

肠造口患者术后皮肤黏膜分离的危险因素分析

刘赞 李红 范良梅

肠造口术是腹部外科的常见手术之一^[1]。皮肤黏膜分离(mucocutaneous separation, MCS)多发生于肠造口术后一周,由于各种因素导致肠造口黏膜与腹壁皮肤愈合较差,形成开放性创口,不仅会引起造口袋底板粘贴松动,导致粪水漏出污染造口皮肤,还会延缓住院时间,影响患者身心健康^[2]。近年来,随着肠道疾病发病率的上升,行肠造口术的患者增加,MCS已引起临床研究者的广泛关注^[3]。本次研究探讨肠造口患者术后MCS的危险因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年1月至2022年12月在丽水市中心医院就诊的230例肠造口患者为研究对象,其中男性134例、女性96例;肠道清洁度:I度182例、II度27例、III度21例;纳入标准包括:①同意行肠造口术;②年龄≥18岁;并剔除:①腹部手术史者;②严重脏器功能不全者;③术后引发肠梗阻、出血等严重并发症者;④精神类疾病者;⑤恶性肿瘤者;⑥妊娠或哺乳期女性;⑦全身感染性疾病者。本次研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》要求,所有患者均签署同意书。

1.2 方法 根据肠造口患者术后3周是否发生MCS,分为MCS组和非MCS组,比较两组性别、年龄、体重指数、造口类型、糖尿病、免疫抑制剂史、黏膜缺血坏死、造口周围皮下积液感染、造口局部组织脂肪液化、白蛋白、血红蛋白、肠道清洁度。

1.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析。计数资料比较采用 χ^2 检验。采用单因素

和多因素logistic回归分析影响造口患者术后MCS的危险因素。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 230例肠造口患者中,有34例术后出现MCS,发生率为14.78%。影响肠造口患者术后MCS的单因素分析见表1。

表1 影响肠造口患者术后MCS的单因素分析

因素	MCS组(n=34)	非MCS组(n=196)
性别		
男	19(14.18)	115(85.82)
女	15(15.62)	81(84.38)
年龄		
<60岁	10(11.76)	75(88.24)
≥60岁	24(16.55)	121(83.45)
体重指数		
<25 kg/m ²	16(11.94)	118(88.06)
≥25 kg/m ²	18(18.75)	78(81.25)
造口类型		
结肠造口	23(16.31)	118(83.69)
回肠造口	11(12.36)	78(87.64)
糖尿病		
是	15(40.54)	22(59.46)
否	19(9.84)	174(90.16)
免疫抑制剂史		
是	7(17.95)	32(82.05)
否	27(14.14)	164(85.86)
黏膜缺血坏死		
是	6(37.50)	10(62.50)
否	28(13.08)	186(86.92)
造口周围皮下积液感染		
是	9(60.00)	6(40.00)
否	25(11.63)	190(88.37)

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2023.009.025

基金项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2022KY1427)

作者单位:323000 浙江丽水,丽水市中心医院感染科(刘赞、范良梅),门诊换药室(李红)

续 表1 影响肠造口患者术后MCS的单因素分析

因素	MCS组(n=34)	非MCS组(n=196)
造口局部组织脂肪液化		
是	13(72.22)	5(27.78)
否	21(9.91)	191(90.09)
白蛋白		
<35 g/L	23(21.70)	83(78.30)
≥35 g/L	11(8.87)	113(91.13)
血红蛋白		
<90 g/L	26(20.80)	99(79.20)
≥90 g/L	8(7.62)	97(92.38)
肠道清洁度		
I度	18(9.89)	164(90.11)
II度	7(25.93)	20(74.07)
III度	9(42.86)	12(57.14)

由表1可见,两组患者在术前糖尿病、黏膜缺血坏死、造口周围皮下积液感染、造口局部组织脂肪液化、白蛋白、血红蛋白、肠道清洁度比较,差异均有统计学意义(χ^2 分别=23.22、7.05、26.04、51.15、7.46、7.87, $Z=17.84$, P 均<0.05);而两组在性别、年龄、体重指数、造口类型、免疫抑制剂史比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别=0.09、0.98、2.06、0.68、0.37, P 均>0.05)。

2.2 影响肠造口患者术后MCS的logistic多元回归分析见表2

由表2可见,糖尿病、黏膜缺血坏死、造口周围皮下积液感染、造口局部组织脂肪液化、白蛋白<35 g/L、血红蛋白<60 g/L、肠道清洁度差均是影响肠造口患者术后MCS的危险因素(P 均<0.05)。

表2 影响肠造口患者术后MCS的多元logistic回归分析

因素	β	SE	Wald χ^2	OR	95%CI	P
糖尿病	2.18	0.56	15.61	1.93	3.03 ~ 9.33	<0.05
黏膜缺血坏死	1.75	0.43	6.31	2.15	1.34 ~ 12.03	<0.05
造口周围皮下积液感染	1.29	0.66	6.11	2.35	1.23 ~ 16.49	<0.05
造口局部组织脂肪液化	2.47	0.96	6.80	3.06	1.86 ~ 27.58	<0.05
白蛋白<35 g/L	1.42	0.48	8.30	2.37	1.10 ~ 18.62	<0.05
血红蛋白<90 g/L	0.60	0.72	4.71	1.87	1.49 ~ 7.94	<0.05
肠道清洁度差	1.74	0.66	7.13	2.75	1.61 ~ 21.30	<0.05
常量	-4.24	0.72	26.29	0.01		<0.05

3 讨论

肠造口术是治疗消化系统疾病的重要术式,造口位置一般需要远离患者皮肤伤口或皱褶、生理凹陷、体表溃疡瘢痕组织及骨隆突处,处于皮肤平坦的腹直肌内,为方便收集粪便,其平面高于体表平面1.5~2.0 cm^[4,5]。据相关数据显示,中国行肠造口术患者总数已达100万以上,且每年会新增10万左右,其中,以结直肠癌患者为主,虽然该术式挽救了不少患者生命,但术后并发症仍不容忽视,尤其是MCS,属于肠造口术后早期常见并发症^[6]。表浅的MCS,对患者影响较小,通过专业的护理即可恢复;而深度的MCS,会影响创面愈合速度,降低患者生活质量,还会给临床护理增加难度,导致大量医疗资源占用^[7]。本次研究显示,230例肠造口患者中,有34例术后出现MCS,发生率为14.78%,提示肠造口术后MCS发生率处于较高水平。

为了降低MCS发生率,改善肠造口患者预后,

本次研究进一步分析影响肠造口患者术后MCS的危险因素,研究发现,糖尿病、黏膜缺血坏死、造口周围皮下积液感染、造口局部组织脂肪液化、白蛋白<35 g/L、血红蛋白<60 g/L、肠道清洁度差均是影响肠造口患者术后MCS的危险因素(P 均<0.05)。对于糖尿病患者,胰岛素分泌不足,导致免疫性蛋白的合成减少,会降低免疫防御功能,同时体内的高糖环境会促进细菌增殖,从而引起伤口感染,增加MCS风险。因此,对于合并糖尿病的肠造口患者,术后需要加强血糖监测,控制血糖水平。良好的血运有利于伤口快速愈合,由于提拉肠管时张力过大、腹壁开口太小、扭曲压迫肠管等原因引起黏膜缺血坏死,肠黏膜颜色变紫或发黑,会导致肠管血运不良,影响肠黏膜与腹壁缝合处伤口的愈合,以致MCS发生风险升高。另外,造口周围皮下积液感染会导致造口周围皮肤发硬,影响伤口的愈合,容易引起MCS。对于这类患者,在肠造口术后

发现造口周围皮肤红肿、疼痛及积液,需要及时处理,避免症状加重引发MCS。造口局部组织脂肪液化与患者体型肥胖、术中使用高频电刀及缝合不到位有关,患者脂肪组织坏死,并产生渗液,进一步蓄积会在皮下组织形成腔隙,导致伤口难以愈合。当发现伤口处有渗液,需要及时与医师沟通,做好充分引流。白蛋白和血红蛋白均属于重要的营养指标,白蛋白 $<35\text{ g/L}$ 或血红蛋白 $<60\text{ g/L}$ 的患者,提示机体状态较差,免疫功能不足,而粪便中含有大量细菌,容易感染缝线处伤口,导致MCS。因此,肠造口患者术后需要加强营养支持,改善低蛋白和贫血状态,增强机体免疫功能。正常肠道内存在不同种类的细菌,彼此之间处于稳定平衡状态,肠道准确不充分,会导致肠道清洁度差,肠道内粪便残留,加上手术不可避免会对肠道造成一定损伤,容易致使细菌进入伤口,引起MCS的发生。因此,需要重视术前肠道准备,做好肠道清洁。

综上所述,肠造口患者术后MCS的发生与糖尿病、黏膜缺血坏死、造口周围皮下积液感染、造口局部组织脂肪液化、白蛋白 $<35\text{ g/L}$ 、血红蛋白 $<60\text{ g/L}$ 、肠道清洁度差等因素有关,为临床肠造口患者术后MCS的干预提供指导。

参考文献

- 1 李小林,张德雪,赵海燕,等.认知行为疗法对结直肠癌永久性肠造口患者创伤后成长的影响[J].安徽医学,2020,41(2):91-94.
- 2 霍蕊,陈永侠,刘全丽,等.湿性愈合敷料联合伤口评估三角在肠造口皮肤黏膜分离中的应用效果[J].蚌埠医学院学报,2022,47(8):1092-1095,1101.
- 3 王志霞,赵天云,王飞杰,等.腹部切口裂开伴造口皮肤黏膜分离患者的护理一例[J].华西医学,2021,36(4):549-551.
- 4 Vriesman MH, Noor N, Koppen IJ, et al. Outcomes after enterostomies in children with and without motility disorders: A description and comparison of postoperative complications[J]. J Pediatr Surg, 2020, 55(11): 2413-2418.
- 5 黄泳霖,王林,赵鸣鹤,等.肠造口管理现状及专项培训的必要性:基于一项全国性问卷调查研究[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(11):1005-1011.
- 6 李银足,张雪娜,牛文博,等.新型冠状病毒肺炎疫情下肠造口患者的护理[J].中华护理杂志,2020,55(1):397-399.
- 7 温芳芳,何莹华,张凤英,等.基于藻酸盐银离子敷料与贝复新的综合护理改善肠造口黏膜皮肤分离的临床效果[J].广东医学,2019,40(9):1333-1336.

(收稿日期 2023-06-07)

(本文编辑 高金莲)

(上接第853页)

超声药物导入疗法利用超、声波原理将治疗药物直接经相应身体部位皮肤渗透至吸收,相比于口服提高了药物扩散速度和吸收效率,因此具有更高的疗效。尽管如此,本次研究仍存在一定的不足,例如未进一步观察其不良反应等,可在今后进一步的研究中弥补。

综上所述,急性COPD痰热壅肺证患者采用中药超声导入治疗对于临床指标纠正、疾病症状改善及生存质量提高均有积极的促进作用,疗效可靠。

参考文献

- 1 Pott J, Krill A, Wilkens H, et al. Easy measurement of health related quality of life in patients with cystic fibrosis by the COPD assessment test (CAT) - A pilot study [J]. Respirat Med, 2020, 168: 105992.
- 2 李芳,叶炯.中医药治疗慢性阻塞性肺疾病临床研究进展[J].实用中医内科杂志,2021,35(5):120-122.

- 3 世界中医药学会联合会.国际中医临床实践指南慢性阻塞性肺疾病[J].世界中医药,2020,15(7):1084-1092.
- 4 张弘,蔡柏蔷.2017 ERS/ATS慢性阻塞性肺疾病急性加重管理指南解读[J].国际呼吸杂志,2017,37(9):641-646.
- 5 陈宝根,李鹏超.肺胀临证心得[J].中国民间疗法,2017,25(3):60-61.
- 6 王念源,李玉叶,刘玉鑫.老年AECOPD患者中医证素及证型分布规律[J].广西医学,2022,44(16):1890-1893.
- 7 王寅平.清热豁痰止咳方治疗COPD痰热壅肺证临床观察[J].光明中医,2022,37(20):3727-3729.
- 8 李建生,张海龙,王海峰,等.慢性阻塞性肺疾病证候演变特点临床调查[J].中医杂志,2017,58(9):772-776.
- 9 Charoo NA, Rahman Z, Repka MA, et al. Electroporation: An avenue for transdermal drug delivery[J]. Curr Drug Deliv, 2010, 7(2): 125-136.

(收稿日期 2023-03-10)

(本文编辑 高金莲)