

DOI: 10.12209/CAIM202501240001

· 中西医结合临床案例 ·

四个“1+1”模式下1例 AIDS 患者的肠造口护理

隋国静, 谷艳梅, 席双梅, 刘 薪

(首都医科大学附属北京佑安医院 重症医学科, 北京, 100069)

摘要: 艾滋病合并直肠恶性肿瘤术后肠造口的患者, 围手术期 CD4 淋巴细胞低, 免疫力差, 缺乏自我照护能力, 生活质量难以得到保障, 通过四个“1+1”个性化管理模式, 对患者进行专业化护理, 提高患者生活质量。针对 1 例艾滋病合并直肠恶性肿瘤术后肠造口患者, 进行“医生+护士”一体化查房, MDT 诊疗, 制定围手术期治疗、护理方案; “线上+线下”搭建交流平台, 信息实时共享, 促进心理健康; “院内+院外”实施多维度健康宣教及延续护理服务; “门诊+病房”动态造口维护预防并发症。通过四个“1+1”个性化管理模式, 对患者围手术期提供专业精细的护理服务, 患者的生活质量得到了进一步的提高。

关键词: 艾滋病; 直肠恶性肿瘤; 肠造口; 延续性护理

Enteral Stoma Care of One AIDS Patient under Four "1+1" Models

SUI Guojing, GU Yanmei, XI Shuangmei, LIU Xin

(Department of Critical Care Medicine, Beijing You'an Hospital Capital Medical University, Beijing, 100069)

ABSTRACT: Patients with AIDS complicated by rectal malignant tumors who undergo intestinal stoma surgery often face challenges such as low perioperative CD4 lymphocyte levels, compromised immunity, limited self-care capacity, and reduced quality of life. This study implemented a four "1+1" personalized management model to provide specialized nursing care, aiming to enhance the patient's quality of life. For a case involving an AIDS patient with a postoperative rectal malignant tumor and intestinal stoma, the following strategies were applied: 1) "Doctor + Nurse" integrated ward rounds and multidisciplinary team (MDT) collaboration to develop perioperative treatment and nursing plans; 2) "Online + Offline" communication platforms for real-time information sharing and mental health support; 3) "In-hospital + Out-of-hospital" multidimensional health education and continuity of care; 4) "Outpatient + Inpatient" dynamic stoma maintenance to prevent complications. Through this four "1+1" personalized management model, the patient received professional and meticulous perioperative care, resulting in significant improvement in quality of life.

KEY WORDS: AIDS; rectal malignant tumor; intestinal stoma; continuity of care

研究表明,全球范围内结直肠肿瘤在所有癌症中的发病率位居第三,致死率位居第二^[1],而肠造口术是结直肠癌最常见的手术方式之一^[2]。目前,肠造口已在肠道良性疾病、外伤及结直肠肿瘤方面发挥重要治疗作用,并伴随病人数月、数年、甚至终身,持续影响病人的生理、心理及社会生活。而高质量的造口管理对提高患者术后生活质量、改善其生命结局至关重要^[3],需要具备扎实的造口专科知识和技能的医护人员为其实施肠造口护理和管理^[4]。2024 年 1 月 16 日,我院收治 1 名艾滋病伴直肠恶性肿瘤的患者,于 2014 年 1 月 22

日行腹腔镜下乙状结肠皮肤造口术,在我院四个“1+1”高质量造口管理模式,经过专业护理,患者恢复良好,生活质量得到提高,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,37 岁,2008 年体检发现 HIV 阳性,CD4 淋巴细胞及病毒载量不详,未治疗;2020 年查 CD4 淋巴细胞 63 个/UL, HIV-RNA1.12×10⁶IU/L;2021 年开始服用捷夫康抗病毒治疗,2022 年换用必妥维治疗至今;2023 年开始年患者无

收稿日期:2025-01-24

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

明显诱因肛周肿物突出,可回纳,伴排便困难及里急后重感,大便变细,行MRI直肠平扫+增强示直肠下段癌(T3N2MX),查CD4淋巴细胞146 cell/UL,病毒载量<20copies/mL;2023年1月门诊以AIDS合并直肠下端癌收入院,根据外院会诊意见予以化疗;2023年7月再次排便困难、伴少量出血;2023年11月于我院行直肠动脉栓塞术,2024年1月上述症状加重,于2024年1月16日收入院。

1.2 治疗与转归

入院后经全面评估及多学科会诊,患者直肠恶性肿瘤诊断明确,无根治手术指征,家属手术意愿强烈,拟于2024年1月22日在全麻下行腹腔镜下乙状结肠皮肤造口术,术前对患者进行全面评估,由造口治疗师和医生共同完成术前造口定位,护士做好术前宣教,讲解围手术期注意事项及造口术后的护理,让患者接触造口用品,建立护患信任,消除患者恐惧、焦虑心理。

术后第1日,患者生命体征平稳;HIV病毒载量123拷贝/mL,CD4+T淋巴细胞203个/UL;观察造口,造口黏膜少量出血,高度不理想,DET评分为0分;做好个人防护,进行首次造口袋更换,同时指导患者更换步骤及饮食指导。术后第3日,患者未诉不适,排气排便好,HIV病毒载量<40拷贝/mL,CD4+T淋巴细胞131个/UL;做好个人防护,按照A-R-C原则(A佩戴-R揭除-C检查)进行第二次造口袋更换,同时指导患者参与更换。2024年1月29日,患者生命体征平稳顺利出院,指导患者造口门诊复查流程,予患者日常生活及家属日常防护宣教。

2 护理

2.1 护理评估

患者处于艾滋病期,病毒载量高,CD4+水平低,免疫力低下,感染风险高;肿瘤晚期行姑息性手术,远期预后差,对造口知识欠缺,存在心理负担;外地患者出于隐私保护,赴京就医,出院后复查不便,后续治疗困难;造口高度不理想,易泄漏,造成并发症,给患者带来困扰和不便。

2.2 护理诊断

感染风险高与HIV导致的免疫抑制(CD4+T淋巴细胞减少)有关;营养失调,低于机体需要与食欲减退(药物副作用或心理因素)有关;自我护理能力缺陷与缺乏肠造口护理知识或培训有关;身体意象紊乱与造口带来的外观改变及排泄方式变化

有关;皮肤完整性受损与排泄物持续刺激造口周围皮肤(酶类、酸性物质)有关。

2.3 护理措施

2.3.1 工作团队“1+1”(“医生+护士”:医护联动,制定围手术期治疗及护理方案,应对感染风险高的问题)

MDT诊疗,由感染科、泌尿外科等多学科会诊,持续检测病毒载量和CD4+水平,制定手术方案、术后抗感染、抗病毒方案等,并由造口治疗师和医生共同参与术前定位。抗病毒方案:给予患者必妥为(三联复方制剂)1片,1次/d,每日规律定时服药;饮食方案:术后早期营养均衡,进食高蛋白、高热量、高维生素类饮食,术后恢复期少进食易产气、产生异味、引起腹泻及便秘等食物,少食多餐,从流食逐渐过渡到普通饮食;预防感染:术后给予单间隔离,预防交叉感染,加强通风及房间消毒,护士每2h翻身扣背一次,加强肺部护理、口腔护理及肛周护理,2次/d。医护一体化查房,医护查房从医疗和护理两个角度协作为患者提供个性化的医疗服务。造口术后,由于造口和手术伤口毗邻较近,如处理不好,极易引起伤口感染,医护共同操作,医生先处理伤口,再由造口师处理造口,并严格警惕由于渗漏污染手术伤口。

2.3.2 教育形式“1+1”(“线上+线下”:搭建交流平台,信息实时共享,促进心理健康)

线下:考虑患者肿瘤晚期,无法根治,行姑息手术,远期生存率低,且患者对疾病的认知及自身病情较为了解,存在一定心理负担,为减轻患者焦虑,促进心理健康,给予多元化心理干预;造口治疗师术前访谈+定位,爱心家园志愿者访谈,造口志愿者访谈,鼓励患者参与造口人联谊会及线下健教会。线上:将患者加入“佑安月季花之约”造口群,促进交流;定期线上健教会,造口文章推送,让患者更多的了解造口相关知识。

2.3.3 工作范畴“1+1”(“院内+院外”:院内外联动实施多维度健康宣教及延续性造口护理服务)

院内:围手术期结合患者自身情况,指导患者造口袋更换流程及注意事项,同时进行饮食、活动等日常宣教。院外:因患者为外地赴京就医,考虑后续治疗问题,暂居北京1月,因身体虚弱,门诊就诊不便,利用互联网+,预约金牌护士上门服务。

2.3.4 工作地点“1+1”(“门诊+病房”:门诊和病房联动实施动态造口维护,解决并发症问题)

门诊:术后早期考虑患者伤口愈合情况,免疫力

低下,排泄量少,采用平面底盘,3 d 更换1次造口袋。3 月后患者造口门诊复查,造口周围轻度粪水性皮炎,考虑患者造口高度不理想,排泄物易泄漏,予以更换凸面底盘+腰带。病房:住院期间完成造口全过程护理,造口师院内会诊,使患者及家属掌握造口更换的流程及自我护理观要点。予精细化管理,应对术后并发症,例如造口黏膜出血(纱布轻轻按压+藻酸盐敷料止血)及造口黏膜高度不理想(严格按照 ARC 更换原则进行造口袋更换,并使用造口粉+液体敷料及防漏膏保护皮肤)。

2.4 护理评价

该案例选取 1 例外地 AIDS 患者,因直肠恶性肿瘤晚期无法根治,行乙状结肠皮肤造口术,入院后我院采用四个“1+1”管理模式,通过“医生+护士”联动,制定围手术期治疗及护理方案,患者术后恢复良好,未发生感染;“线上+线下”为患者搭建交流平台,实现信息实时共享,患者了解了更多造口相关知识,并且能够积极面对生活;“院内+院外”联动实施多维度健康宣教及延续性造口护理服务,为患者提供便利条件;“门诊+病房”实施动态造口维护,解决患者并发症问题。半年后通过电话及微信回访,患者恢复满意,可熟练掌握造口袋的更换流程,对未来生活充满信心,生活质量得到一定提高,体现了以患者为中心的护理理念。

3 讨论

据西澳大利亚造口协会统计,全球大约有 300 万造口者,我国 2010 至 2019 年造口患者总数年均增长率为 12.7%,2019 年达 45.3 万人(占同期住院患者的 0.68%)^[5]。造口并发症包括渗漏、感染、造口周围皮肤损伤、造口回缩及造口狭窄等,国外数据显示,输尿管皮肤造口病人术后约 64% 出现并发症,国内报道显示,造口并发症发生率为 16.3% 至 53.8%^[6]。据报道中国 PEG 患者抑郁发生率为 31.5%,与术后并发症和社会支持缺乏显著相关^[7],造口患者还可能面临焦虑、社会隔离等心理挑战。肠造口患者家庭照顾者普遍存在生理、心理、社会和经济方面的负担^[8],照顾者负担过重会影响患者的康复和生活质量^[9]。现有挑战包括医疗资源分布不均,即造口护理资源在不同地区和国家之间分布不均,影响患者的生活质量;患者自我管理能力不足,即许多造口患者在自我护理方面存在知识不足和技能不熟练的问题,导致并发症发生率增加^[10]。

对于肠造口这类特殊人群来说,接受基于信息化平台的延续性护理干预能有效提高造口护理知识,改善生活质量,提高患者对造口护理指导的满意度^[11],延续性护理可提高患者对疾病的认知,降低肠造口及其周围并发症,提高患者的生活质量。随着人口老龄化、慢性病增多及医疗技术进步,造口人延续性护理的需求日益增长,其未来发展可能将呈现以下趋势。①技术驱动的创新护理模式:通过可穿戴传感器、智能造口袋等设备实时监测造口周围皮肤状况、排泄物性状及渗漏情况,并通过 APP 同步数据至医护人员,实现早期预警和干预。②多学科协作的精细化护理数字化平台支持:建立线上护理咨询系统、患者社群或虚拟康复课堂,提供用药指导、并发症处理教程及心理疏导,打破地域限制,降低随访成本。团队整合:联合外科医生、伤口造口治疗师、营养师、心理咨询师及社工等组成跨学科团队,针对患者的生理、心理和社会需求制定个体化护理方案;标准化流程建设:推动居家护理操作指南的规范化(如清洁、更换造口袋技巧),并通过视频教学、AR 模拟等方式强化患者自我管理能力。③以患者为中心的全周期管理:全病程跟踪:从术前宣教、术后康复到长期随访,覆盖疾病全程,关注患者角色转变与社会适应问题(如重返职场、社交活动);个性化健康档案:利用电子病历系统记录患者造口类型、护理习惯及并发症史,为后续护理提供数据支持。④社区与家庭护理的深度融合:基层医疗机构联动:培训社区护士掌握造口护理技能,构建“医院—社区—家庭”三级照护网络,解决偏远地区资源匮乏问题;家属赋能计划:鼓励家庭成员参与护理培训,减轻患者心理负担,增强家庭支持系统的稳定性。⑤政策与保险体系的完善:医保政策倾斜:将造口护理耗材(如造口袋、皮肤保护剂)纳入医保报销范围,减轻经济负担;商业保险补充:探索针对造口人群的特色险种,覆盖并发症治疗、康复护理等服务。⑥心理与社会支持的强化:专业心理咨询介入:针对造口患者的自卑、抑郁情绪提供认知行为疗法(CBT)或同伴支持小组,提升社会参与感;社会倡导与公众教育:通过公益活动消除公众对造口的误解,帮助患者重建自信,融入社会。⑦科研与循证实践的深化:大数据分析 with AI 应用:利用人工智能预测并发症风险(如感染、脱垂),优化护理路径;新型敷料与护理产品研发:开发透气性强、低致敏性材料,减少皮肤刺激,探索

生物工程皮肤替代物修复造口周围损伤。

然而,由于各医院延续护理存在较大差异,缺乏统一规范的实施方案;医院与社区对接不够完善,缺乏相应的完善体系;缺乏明确的收费制度及标准,缺乏相应的法律法规及保障制度。因此,从我国国情出发,借鉴国外成功的延续护理模式,总结出一条适合我国肠造口患者规范统一标准的延续护理模式,以提高肠造口患者的自我护理能力。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 史学伟,封凯,黄燕东,等. 免疫检查点抑制剂在结直肠癌中的应用现状及进展[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(7): 781-784.
SHI X W, FENG K, HUANG Y D, et al. Application status and progress of immune checkpoint inhibitors in colorectal cancer[J]. Chin J Clin, 2023, 51(7): 781-784. (in Chinese)
- [2] 孟晓红,徐洪莲. 中华护理学会成人肠造口护理团体标准要点解读及思考[J]. 上海护理, 2021, 21(6): 1-4.
MENG X H, XU H L. Interpretation and thinking on nursing care for adult stoma patients issued by Chinese nursing association [J]. Shanghai Nurs, 2021, 21(6): 1-4. (in Chinese)
- [3] 王宁,吕琳,杨丽梅,等. 伤口造口专科护理敏感质量指标体系的构建[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(21): 2565-2571.
WANG N, LÜ L, YANG L M, et al. Construction of a nursing-sensitive quality indicator system in wound and ostomy care[J]. Chin J Nurs, 2022, 57(21): 2565-2571. (in Chinese)
- [4] 张倩君,毛小英,张莉,等. 218名肠造口患者家庭照顾者的心理脱离现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2024, 31(22): 7-11.
ZHANG Q J, MAO X Y, ZHANG L, et al. Analysis of psychological detachment status and influencing factors of 218 family caregivers of enterostomy patients [J]. J Nurs China, 2024, 31(22): 7-11. (in Chinese)
- [5] 梅自伟,曹英,汤利萍,等. 输尿管皮肤造口专科工作室的构建与运行效果评价[J]. 中国护理管理, 2023, 23(8): 1225-1229.
MEI Z W, CAO Y, TANG L P, et al. Construction and practice of cutaneous ureterostomy specialist studio [J]. Chin Nurs Manag, 2023, 23(8): 1225-1229. (in Chinese)
- [6] 李嘉琪,左俊焘,徐瑶,等. 经皮内镜下胃造口术导管移位预防与管理的证据总结[J]. 中国护理管理, 2024, 24(1): 84-89.
LI J Q, ZUO J T, XU Y, et al. Evidence summary for the prevention and management of catheter displacement of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy [J]. Chin Nurs Manag, 2024, 24(1): 84-89. (in Chinese)
- [7] 吕琳,马琳,马玺燕,等. 肠造口患者家庭照顾者照护负荷研究进展[J]. 卫生职业教育, 2019, 37(11): 154-157.
LV L, MA L, MA X Y, et al. Research progress on care load of family caregivers of enterostomy patients [J]. Health Vocat Educ, 2019, 37(11): 154-157. (in Chinese)
- [8] 张佳,贾红,程佳林,等. 结直肠癌肠造口患者家庭主要照顾者照顾准备度的现状及其影响因素[J]. 医学临床研究, 2023(6): 959-960, F0003.
ZHANG J, JIA H, CHENG J L, et al. Present situation and influencing factors of care readiness of main caregivers of colorectal cancer patients with enterostomy [J]. J Clin Res, 2023(6): 959-960, F0003. (in Chinese)
- [9] 林倩雯,吴佳昕,吴干清,等. 永久性泌尿造口患者自我接纳的变化轨迹分析及护理对策[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(8): 921-927.
LIN Q W, WU J X, WU G Q, et al. Study on the change trajectory of self-acceptance of patients with permanent urostomy and nursing countermeasures [J]. Chin J Nurs, 2025, 60(8): 921-927. (in Chinese)
- [10] 郭灿,曹英,汤利萍,等. 膀胱癌泌尿造口病人支持性照顾需求研究进展[J]. 护理研究, 2023, 37(4): 624-629.
GUO C, CAO Y, TANG L P, et al. Research progress on supportive care needs of bladder cancer patients with a urostomy [J]. Chin Nurs Res, 2023, 37(4): 624-629. (in Chinese)
- [11] 张雪,许佳琪,张四维,等. 移动健康在肠造口患者延续护理中应用的范围综述[J]. 中国护理管理, 2024, 24(10): 1526-1533.
ZHANG X, XU J Q, ZHANG S W, et al. Application of mHealth in the continuous care of enterostomy patients: a scoping review [J]. Chin Nurs Manag, 2024, 24(10): 1526-1533. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。