维普资讯 http://www.cqvip.com

观能动性和工作热情。加强护理查房、讲课和典型病例讨论，提高专科理论水平。护理查房、讲课和典型病例讨论，是理论联系临床，不断提高专科理论和熟悉掌握新业务新技术的必要手段。

2.3 提高文书书写内涵质量

护理文书是医疗诊断和治疗的重要理论依据，是临床工作中的原始文字记录，可为医疗、护理、教学、科研工作提供重要资料，也是重要的法律依据和重要线索，护理记录作为病案资料的重要组成部分，即反映患者病情变化和治疗情况，又为日后医疗纠纷提供直接证据，为保证医疗文件的原始性、正确性和完整性，护士必须按护理文书规范要求，客观、准确、完整的书写好各种护理记录，多与经管医生沟通，保持医护记录的一致性，仔细观察病情变化，及时收集病情资料，保持记录的连续性，特别是病情加重时，及时将护理计划、措施的记录跟进；管理者就存在的问题经常讲，护士在下笔时要求时刻给自己预警，医院质控部门加大环节质控和奖惩力度，保持病历完整、防止污染、破损，确保护理工作的安全。

（编辑：郭光金）

结肠造瘘术后的护理体会

刘玉阁 （鞍山市双山医院外科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 结肠；结肠造瘘术；护理
[中图分类号] R656.9；R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)03-0206-01

结肠造瘘是晚期大肠癌的一种手术方式[1]。结肠造瘘病人术后通过精心护理，可降低感染率及死亡率。我科自2002年3月至2004年2月共行腹部造瘘术28例，采用护理程序对病人实施心理理，取得了满意的效果。现报告如下。

1 临床资料

本组28例病人，其中男性18例，女性10例。年龄42～72岁。直肠癌根治切除术后造瘘22例，直肠癌未能切除，单纯结肠造瘘6例。结肠造瘘术后全部治愈出院，无并发症发生。

2 护理方法

2.1 心理护理

心理护理在整个护理过程中起着关键作用。腹壁造瘘虽然能够延长患者生命，但对其精神、肉体上是不良刺激，几乎所有病人都不能接受，病人担心别人嫌弃，厌烦，不能再工作等。根据病人出现的不同心理特点，以同情、理解、关爱的态度，用鼓励的语言向患者讲解关于造瘘口的知识，使患者认识到这只是排便位置的改变，说明其必要性和原因。教会患者学会护理瘘口，使积极配合治疗。

2.2 造瘘口的护理

术后12 h内要仔细观察造瘘口血运情况。造瘘口一般在2～3 d后开放。开放初期，粪便稀薄，不断流出，对腹壁皮肤刺激大，易引起皮肤糜烂，因此，要彻底清洗消毒造瘘口周围皮肤，并用复方氧化锌软膏和凡士林保护[2-3]。造瘘口开放及每次排便后，以凡士林纱布覆盖外翻的肠粘膜。外盖厚敷料，同时观察造瘘口肠段血运情况，防止造瘘口肠段出血、坏死、狭窄等并发症发生。术后禁食到肠造瘘口排便后可以进流食，以后逐渐过渡到普食，应避免进食刺激性产气的食物，如高脂、豆类、辣椒等，以免增加大便的量和次数。避免进食气味大的食物，如鱼，元葱，韭菜大蒜等，以免产生大量气味。嘱病人每日养成定时排便的习惯和定时缩肛，对排便不畅，疼痛者，两周后每日扩张造瘘口两次，每次5 min，对排便困难者，可以造瘘口注入甘油，术后二周定时给予洗肠，训练造瘘口定时排便功能。

2.3 各引流管护理

做好引流管周围护理，保持清洁干燥，严密观察引流液颜色、量，并做好记录，防止出血过多造成血压下降。保持尿管通畅，与引流相接的无菌袋应放置与引出水平面以下，防止尿液倒流，严密观察尿色、量，防止尿管脱落。在拔尿管前要闭管，让病人有意识的排尿。训练膀胱肌排尿功能。保持胃管通畅，嘱病人早期活动，促进肠蠕动恢复，一般3～5 d排气后，可拔出胃管。

3 出院指导

康复指导是整体护理的组成部分，做好康复指导能提高结肠造瘘口病人的生活质量和社会适应能力。具体内容是：①指导病人学会有意识的收缩肛门，早期养成定时排便的习惯，如病人已建立定时排便习惯，粪便已成形时，可在造瘘口处覆盖敷料或软纸即可；②注意定时进食，进食时应避免太快而吞入空气，一次进食不宜过多，平时多吃些新鲜的水果、蔬菜，少吃太油腻食物，天热时多饮水；③在日常生活中，不用害怕腹泻、便秘，只要学会护理造瘘口，并保持乐观态度，经过一段时间实践即可对造瘘口排便逐渐适应。

[参考文献]

[1] 费建东，雷 杰. 结肠造瘘口狭窄18例治疗体会[J]. 张家口医学院学报，2004，21(1)：60-61.
[2] 程凤芹. 避孕套代替肛袋用于新生儿结肠造瘘口护理[J]. 南方护理学报，2002，9(3)：29.
[3] 袁 虹. 直肠造瘘术后两种不同灌肠方法的效果分析[J]. 局解手术学杂志，2004，13(2)：138.

[收稿日期] 2006-01-10 [修回日期] 2006-03-16

（编辑：左艳芳）