试验被迫中止。1776 年, 法国 H.Pillore 医生为 1 例直肠癌所致的完全性肠梗阻患者施行选择性盲肠造口术。术后患者发生腹胀, H.Pillore 医生用一套针为其行远端肠管减压, 但接着又发生了粪性腹膜炎。更为不幸的是, 由于在插套针之前他让患者口服了水银, 术后 28 天时患者死亡。尸解发现患者骨盆深部有一段小肠因



水银重力挤压导致坏疽。H.Pillore 医生的这一手术是外科造口治疗的开始。

1793 年，一位在海军和陆军医院工作过的法国医生 C.Duret，为一个出生 3 天的先天性肛门闭锁的婴儿成功地施行了选择性腰部结肠造口术，术后患者带着人工肛门健康地生存了 45 年。为了增加手术的成功率，C.Duret 医生从一位贫民家里要来了一具 15 天的死婴，在尸体上练习了一遍手术，得到足够信心后，才给那个出生 3 天的先天性肛门闭锁的婴儿做了结肠造口。结肠造口手术成功了，但缺乏收集粪便的工具和方法。Daguesceau 医生 (1795 年) 是最初提到使用“人工肛袋”的人。当时的“人工肛袋”其实就是一个“小皮囊”。Daguesceau 医生为一位被木板车刺伤的农夫做了左腹股沟部的结肠造口术。为了更好地收集粪便，那位农夫自制了一个收集装置，能够安全地将粪便收集到一个“小皮囊”中，就这样患者带着“小皮囊”活到了 81 岁。

1797 年，Finit 医生为 1 例乙状结肠癌伴完全性肠梗阻的患者于脐上正中行横结肠造口术，手术后肠梗阻缓解。由于患者术前就有肝转移现象，术后 28 天患者死于恶病质。1839 年，法国 Amussat 医生认为结肠造口术死亡的主要原因是腹膜炎，为此他主张在左腰部腹膜外行降结肠造口术。1850 年，英国的 Luke 医生率先施行左侧切口行乙状结肠造口术。1855 年，德国 Thiersch 医生为了保护远端吻合口，给患者做了预防性横结肠造口术，可惜患者最终死于腹膜炎。1879 年，德国 Schede 医生为结肠肿瘤患者行双管腹膜外结肠造口术。那时的结肠造口都是“襻式”双口的，容易发生造口脱垂，并且不能完全使粪便改道。1881 年，Schitsinger 和 Madelung 医生发明了单腔造口术，将近端结肠做“人工肛门”，远端结肠缝合后放回腹腔。这就是末端结肠造口术的开始。末端结肠造口术对于安全的早期结肠吻合起着非常重要的作用。19 世纪后

期,一些外科医生开始行一期肠吻合,但吻合术出现了许多的并发症,且伴有很高的病死率。Jvon Mikulicz 医生发现致死的主要原因是吻合口漏,并提出了分期吻合的方法,后来称之为“Mikulicz”手术。手术方法主要分为两个部分:首先,将患病肠段切除,做一个双腔造口;其次是在切除成功的2周后用一个夹子(称之为“Mikulicz”夹)将肠远近切缘夹紧,使之逐渐形成一个瘻管或“吻合”,上下两段肠子相通,恢复连贯性,形成的瘻管自然愈合或仅简单缝合即可。用 Mikulicz 方法施行手术 100 例,使肠切除术者病死率由 50% 降至 12.5%。Mikulicz 开创了肠切除吻合的先河,并获得了崇高的声誉,他提出的手术原则直到今天亦适用于左半结肠癌伴梗阻的患者。

随着造口术的成功,直肠切除术也有了一定的发展。1793 年, Faget 成功地为 1 例直肠坐骨窝广泛化脓的患者施行直肠切除术,这是第一例直肠切除术。1826 年, Lisfranc 实施了第一位直肠癌切除术,5 年后他又施行了 9 例直肠癌切除术,其中有 6 例获得成功。1883 年, Vincent Czermy 施行了第一例联合直肠癌切除术。因为高位直肠癌不能经骶部完成切除,因此需要把患者转过来经腹部完成直肠切除,并做结肠末端造口。直肠癌手术切除后肿瘤复发是主要问题, Allingham 报道 18 例, 100% 复发; Kriptz 报道 85 例, 生存率只有 38%。Vogel 查阅并收集了 1900 年以前由 12 位知名的外科医生手术的 1 500 例直肠癌患者的资料,发现术后复发率竟高达 80%。Charles Mayo 和 Sir Ernest Miles 两位著名的外科医生有相似的经验,且都认为肿瘤复发皆因没有切除直肠周围淋巴结组织所致。Mayo(1904 年)和 Miles(1908 年)分别介绍了他们腹会阴联合切除直肠的技术,早期围手术期病死率非常高,但术后的远期生存率提高很多。随着手术的进展,提高了结肠造口在治疗直肠癌中的地位。Miles 将腹部、会阴部两个手术融于一期

完成直肠癌的治疗，并做永久性乙状结肠末端造口，其手术原则至今仍在使⽤。

结肠造口术也可用于治疗其他疾病，如肠憩室炎。1907年，Mayo 首次用右横结肠造口来治疗乙状结肠憩室炎。结肠造口也可用于解决急腹症。在20世纪30年代，Mayo、Rankin 和 Braun 分别介绍了乙状结肠切除三步走的方法：第一步横结肠造口，转流粪便，解决梗阻；第二步乙状结肠切除并吻合；第三步结肠造口关闭。这种手术方式目前已经很少使⽤了，已被“哈特曼 (Hartmann) 手术”代替。Henry Hartmann 于1909—1932年创立了现在的“哈特曼”手术，并且将手术详细方法发表在1931年出版的教科书“Chirurgie du Rectum”上。他将乙状结肠和直肠上段切除，缝合直肠远段的残端，并做降结肠造口。他积极提倡用这种方法治疗伴有梗阻的乙状结肠癌，同时还提出了二期吻合的方法，但认为这有一定风险。在20世纪30年代，一位不知名的外科医生首先用这种方法治疗“憩室炎”，并称这种手术为“哈特曼”手术。1917年，英国 Lockhart Mummery 医生总结了自己做的50例结肠造口术，并最早提出了“造口护理”，又在1927年提出了“结肠灌洗”。

1958年，英国 Sames 医生和 Goligher 医生分别各自报道了腹膜外造口技术，以预防乙状结肠造口内疝的发生。19世纪至20世纪，结肠造口术经过了外科医生的多次改进，但基本上改变不大。乙状结肠和降结肠末端造口仍然用来治疗直肠癌和严重的憩室炎、大便失禁、放射性直肠炎和广泛的肛周炎，适应证有了一定的改变，但手术技术基本保持不变。医生试图研究可控性结肠造口、造口栓和皮下装置，但都没有取得重大的进展。但是施行造口的患者其生活质量却发生了质的改变。随着肠造口治疗和造口用品的日渐发展，造口患者的生活已经和正常人没有多大区别。

2 回肠造口的历史

在结肠造口技术逐步走向成熟和稳定的时候，回肠造口术才开始萌芽。在1776年Pillore医生首次施行盲肠造口术一个世纪以后才开始施行回肠造口术。1879年，德国Baum医生为1例右结肠癌伴梗阻的患者施行了回肠造口术，他把这个造口术作为切除手术的第一步，但他在行第二步切除肿瘤并做肠吻合后，发生了吻合口漏，患者在术后第9天死亡。1883年，奥地利医生Maydl在联合结肠切除吻合术中，首次成功地做了回肠造口术。1889年，Finney医生报道在治疗1例阑尾脓肿伴小肠梗阻中做了一个襻式回肠造口术。这些早期回肠造口术虽然具有创造性，但技术不成熟，而且缺少合适的造口护理用品，因此术后发生许多皮肤并发症，使回肠造口没能被广泛应用。1912年，Brown医生介绍了10例回肠造口术的经验，这些患者患结肠癌、结核病、肠梗阻、溃疡性结肠炎和阿米巴痢疾等，经盲肠造口或阑尾切除术进行结肠灌洗，但均告失败。Brown医生最终通过腹部切口把回肠襻提到腹壁外造口，这个造口凸出腹壁5.08~7.62 cm (2~3 in)，其下方放置1根支架管，最后拔除支架管，使造口自己成型。

Brown医生创立的这种回肠造口术治疗溃疡性结肠炎被广泛应用长达40年之久。虽然回肠造口难以护理，但在当时仍是溃疡性结肠炎最好的治疗方法。1932年，Mayo医院用回肠造口术治疗溃疡性结肠炎，其病死率高达32%。虽使用多种方法试图提高回肠造口患者的生活质量，但收效甚微。Mayo医院的Rakin医生提出不在原处探查切口，改在右下腹另开切口做回肠造口。Drasted医生建议做一个有皮瓣的回肠造口来防止回肠液引起的浆膜炎，但术后由于皮瓣缩窄导致回肠造口梗阻，因此这种方法被放弃。

20世纪50年代，回肠造口术依然没有得到突出性进展。

Crile 和 Turnbull 医生一起研究了回肠造口的缺点：回肠浆膜炎是由回肠液中具有腐蚀性的物质引起的，浆膜炎导致造口水肿和后来的狭窄，其处理方法包括肠道休息、再水化和导管插入造口解决肠管阻塞。伦敦伯明翰大学的 Bryan Brooke 医生在 1952 年发表了一篇题为《回肠造口及其并发症的处理》的文章，在文中他用一句简单的话高度地概括了回肠造口的手术治疗和造口患者的生活：“更简单的方法就是在手术时把回肠末端翻转出来，将黏膜与皮肤缝合，这样就避免了并发症。”这句话，连同同一个简图，就将回肠造口从慢性炎症和常常发生溃疡的无功能造口变为我们今天看到的有功能的“玫瑰蕾”（回肠造口）。Bryan Brooke 医生在回肠造口手术方面取得了举世瞩目的成就，他采用的术式被人们称为“Brooke 回肠造口术”。Crile 在 1942 年也提出了黏膜与皮肤缝合的回肠造口术，但他当时还不知道 Brooke 在伦敦已使用了这种方法。怎样收集回肠造口引出的粪便？Nils Kock 发明了“Kock 储袋”，William Bamnet 发明了“Bamnet 储袋”，两者都力图使回肠造口达到可控性，但实际却很难达到。

第 2 节 造口治疗师的起源与发展

肠造口治疗学是一门新的学科。造口治疗之父卢培·坦波（Rubert B. Turnbull Jr）认为，肠造口治疗是一项特别的护理，它不仅需要注意肠造口的技术，还应注意造口患者腹部的造口护理、造口并发症的预防与治疗，积极开展造口患者及家属的心理咨询，为造口患者提供各种康复护理。

19 世纪 50 年代，卢培·坦波医生为一位患溃疡性结肠炎

的妇女做了永久性回肠造口术。这位患者名叫 Norma Gill(诺玛·基尔),她在完全康复后非常热衷于帮助其他肠造口患者。1958年,诺玛·基尔被卢培·坦波医生邀请到克单夫兰医学中心协助工作,最终使她成为世界首位造口治疗师(ET)。

造口治疗师主要是指导患者术前、术后如何进行造口部位护理,给予患者及家属良好的心理支持,帮助患者选择和佩戴好造口产品,制定出院计划及门诊随访时间等护理工作的专业卫生人员。1961年,在卢培·坦波医生策划下诞生了第一个造口治疗学校,为造口治疗和护理的发展踏出了重要的一步。1968年,在卢培·坦波医生倡导下成立了美国造口治疗师协会,随后更名为国际造口治疗师协会(IAET)。1975年,国际造口治疗师协会规定其会员必须拥有护士资格,虽不是护士但已经加入的会员仍然具有会员资格,新会员则要求必须有护士资格并热衷推广造口治疗的人才能参加。诺玛·基尔联合所有有志于肠造口治疗的专业人员于1978年成立了世界造口治疗师协会(WCET),并在多伦多召开会议。到目前为止,世界造口治疗师协会有48个国家参加,其中造口治疗师为正式会员,医生和造口材料公司人员为副会员,协会要求每2年召开一次世界性会议。国际造口协会(IOA)会员主要是造口患者,同时医生及护士也可参加。国际造口协会由58个正式协会和4个非正式协会组成,分布在北美、中美、加勒比海、非洲、欧洲、拉丁美洲、南太平洋等区域。1993年亚洲造口协会成立,由中国、中国香港、日本、印度、马来西亚和泰国等国家和地区组成。同时每个国家都有自己的协会,如英国造口协会、美国造口协会、日本造口协会等。1996年4月,中国造口协会在沈阳成立,由喻德洪教授担任首任主席。

随着全社会对造口患者康复问题的重视,除上述情况外,世界上许多公司为造口患者研制造口产品、出版专门杂志。



世界卫生组织还将 1993 年 10 月 2 日定为第一个“世界造口日”(World Ostomy Day, WOD), 之后每 3 年举办一次, 每次都在 10 月份的第一个星期六。全球许多国家和地区在“世界造口日”这天举办各种有益的活动, 旨在提高造口患者的社会环境与生活质量。这是一个提供帮助的世界性活动, 最终唤起全社会来关心造口患者, 鼓励他们更好地生活, 为他们提供最大的关怀和支持。2012 年, 第 7 个“世界造口日”的活动主题为“共同关注, 多点聆听”。

随着造口治疗的发展, 造口器材不断改进, 辅助用品也应运而生。自从 1935 年美国首次研制出肠造口袋以来, 造口器材便加速了发展, 由非黏性→黏性; 腰带式→非腰带式; 固定式→裁剪式; 一次性→非一次性; 不可引流→可引流; 无适透膜式→适透膜式; 一件装→两件装或三件装。1975 年, 有人曾研制出磁性人工肛, 并对造口栓进行不断改进, 灌洗工具亦逐渐普及到患者自用。对于造口周围并发症, 如过敏性皮炎、粪性皮炎也有了有很多的辅助用品, 也可用于除臭、防漏等。目前一些专营造口器材公司, 为造口患者提供各式各样的造口用具, 给患者带来了方便与舒适, 最终提高了患者的生活质量。

1958 年, 诺玛·基尔成为世界上第一个造口治疗师。据不完全统计, 目前全世界已有 6 000 多名造口治疗师, 有 40 多个造口学校。美国专职造口治疗师必须要经 2 年护理专业学习后, 再经造口治疗学校培训 2~3 个月才能上岗。

1988 年, 国内喻德洪教授率先在上海举办了第一期造口治疗师培训班, 面向全国招生, 到 1997 年共办 7 期, 培训了医生、护士 400 余名。1996 年, 广东省举办了第一期省级的肠造口治疗师培训班, 于 1998—2005 年连续举办了 8 期国家级的造口治疗师培训班(属国家级继续教育项目), 共培训医护人员 400 余名。为了提高我国造口治疗和护理水平, 1994

年上海选派2名护士到澳大利亚造口治疗学校学习,并获得了正式造口治疗师文凭;2000年广州中山医科大学肿瘤医院派出3名护士到香港造口治疗师学校学习,并获得了正式的造口治疗师文凭。为了更快培养我国造口护理人才,进一步推动中国造口事业的发展,促进造口护理事业与国际接轨,2001年2月4日,香港大学专业进修学院和香港造口治疗师学会、中山大学肿瘤医院、中山大学护理学院在广州联合创办了“中山大学造口治疗师学校”,迄今为止已经成功举办了13期。这是我国第一所国际承认的造口治疗师学校,也是学员获得国际认可的造口治疗师证书的地方。

国内还建立了享有盛名的造口博物馆(上海)、造口图书馆(上海),并出版了造口报纸(《造口之友》专版,广州)。2000年,为奖励喻德洪教授在推动中国造口事业发展中所做出的巨大贡献,国际造口协会给予其最高奖励——职业奉献奖。

综上所述,造口治疗学是一门新兴的学科。但随着造口技术的发展和人们对生活质量要求的提高,造口治疗肯定会有广阔的发展前景。

第3节 造口治疗师的工作内容

20世纪80年代,出现了“造口治疗师”一词,作为专科护士,他们在造口康复护理中发挥着重大的作用。发展至今,我们认为目前的造口治疗师的主要职责有:①提供肠造口术前定位和指导;②提供腹部肠造口的护理,做好肠造口并发症的预防及治疗;③为患者及家属提供造口护理相关的咨询服务和

心理护理，以达到使患者完全康复的最终目标；④提供各类慢性伤口，如动静脉溃疡、压疮、瘘管等护理；⑤提供大小便失禁的护理。在提供上述专科护理的过程中，造口治疗师兼具着护理者、辅导者、教育者、管理者 and 研究者等诸多角色。造口治疗师不仅要在自己的专业方面具有丰富的知识和护理经验，还需要专长于辅导及与患者沟通，更要具备一定的科研知识和教学技巧。除此以外，造口治疗师还需要对各类伤口、造口及失禁用品的特性、作用有较为深入的认知。

对于拥有 500 张以上床位的肿瘤医院或综合医院，应具备 1~2 名全职的造口治疗师，全职造口治疗师可归属于护理部、泌尿外科、普外肛肠科等科室，负责全院的伤口、造口和失禁 3 个方面的护理工作。具体的工作内容有造口患者的术前评估、术前定位、术后护理、造口并发症的预防和治疗、康复指导、家属的培训及咨询、压疮的预防和监控、慢性伤口的护理、瘘管护理、大小便失禁护理、足部溃疡护理，以及参与护理会诊、开设护理门诊等。

院内兼职造口治疗师在做好本职工作的同时，根据个人所在科室的不同，护理的侧重面也相应不同，如门诊科的造口治疗师以伤口为主，泌尿科的造口治疗师以失禁为主，肛肠科的造口治疗师以造口为主等。兼职造口治疗师也可以参与全院的护理会诊，开设护理门诊等。

为了更好地服务患者，造口治疗师的工作还可以扩展到社区服务，为社区的患者提供更为专业的护理。