

DOI: 10.12209/CAIM202411250011

· 中西医结合临床案例 ·

医护一体化模式下1例高龄胃癌术后早期肠梗阻患者的护理查房

李 瑾¹, 谭 蕾², 王小明¹

(1. 北京市健宫医院 普通外科, 北京, 100054;

2. 北京市健宫医院 护理部, 北京, 100054)

摘要: 本文总结医护一体化模式下1例高龄胃癌术后早期肠梗阻患者的护理查房经验。分析患者的临床资料,由责任护士汇报病例,医生分析病情,医护联合针对重难点护理内容进行讨论,通过中西医理论结合,制定个性化的护理方案,重建医、护、患三位一体的治疗和护理模式,达到实施整体护理的效果。本案例在西医常规护理的基础上采用中药灌肠、中药热奄包、耳穴压丸等中医特色护理,有效改善患者术后早期肠梗阻的腹痛腹胀的症状,避免了二次手术,有效提高患者的生活质量。

关键词: 高龄胃癌; 术后早期肠梗阻; 中西医结合护理; 查房

Nursing Ward Round for an Elderly Patient with Early Postoperative Intestinal Obstruction Following Gastric Cancer Surgery Under an Integrated Medical-Nursing Care Model

LI Jin¹, TAN Lei², WANG Xiaoming¹

(1. Department of General Surgery, Beijing Jian Gong Hospital, Beijing, 100054;

2. Department of Nursing, Beijing Jian Gong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing ward round experience for an elderly patient with early postoperative intestinal obstruction following gastric cancer surgery under an integrated medical-nursing care model. By analyzing the patient's clinical data, the responsible nurse presented the case, the physician analyzed the condition, and medical-nursing joint discussions were conducted on key and challenging aspects of care. Through the integration of Chinese and Western medical theories, a personalized nursing plan was formulated, reconstructing a trinity model of physician-nurse-patient collaboration in treatment and care, thereby achieving holistic nursing outcomes. Building on conventional Western nursing practices, this case incorporated traditional Chinese medicine (TCM) interventions such as Chinese herbal enema, Chinese herbal hot compress packs, and auricular acupoint pressing. These approaches effectively alleviated the patient's abdominal pain and distension caused by early postoperative intestinal obstruction, avoided secondary surgery, and significantly improved the patient's quality of life.

KEY WORDS: elderly gastric cancer; early postoperative intestinal obstruction; integrated Chinese-Western nursing; ward round

胃癌作为常见的恶性肿瘤之一,手术治疗是目前主要的治疗方法^[1]。然而,术后早期肠梗阻作为胃癌术后常见并发症之一^[2-3],对患者的康复和预后构成严重威胁。术后早期炎性肠梗阻通常

在腹部手术后两周内发生,由腹腔炎症和手术创伤引起^[4]。医护一体化模式强调医生和护士合作,优化资源配置,提高服务效率和质量^[5-6],在这一模式下,护理人员需具备专业技能和敏锐观察

收稿日期:2024-11-25

通信作者:谭蕾, E-mail: 472055343@qq.com

OPEN ACCESS

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

力,及时处理问题。对于高龄胃癌术后患者,医护一体化模式下的护理查房尤为重要。本文探讨医护一体化模式下高龄胃癌术后患者的中西医结合护理查房过程,分析患者病情、护理需求,以及医护团队协作,展示中西医结合护理在缓解症状、提升护理质量和降低并发症方面的优势,现将护理查房报告如下。

1 案例资料

1.1 一般资料

患者女性,84岁,因“进食后腹胀2月余,加重半月”于2024年7月2日入院。患者20年糖尿病史,否认药物及食物过敏;患者及家属态度积极,经济状况良好,需照护。患者于7月5日全麻下接受腹腔镜胃癌根治术及毕Ⅱ式吻合术,术后第4天即7月9日,患者出现腹胀、恶心及呕吐症状,肛门停止排气排便。

1.2 查体

患者腹部膨隆,肠鸣音减弱,无肠型蠕动波,X线显示小肠梗阻,诊断为胃癌术后早期肠梗阻。中医查体见面色少华,精神良好,形体消瘦,语音低微,肠鸣音2~3次/min,诉腹胀痛,恶心呕吐酸苦水,口干,无排气排便,脉弱;患者生命体征稳定,体温(T)36.6℃,脉搏(P)84次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)123/75 mm Hg,疼痛评分为3分。

1.3 诊断及治疗

西医诊断:胃恶性肿瘤,肠梗阻。中医诊断:胃癌,辨证为脾胃气虚证;肠结,辨证为气阴两虚证。治疗方案:患者接受保守治疗,以中西医结合为主,治疗计划具体如下:普外科护理,一级护理,禁食,记录24 h出入量,吸氧,重症监护,监测血糖;西医治疗包括胃肠减压、禁食、补液、抗感染和疼痛管理;中医治疗涉及中药灌肠、针灸、腹部理疗、耳穴压丸、穴位贴敷和五音疗法。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 腹胀评估

腹胀分级及评分标准,具体如下:无腹胀:术后于肛门排气之前,患者未见任何腹胀感,记为0分;轻度腹胀:术后肛门排气之前,患者出现轻微腹胀,可感觉到腹内有一定压力气体的流动,但是切口未见任何腹痛感,记为1分;中度腹胀:患者

腹部出现明显膨胀,切口处有胀痛感,但无法忍受,记为2分;重度腹胀:患者腹部出现膨胀,切口处胀痛,焦躁不安,痛苦呻吟,难以忍受,严重时会出现呼吸抑制或呼吸困难的情况,记为3分。本例患者腹胀评分为3分,属重度腹胀。

2.1.2 疼痛评估

采用数字评定量表评分(NRS)法评估患者疼痛,用10 cm长刻度尺量化评估患者的主观疼痛程度,两端分别为“0”分端和“10”分端,0分表示无痛,10分表示难以忍受的最剧烈的疼痛,评分越高,代表疼痛程度越重。本例患者疼痛评分为3分,属轻度疼痛。

2.1.3 焦虑评估

采用焦虑自评量表(SAS)评估患者焦虑程度,SAS总分<50分为正常,50~60分为轻度焦虑,61~70分分为中度焦虑,>70分属于重度焦虑。患者因疼痛症状导致紧张焦虑,向患者介绍SAS焦虑评分量表,本例患者SAS总分为55分,属轻度焦虑。

2.1.4 营养状况评估

采用MNA-SF筛查表评估患者营养状况,总分在8~11分,表示有营养不良风险;总分在12~14分,表示营养状况正常;总分在0~7分,表示营养不良。本例患者SAS总分为10分,有营养不良风险。

2.1.5 日常生活能力评估

采用Barthel指数量表进行日常生活基本活动测评,主要包括自我照顾(进食、洗澡、修饰、穿衣、大便控制、小便控制、如厕)及移动能力(转移、行走、上下楼梯),总分100分,100分代表ADL完全独立,0分代表ADL完全依赖。本例患者评分为60分,属中度依赖。

2.1.6 管路滑脱风险评估

采用管路滑脱风险评估表评估患者管路滑脱风险,其中低度风险(评分<8分)、中度风险(8~12分)、高度风险(评分>12分)。本例患者评分为11分,属中度风险。

2.2 护理诊断

腹胀与术后胃肠蠕动减慢,脏腑气血运行缓慢有关;疼痛与肠内容物不能正常运行肠腑传导受阻有关;焦虑与疼痛、缺乏疾病相关知识有关;营养失调与禁食水、胃肠减压有关;疲乏与脏腑功能衰退,气血阴阳不足,体虚有关;有导管滑脱风险与患者术后置入多根引流管有关。

2.3 护理计划

综合患者的病情数据、身体状况评估及心理状态分析,确定以促进胃肠道恢复、缓解疼痛、优化营养状态、强化心理支持及促进康复为主要护理目标,制定中西医结合综合护理措施,全面护理,加速患者恢复,提高生活质量。

2.4 护理措施

2.4.1 常规护理

饮食护理:予患者禁食水,持续胃肠减压;药物护理:予患者促进胃动力药物、抑酸,肠外营养液。

2.4.2 对症护理

2.4.2.1 腹胀护理

①中药保留灌肠:采用中药成方进行操作,中药主要为生薏苡仁 30 g、生黄芪 15 g、茯苓 30 g、白术 15 g、党参 15 g、厚朴 10 g、枳壳 10 g、大黄 10 g、枳实 10 g、姜半夏 9 g、木香 6 g 及桔梗 6 g,共 13 味药;如患者出现恶心呕吐加代赭石 30 g、旋复花 15 g、竹茹 10 g、生姜 6 g;腹胀明显需加香附 10 g、炒莱菔子 10 g、柴胡 10 g;腹痛明显的患者可酌情加芍药 10 g、甘草 10 g、乌药 10 g^[7]。患者取左侧卧位,臀部抬高 10 cm,温度 40℃,液面距离肛门不超过 30 cm,肛管插入 15 cm,缓慢滴入后中药保留 1 h 以上,治疗 1 次/d,100 mL/次,7 d 为一个疗程。②中药热奄包:中药为干姜 50 g、盐小茴香 50 g、砂仁 50 g 及大青盐 100 g,对患者腹部进行熨烫,可温经通络、调和气血,促进胃肠道功能恢复,降低腹腔内部的压力,改善腹胀症状,加热 1~2 min,温度 50℃,治疗 2 次/d,20 min/次。③腹部按摩:根据子午流注“按时给药”,早上 5:00~7:00 为大肠经最为旺盛,早上 7:00~9:00 胃经最旺,指导患者及家属做腹部按摩治疗,以肚脐为中心,顺时针、逆时针按摩腹部各 50 次^[8]。

2.4.2.2 疼痛护理

遵医嘱予耳穴贴压治疗,取脾、胃、大肠及小肠等穴位予垂直点压法,5 次/d,每次每穴 1 min,每天更换一次,两侧耳部轮流更换健脾和胃,补中益气,缓解腹胀^[9],必要时给予止痛药(盐酸曲马多注射液)。

2.4.2.3 情志护理

予患者五音疗法,根据子午流注规律,每日巳时(9:00~11:00)补脾为宜,五行音乐疗法中宫音悠扬、庄重醇厚,宫音大脾,每日巳时为患者选择《月光奏鸣曲》《秋湖月夜》《鸟投林》及《闲居吟》等

宫调式音乐曲目,以调节脾胃的升降功能,促进全身气机的稳定^[10]。积极与患者沟通,倾听患者主诉,为患者讲解疾病相关知识,嘱患者家属多陪伴。

2.4.2.4 营养失调护理

①静脉肠外营养液,补充蛋白每日输入人血白蛋白 10 g,改善患者营养状况;②责任护士每日记录出入量;③密切监测患者血糖;④注意患者输注速度、浓度。

2.4.2.5 乏力护理

①予患者穴位贴敷治疗,取穴肾俞、脾俞,健脾胃和胃,温阳扶正,2 次/d,4 h/次。②协助患者床旁活动,具体如下。坐起训练:在护士或家属的协助下,患者双手扶床栏,慢慢坐起,使床头逐渐抬高至患者能耐受的程度;坐起后,观察患者有无头晕、心悸等不适。站立训练:患者双手扶床栏或在家属和医护人员的搀扶下,慢慢站起;站立时,注意保持身体平衡,避免摔倒。床旁行走:在护士或家属的陪同下,患者手扶移动输液架或床栏,在床旁进行短距离的行走;行走时,注意步伐稳健,避免牵拉引流管。③指导患者渐进活动,3 次/d,15 min/次,逐步增强练习耐力,鼓励患者逐步完成各项自理活动。

2.4.2.6 管路滑脱风险

加强多发时段巡视,尤其是非计划拔管的高危时段(23:00~3:00,6:00~8:00),增加巡视次数,不因忙碌忽视患者导致拔管;对发现的情况及时记录于护理记录单,管道妥善固定,固定完善后告知其照护者管道的必要性,说明其重要程度,并告知只是暂时,待病情稳定、拔除插管后不适可解除。

2.5 护理评价

患者肠道功能通过中西医结合护理得到逐步恢复,排气排便正常,腹痛腹胀缓解;营养状况改善,体重增加,关键营养指标正常;患者生活质量显著提升,精神状态和活动能力增强,能正常进食和参与日常活动,详见表 1。患者于 2024 年 7 月 20 日出院,电话随访患者自述无腹痛腹胀,规律服药,提醒患者出院后 7 d 复查。

3 医护联合护理查房

3.1 查房目标

①多学科评估患者病情,医护一体化模式下全面评估患者术后肠梗阻的临床表现、生命体征、

表 1 疗效评估

评估项目	07月09日	7月11日	7月14日	7月16日
腹胀分级	重度腹胀	轻度腹胀	轻度腹胀	无腹胀
NRS/分	3	2	1	1
SAS/分	55	50	45	45
MNA-SF/分	10	10	10	11
Barthel/分	60	75	80	85
导管路滑脱风险	固定在位	固定在位	固定在位	固定在位
排气排便情况	无排气无排便	有排气无排便	有排气无排便	有排气有排便

胃肠功能恢复及并发症风险,明确护理重点与难点。②验证护理措施有效性,结合循证依据,分析护理措施对缓解肠梗阻症状、促进胃肠功能恢复的效果,识别不足并提出改进建议。③强化医护协同决策,围绕高龄患者术后生理脆弱性,探讨医护团队在病情观察、治疗调整及护理操作中的协作流程,提升联合应对能力。④优化个性化护理计划,针对高龄患者术后早期肠梗阻的特殊性,制定个体化护理目标,明确家属健康教育重点。⑤提升护理团队专业水平,通过病例讨论,总结高龄胃癌术后肠梗阻的护理关键点,强化护理人员对术后病理生理变化及医护一体化流程的认知与实践能力。⑥推动护理质量持续改进,结合查房中发现的问题,提出改进措施,完善医护一体化查房标准及术后肠梗阻护理路径,为类似病例提供参考。

3.2 查房组织

科室主任负责监督查房流程,确保其高效有序;责任护士汇报患者状况,提出护理问题和措施;普通外科病区的主治医生负责医疗诊断和治疗方案,提供用药指导;护理团队在查房中提供专业意见,实施中西医结合护理服务。

3.3 查房实施

在体检中,医生首先评估腹部,特别是肠梗阻情况,同时结合中医四诊法评估气血阴阳。护理人员监控生命体征、伤口和肠道减压效果,特别注意皮肤状况;使用疼痛量表评估疼痛程度,检查管路通畅性及引流液情况,评估饮食、睡眠、二便;向患者解释肠梗阻原因及治疗,提供健康教育和心理支持;医护团队关注患者感受,调整护理计划,共同解决护理难题,制定个性化饮食计划,确保全面细致的护理,促进康复。

3.4 查房评价

查房显示中西医结合处理复杂病例的优势,团队通过病史、体格检查和中医四诊全面评估患者。治疗方案结合西医和中医方法,实现了治疗

的多样化和个性化。医护人员沟通协作良好,深入讨论病情,展现了专业素养和敬业精神。患者及家属的健康教育也得到加强,有助于康复。此次查房是成功的中西医结合实践,提升了治疗效果,并为未来病例处理积累了经验。

4 讨论

腹部手术患者可能出现急性肠梗阻,其中包含胃癌术,由于手术原因使肠道功能发生改变,肠壁循环受阻,则形成了肠梗阻,是术后并发症之一。该类患者多为单纯性肠梗阻,因此临床常应用保守药物治疗法,再配合周到细致的中西医结合护理,能促进临床症状改善,利于患者康复^[12]。相比较传统护理模式而言,医护一体化模式将科室的实际情况作为基本依据,构建责任小组,明确职责、科学分工,不仅可加强医护人员之间的交流和沟通,还能取长补短,提高护士专业水平,给予患者专业、连续、全面、全程的优质护理服务,充分体现护士价值,从而提高护理满意度^[13]。同时,中西医结合护理方案充分发挥中医和西医护理方法的优势,中西医结合护理干预对胃癌术后肠梗阻患者的临床症状有显著的改善作用,既能够迅速缓解患者的急性症状,又能够改善患者的营养状况和心理状态,促进患者的康复进程,综合运用中西医结合治疗方法,可在不同层面上为患者提供更全面、更有效的治疗措施^[14]。通过对1例高龄胃癌术后早期肠梗阻患者护理查房措施的实施与效果分析,认识到综合的中西医护理措施在胃癌术后肠梗阻患者的康复过程中发挥着重要作用。在未来的护理工作中,应更加注重患者的个性化需求,采用科学、合理、有效的护理措施,提高患者的生活质量,促进患者的康复。

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] 梁寒. 免疫治疗在胃癌围手术期及转化治疗中的探索[J]. 中国肿瘤临床, 2024, 51(13): 658-662.
LIANG H. Exploration of immunotherapy in perioperative and conversion therapy for gastric cancer[J]. Chin J Clin Oncol, 2024, 51(13): 658-662. (in Chinese)
- [2] 黎介寿. 认识术后早期炎症性肠梗阻的特性[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387-388.
LI J S. Understanding the characteristics of early postoperative inflammatory intestinal obstruction [J]. Chin J Pract Surg, 1998, 18(7): 387-388. (in Chinese)
- [3] 许子明. 普外科腹部手术后早期炎性肠梗阻患者应用中西医结合疗法的临床效果[J]. 中国现代药物应用, 2024, 18(6): 147-149.
XU Z M. Clinical effect of integrated traditional Chinese and western medicine on patients with early inflammatory intestinal obstruction after abdominal surgery in general surgery department[J]. Chin J Mod Drug Appl, 2024, 18(6): 147-149. (in Chinese)
- [4] 马永祥, 乌新林. 腹部手术后早期炎性肠梗阻的研究进展[J]. 内蒙古医科大学学报, 2022, 44(1): 105-108, 112.
MA Y X, WU X L. Progress in research of early postoperative inflammatory small bowel obstruction after abdominal surgery[J]. J Inn Mong Med Univ, 2022, 44(1): 105-108, 112. (in Chinese)
- [5] 刘子晗, 李之华, 张莹. 医护一体化干预对十二指肠肠术后患者出院准备度的影响研究[J]. 天津护理, 2023, 31(3): 253-257.
LIU Z H, LI Z H, ZHANG Y. Study on the effect of the medical integration mode on readiness for discharge in patients underwent pancreaticoduodenectomy[J]. Tianjin J Nurs, 2023, 31(3): 253-257. (in Chinese)
- [6] 刘明旻, 王玉婷, 鲍洁. 医护一体化协作模式在全身麻醉术后病人复苏期管理中的应用[J]. 护理研究, 2022, 36(14): 2606-2609.
LIU M M, WANG Y T, BAO J. Application of doctor-nurse collaboration joint round model in management of resuscitation of patients after general anesthesia[J]. Chin Nurs Res, 2022, 36(14): 2606-2609. (in Chinese)
- [7] 张梦乔, 李惠艳, 高茜. 中医外治护理对胃癌术后胃瘫综合征患者的影响研究[J]. 护理管理杂志, 2020, 20(7): 491-495.
ZHANG M Q, LI H Y, GAO Q. Study on the influence of Traditional Chinese Medicine external treatment and nursing on patients with gastroparesis syndrome after gastric cancer operation [J]. J Nurs Adm, 2020, 20(7): 491-495. (in Chinese)
- [8] 李英艳, 卢丽, 杨士民, 等. 中西医结合康复护理治疗老年肠梗阻的临床观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(2): 190-192.
LI Y Y, LU L, YANG S M, et al. Experience of rapid rehabilitation nursing for senile ileus treated by integrative Chinese and western medicine[J]. Chin J Surg Integr Tradit West Med, 2019, 25(2): 190-192. (in Chinese)
- [9] 迟春艳, 智明. 针刺配合耳穴治疗胃肠肿瘤腹部手术患者术后肠梗阻的效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(16): 113-114.
CHI C Y, ZHI M. Effect of acupuncture combined with auricular points on postoperative intestinal obstruction in patients with gastrointestinal tumor undergoing abdominal surgery [J]. Guide China Med, 2021, 19(16): 113-114. (in Chinese)
- [10] 徐旻灏, 龚卓之, 杜炎远. 五音疗法与五脏调养理论探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(8): 1228-1231.
XU M H, GONG Z Z, DU Y Y. Theoretical analysis of five Yin therapy and five Zang organs recuperation [J]. J Basic Chin Med, 2021, 27(8): 1228-1231. (in Chinese)
- [11] 李金霞, 周小青, 郑彩杏, 等. 中医四诊精细化特征与方法[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6557-6559.
LI J X, ZHOU X Q, ZHENG C X, et al. Characteristics and methods of refinement of four diagnostic methods [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2021, 36(11): 6557-6559. (in Chinese)
- [12] 王娜. 结直肠癌术后急性粘连性肠梗阻的中西医结合护理方式[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(18): 165.
WANG N. Integrated traditional Chinese and Western medicine nursing approach for acute adhesive intestinal obstruction after colorectal cancer surgery [J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med, 2017, 36(18): 165. (in Chinese)
- [13] 潘乐, 谭茜, 荆璇, 等. 医护一体化模式对前庭外周性眩晕病人眩晕症状及负性情绪的影响[J]. 护理研究, 2024, 38(12): 2213-2217.
PAN L, TAN X, JING X, et al. Effect of integration of health care model on vertigo symptoms and negative emotions in patients with peripheral vestibulo-

- lar vertigo [J]. Chin Nurs Res, 2024, 38 (12) : 2213–2217. (in Chinese)
- [14] 王月离, 吕宁. 中西医结合护理干预在胃癌患者中的应用效果观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2023, 33(12): 128–130.
- WANG Y L, LV N. Observation on the Application Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing Intervention in Patients with Gastric Cancer [J]. Shenzhen J Integr Tradit Chin West Med, 2023, 33(12): 128–130. (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。