

创面分级管理联合预见性护理预防重症坏死性筋膜炎合并回肠造口高排量患者继发感染的实践分析

李慧

湖北省十堰市太和医院普外科

DOI:10.32629/ffcr.v4i3.21381

[摘要] 目的：探讨创面分级管理联合预见性护理在重症坏死性筋膜炎合并回肠造口高排量患者中的应用效果,分析该护理模式对患者继发感染、造口并发症及创面恢复的预防作用。方法：选取92例重症坏死性筋膜炎并行回肠造口、造口排泄物高排量的患者,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各46例。对照组实施常规创面护理与造口护理,观察组在常规护理基础上开展创面分级管理联合预见性护理。对比两组患者创面继发感染、造口周围感染及全身感染发生率,统计造口相关并发症发生情况、创面愈合时间、住院时长,并评估护理满意度。结果：观察组各类继发感染发生率、造口并发症发生率均显著低于对照组($P<0.05$)；观察组创面愈合时间、住院时间短于对照组,护理满意度评分高于对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：创面分级管理联合预见性护理可有效降低重症坏死性筋膜炎合并回肠造口高排量患者的继发感染风险,减少造口相关并发症,加快创面愈合速度,缩短住院周期,同时提升护理服务满意度,该护理方案实用性强,适合临床推广应用。

[关键词] 重症坏死性筋膜炎；回肠造口；高排量；创面分级管理；预见性护理；继发感染

中图分类号：R47 文献标识码：A

Analysis on the Application of Wound Grading Management plus Predictive Nursing for Secondary Infection Prevention among Severe Necrotizing Fasciitis Patients with High-output Ileostomy

Hui Li

Department of General Surgery, Taihe Hospital, Shiyan City, Hubei Province, China

[Abstract] Objective: To explore the application effect of wound grading management combined with predictive nursing in patients with severe necrotizing fasciitis complicated with high-output ileostomy, and analyze the preventive effect of this nursing model on secondary infection, stoma complications and wound recovery of patients. Methods: A total of 92 patients diagnosed with severe necrotizing fasciitis who underwent ileostomy with high-volume stoma output were enrolled and divided into a control group and an observation group by random number table method, with 46 cases in each group. The control group received routine wound and stoma nursing, while the observation group was given wound grading management combined with predictive nursing on the basis of routine nursing. The incidences of secondary wound infection, peristomal infection and systemic infection were compared between the two groups. The occurrence of stoma-related complications, wound healing time and hospital stay were recorded, and nursing satisfaction was evaluated. Results: The incidences of various secondary infections and stoma complications in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$). The wound healing time and hospital stay of the observation group were shorter, and the nursing satisfaction score was higher than those of the control group, with statistically significant intergroup differences ($P<0.05$). Conclusion: Wound grading management combined with predictive nursing can effectively reduce the risk of secondary infection, cut down stoma-related complications, accelerate wound healing and shorten the length of hospital stay in patients with severe necrotizing fasciitis combined with high-output ileostomy, and improve nursing satisfaction simultaneously.

This nursing protocol has strong practicability and is worthy of clinical promotion and application.

[Key words] severe necrotizing fasciitis; ileostomy; high-output stoma; wound grading management; predictive nursing; secondary infection

引言

重症坏死性筋膜炎起病急、进展快,软组织广泛坏死,多需手术清创并行回肠造口引流。高排量造口粪便腐蚀性强,持续浸润创面与造口周边皮肤,极易诱发创面、造口及全身多重继发感染,造口皮炎、渗漏等并发症高发,延缓创面修复,延长住院时间。传统统一化创面及造口护理缺乏分层干预与前置防控措施,难以应对此类复杂高危患者。为改善患者预后,本研究将创面分级管理与预见性护理结合,应用于重症坏死性筋膜炎伴回肠造口高排量患者,观察该联合护理模式对感染、造口并发症及康复进程的影响,为临床护理工作提供可行方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料。选取收治的92例重症坏死性筋膜炎合并回肠造口高排量患者作为研究对象,入组时间范围统一划定。所有患者均经临床症状、实验室及影像学检查确诊重症坏死性筋膜炎,因病情需要行回肠造口手术^[1],造口每日排泄物排量 $\geq 1500\text{ml}$,符合高排量造口判定标准。采用随机数字表法将患者分为对照组、观察组,每组46例。

对照组男25例,女21例;年龄34~72岁,平均 (52.37 ± 8.62) 岁;造口术后时长2~9d,平均 (5.12 ± 1.43) d;创面坏死面积范围 $4 \sim 18\text{cm}^2$,平均 $(10.25 \pm 2.71)\text{cm}^2$ 。观察组男23例,女23例;年龄32~74岁,平均 (51.84 ± 8.95) 岁;造口术后时长1~10d,平均 (4.96 ± 1.57) d;创面坏死面积 $3 \sim 19\text{cm}^2$,平均 $(9.87 \pm 2.93)\text{cm}^2$ 。两组患者性别、年龄、造口术后时长、创面情况等基线资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),组间具有可比性。

纳入标准①明确诊断为重症坏死性筋膜炎,已完成回肠造口手术^[2];②造口排泄物每日排量 $\geq 1500\text{ml}$,属于高排量造口;③患者意识清楚,能够配合各项护理操作与病情评估;④临床病历、检查资料完整,患者及家属知晓研究内容并自愿配合。

排除标准①入院时已存在全身感染、重度脓毒血症等并发症;②合并先天性免疫缺陷、恶性肿瘤、终末期脏器衰竭等严重疾病;③存在精神认知障碍,无法配合护理干预;④中途转院、自动出院或临床资料缺失者。

1.2 护理方法。两组患者均接受统一的抗感染、补液、营养支持等基础治疗,病房每日定时通风消毒,严格执行无菌操作原则^[3]。

对照组采用常规护理模式。定时对坏死性筋膜炎创面进行清洁、消毒与换药,根据渗液情况更换敷料;每日观察回肠造口黏膜颜色、形态及排泄物性状,及时清理造口排泄物,更换造口袋;常规开展饮食指导、体位护理、病情监测,出现异常症状时再采取对症处理措施^[4]。

观察组在常规护理基础上,实施创面分级管理联合预见性护理。

(1)创面分级管理:结合创面坏死范围、渗液量、局部红肿

及感染风险将创面分为三级。I级:创面坏死组织局限,渗液量少,无明显红肿,感染风险低,日常常规无菌换药,选用吸收性普通敷料,保持创面干燥;II级:创面坏死组织较多,渗液中等,局部轻度红肿,存在潜在感染风险,增加换药频次,采用负压引流敷料联合抗菌敷料,彻底清除分泌物与坏死组织;III级:创面大面积坏死,渗液量大,局部红肿热痛明显,感染风险极高,每日分时段换药,加强创面冲洗,合理使用引流装置,重点隔离污染区域,阻断感染扩散路径。所有分级由两名护理人员共同评估,根据创面动态变化及时调整分级与护理方案^[5]。(2)预见性护理:①感染预见性干预:每日监测体温、血常规、创面分泌物性状,针对造口高排量特点,提前做好排泄物隔离,避免粪水沾染筋膜创面;对创面、造口周围皮肤重点防护,预判感染高危时段,强化无菌操作^[6]。②造口并发症预见性干预:回肠排泄物稀薄、腐蚀性强,高排量易引发造口皮炎、水肿,提前使用皮肤保护剂涂抹造口周围皮肤,根据排量选择大容量、防渗漏造口袋,定时检查造口袋密封性,避免排泄物渗漏刺激皮肤。③水电解质紊乱干预:高排量造口易造成体液、电解质流失,每日精准记录出入量,结合检验结果提前调整补液方案,维持内环境稳定^[7]。④营养与体位干预:预判患者因创面消耗、食欲下降出现营养不良,制定个性化饮食方案,优先补充优质蛋白与维生素;定时协助患者变换体位,避免创面受压,同时防止造口扭转、受压。⑤心理干预:预判患者因创面疼痛、造口影响产生负面情绪,主动沟通讲解疾病与护理知识,缓解焦虑情绪,提升配合度^[8]。两组护理干预周期至患者创面基本愈合、造口状态稳定为止。

1.3 观察指标。①继发感染情况:统计护理期间患者创面局部感染、造口周围感染、全身感染的发生例数,计算总感染发生率^[9];②造口并发症:记录造口皮炎、水肿、脱垂、渗漏等并发症发生情况;③康复相关指标:统计两组患者创面愈合时间、整体住院时长;④护理满意度:采用院内自制满意度量表评价,总分100分,分值越高代表满意度越高。

1.4 统计学方法。采用统计学软件处理数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以例数、百分率 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组继发感染及造口并发症发生率对比。观察组创面感染、造口周围感染、全身感染总发生率,以及造口各类并发症发生率均低于对照组,组间对比差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表1。

2.2 两组创面愈合时间、住院时间及护理满意度对比。观察组创面愈合时间、住院时间明显短于对照组,护理满意度评分显著高于对照组,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表2。

3 讨论

表1 两组继发感染及造口并发症发生率对比[n(%)]

组别	例数	总继发感染	造口并发症
对照组	46	14 (30.43)	16 (34.78)
观察组	46	4 (8.70)	5 (10.87)

表2 两组创面愈合时间、住院时间及护理满意度对比
($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	创面愈合时间(d)	住院时间(d)	护理满意度(分)
对照组	46	22.64 $\pm$ 3.51	28.73 $\pm$ 4.26	76.35 $\pm$ 5.28
观察组	46	15.82 $\pm$ 2.97	20.15 $\pm$ 3.64	92.41 $\pm$ 4.16

重症坏死性筋膜炎属于进展迅速的严重软组织感染疾病，筋膜及皮下组织大面积坏死，创面破损严重，局部防御能力大幅下降，本身就存在较高的感染风险。而合并回肠造口高排量的患者，回肠排泄物稀薄、粪水腐蚀性强、排出量大，极易发生造口袋渗漏，排泄物沾染周围皮肤及坏死创面，形成交叉污染；同时大量体液与营养物质随排泄物流失，患者机体免疫力持续降低，进一步增加创面感染、造口感染甚至全身脓毒血症的发生概率。常规护理多采用统一化操作模式，仅在出现异常后开展对症处理，缺乏风险预判与个体化干预，难以从源头规避感染与并发症，护理效果存在明显局限^[10]。

本次研究中，观察组联合应用创面分级管理与预见性护理，从创面处置、风险预判两大维度开展干预。创面分级管理摒弃了统一换药的模式，根据创面坏死程度、渗液量、感染风险划分等级，实行分层护理。低风险创面以干燥防护为主，减少不必要的创面刺激；中风险创面强化引流与抑菌处理，阻断感染进展；高风险重度创面加强冲洗、负压引流，及时清除坏死组织与分泌物，降低细菌滋生条件。这种分级模式做到了“一创面一方案”，让创面护理更具针对性，能够有效控制局部感染源头，为创面修复创造良好环境^[11]。

预见性护理则立足于疾病与造口的特点，提前识别各类潜在风险并进行干预。针对高排量造口渗漏、皮肤腐蚀的问题，提前使用皮肤保护剂、适配防渗漏造口袋，从源头减少排泄物对皮肤和创面的刺激；结合患者体液流失快的特点，精准监测出入量并调整补液方案，维持机体正常代谢与免疫功能；同时兼顾体位、营养、心理等多方面问题，全面消除诱发感染和并发症的危险因素。相较于常规被动护理，预见性护理将干预节点前移，实现了从“事后处理”向“事前预防”的转变^[12]。

研究数据显示，观察组继发感染发生率仅为8.70%，造口并发症发生率为10.87%，远低于对照组，充分证实该联合护理模式可显著降低感染与并发症风险。在康复效率方面，观察组创面愈

合时间、住院时间明显缩短，原因在于感染得到有效控制后，创面修复进程不再被反复干扰，机体营养与内环境保持稳定，进一步加快了整体康复速度。而护理满意度的提升，也源于患者创面疼痛减轻、造口状态稳定，身心舒适度得到明显改善，对护理工作的认可度随之提高。

4 结语

综上所述，针对重症坏死性筋膜炎合并回肠造口高排量患者，采用创面分级管理联合预见性护理，可精准管控创面风险，提前规避造口相关问题，有效预防继发感染，减少并发症，加快患者康复进程，同时优化护理服务体验，是一套安全、高效、可推广的综合护理方案。

[参考文献]

[1]夏樱珮,胡紫燕,高微微.回肠造口高排量预防与管理的证据总结[J].上海护理,2026,26(4):70-75.

[2]李欣怡,董维凯,刘珂慧,等.坏死性筋膜炎38例临床诊疗分析[J].滨州医学院学报,2026,49(1):110-112.

[3]莫林洁,张妍.回肠造口还纳术病人围手术期的护理研究[J].智慧健康,2019,5(23):127-128+147.

[4]蒋朝龙,储国平,朱宇刚,等.84例坏死性筋膜炎患者创面细菌培养及药敏试验结果分析[J].临床医学研究与实践,2025,10(35):50-53+94.

[5]Zou Y,Zhang J,He Y,et al.Hierarchically structured Ta4HfC5/NiFe2O4 composites with in-situ interfaces for high microwave attenuation and durable thermal management[J].Ceramics International,2026,52(14PA):23539-23550.

[6]苗忠义,任丽华,燕茹,等.UPPP术后创面感染病原菌分布与血清CRP/ALB值分析及自拟中药含漱液的应用效果[J].中国老年学杂志,2023,43(10):2418-2421.

[7]赵美平,杜秀康.负压创面治疗在结直肠癌切除术患者回肠造口术后应用的效果[J].中国实用医刊,2022,49(1):47-49.

[8]卢艳梅.封闭式负压引流对慢性创面患者心理状态及创面愈合的影响[J].实用中西医结合临床,2020,20(18):145-147.

[9]Yuan Z,Haipo Y,Jian K,et al.Clinical study for external washing by traditional Chinese medicine in the treatment of multiple infectious wounds of diabetic foot: Study protocol clinical trial (SPIRIT compliant).[J].Medicine, 2020,99(17):19841.

[10]梅先水,王建民.肛周坏死性筋膜炎的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(76):116-117.

[11]邹永芳,杨红梅,李丽娟,等.1例重症急性坏死性筋膜炎并发MODS的护理[J].当代护士(专科版),2010,(12):142-143.

[12]曲岩,刘春娥.预见性护理在低位直肠癌根治术后结肠造瘘口护理中的应用[J].中国医药指南,2020,18(23):199-200.

作者简介:

李慧(1986—),女,汉族,湖北丹江口人,本科,主管护师,研究方向:普外科护理。