

DOI: 10. 12209/CAIM202309270003

· 中西医结合临床案例 ·

1 例乙状结肠癌合并完全性肠梗阻患者 围手术期行肠道支架置入治疗的护理体会

张 杰, 刘 芳, 郎盼盼, 代彦柳, 朱 俊

(北京市第一中西医结合医院 普外科, 北京, 100026)

摘要: 本文总结 1 例乙状结肠癌合并完全性肠梗阻行肠道支架置入联合手术患者的护理经验。通过对患者术前评估、肠道准备、情志护理, 术后密切观察生命体征变化及辅助中医特色技术护理, 患者术后恢复良好, 无并发症发生。对于乙状结肠癌合并完全性肠梗阻患者, 先行肠道支架缓解梗阻, 再做术前肠道准备为二期手术创造条件, 结合围手术期个性化护理内容, 能有效减少并发症, 减少患者痛苦, 降低负面情绪, 改善各项康复指标, 取得良好的临床效果。

关键词: 乙状结肠癌; 肠梗阻; 肠道支架; 肠道准备; 围手术期护理

Nursing experience of intestinal stent implantation in a patient with sigmoid carcinoma with complete intestinal obstruction

ZHANG Jie, LIU Fang, LANG Panpan, DAI Yanliu, ZHU Jun

(General Surgery Department, Beijing First Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing, 100026)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a patient with sigmoid colon cancer complicated with complete intestinal obstruction who underwent intestinal stent placement. By conducting preoperative evaluation, intestinal preparation, emotional care, close observation of changes in vital signs after surgery, and assisting with Traditional Chinese Medicine characteristic nursing techniques, the patient recovered well after surgery without any complications. For the patient with sigmoid cancer complicated with complete intestinal obstruction, the intestinal stent was firstly used to alleviate obstruction, followed by preoperative intestinal preparation to create conditions for the first stage of surgery and combined with personalized perioperative care, which could effectively reduce complications, reduce patient pain and negative emotions, improve various rehabilitation indicators, and achieve good clinical results.

KEY WORDS: Sigmoid colon carcinoma; intestinal obstruction; intestinal stent; intestinal preparation; perioperative care

结肠癌是常见的恶性肿瘤之一, 目前发病率和死亡率均呈上升趋势。由于结肠癌多属进展期浸润性癌, 尤其左半结肠癌易引起肠腔狭窄从而继发急性肠梗阻, 如未及时发现控制肠梗阻病情发展, 可能引起患者结肠闭袢性完全性梗阻, 易造成结肠穿孔、结肠坏死, 以致感染性休克, 严重威胁生命安全^[1-3]。对于左半结肠癌合并完全性肠梗阻, 临床常用的传统治疗方案为急诊手术, 在解除梗

阻和肿瘤切除同时进行结肠造口术。该术式并发症发生率和病死率分别高于 40% 和 15%, 而且需再次手术造口还纳, 创伤大且手术风险高^[4]。通过在数字减影血管造影术(Digital Subtraction Angiography, DSA)引导下临时结肠支架置入术, 缓解肠梗阻, 为优化手术时间提供有利条件, 并能做好根治术的肠道准备, 为腹腔镜微创手术创造条件^[5]。现将我科 1 例乙状结肠癌合并完全性肠

收稿日期: 2023-09-27

通信作者: 刘芳, E-mail: 122159692@qq.com

OPEN ACCESS

www. case. jcme. net. cn

梗阻患者围手术期行肠道支架置入治疗后,一期行腹腔镜乙状结肠癌根治术的护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男,68岁,于2023年7月11日进食油性及不易消化食物后出现脐周疼痛,为胀痛,持续性,间断出现绞痛发作,无放散,伴恶心,未呕吐,并出现肛门停止排便,排气减少,自行局部按摩及热敷后感症状无明显缓解,就诊于附近医院,口服中药后稍缓解,肛门仅间断少量排气,仍腹胀腹痛,以致完全停止排气排便,于2023年7月18日就诊于我院。查腹平片见:肠管扩张伴气液平面,考虑肠梗阻。为系统治疗以“肠梗阻”收入院。

1.2 既往史

高血压病30余年,最高180/90 mm Hg,口服络活喜,控制良好;2型糖尿病7年余,口服二甲双胍,控制良好;7年前因脑梗住院治疗,恢复良好,无明显后遗症;5年前因腹股沟疝行腹腔镜疝修补手术治疗,恢复良好。

1.3 查体

体温36.3℃,脉搏97次/分,呼吸17次/分,血压169/97 mm Hg。神色形态:神志清,精神弱,面色暗,端坐位,自主体位。语声气息:语音清,语声正常,气促。舌象脉象:舌红,苔黄燥,脉弦滑。腹部膨隆,脐部及左右下腹壁可见手术瘢痕;腹部张力增高,未触及明显包块,脐周压痛(+),反跳痛(-),无肌紧张,肝脾肋下未触及,Murphy's征(-),叩呈鼓音,肾区无叩击痛,移动性浊音(-),肠鸣音弱,约1~2次/分,偶可闻及气过水声及高调肠鸣,未闻及血管杂音。

1.4 入院诊断

中医诊断:肠闭(肠道实热证)。西医诊断:①肠梗阻;②2型糖尿病;③高血压3级高危组;④陈旧性脑梗。

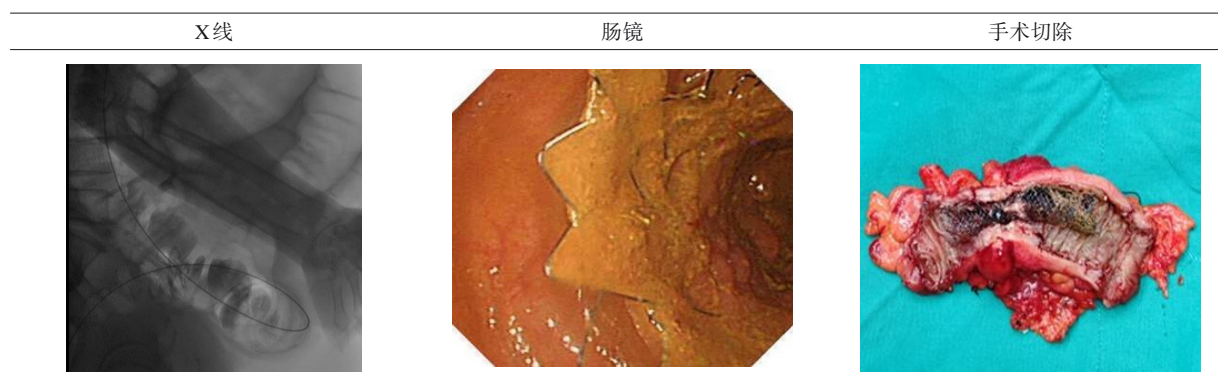
1.5 治疗计划

入院后禁食补液调整水电解质平衡,完善相关化验检查和对患者及家属进行情志护理。肿瘤标记物检查回报:CEA7.61 ng/ml,结合患者已经出现完全性闭袢性肠梗阻不能行经口肠道准备,经肛甘油灌肠后,安排肠镜检查:距肛门23 cm可见一环腔生长的菜花样肿物、质脆、摩擦后易出血,多点活检5块,弹性差,完全梗阻,肿瘤致肠腔狭窄,考虑乙状结肠恶性肿瘤可能性极大。

1.6 临时性肠道支架置入及手术治疗

患者现已出现闭袢性完全性肠梗阻表现,为尽快解除梗阻,降低肠腔压力,于7月20日在导管室行DSA引导肠镜直视下结肠支架置入术(见图1),术后即刻排出大量粪水、粪块,之后肠梗阻缓解,腹胀腹痛消失,改为无渣流食、缓泄及口服肠内营养制剂支持治疗。患者腹盆部增强MRI提示乙状结肠恶性肿瘤,未见明显好转。经充分口服肠道清洁剂,肠道准备后进一步行完全肠镜检查示:乙状结肠肿瘤伴狭窄支架术后、回盲瓣红肿、结肠多发憩室、结肠多发息肉。肠镜活检病理结果已回报:乙状结肠腺癌。再次充分术前肠道准备及心理准备,于2023年7月27日在全麻下行腹腔镜辅助乙状结肠癌根治术+肠粘连松解术,手术顺利。术后予静脉营养支持、抗感染、补液治疗,并辅以中医治疗理气通腑,补气健脾益胃。经治疗后,患者恢复良好,肠功能逐渐恢复,饮水、进食后无不适,于2023年8月10日出院,返家休养,择日返院行术后化疗。

图1 肠道支架



2 肠道支架置入术介绍

患者取左侧卧位,肛检润滑肠道后行肠镜检查。因无充分肠道准备,需反复冲洗吸引后逐步观察,经查看至 23 cm 可见一环腔生长的菜花样肿物,质脆易出血,肠腔狭窄,镜身不能通过,将带导丝造影导管抵近肿瘤缝隙处,轻易尝试后导丝顺利越过狭窄段,DSA 引导下观察导丝顺利经过肿瘤狭窄段,造影导管跟进并造影,确定导丝已越过狭窄段,遂退出造影导管,将肠道支架在导丝引导下越过肿瘤狭窄段,在 DSA 监视下逐步释放支架(长 120 mm、直径 20 mm),可见远端扩张良好并逐步释放,释放后通过内镜观察支架,撤出支架外套管,活检钳适当调整支架位置,固定良好,肠腔扩张成功,即刻见大量粪水及粪块涌出,肠梗阻解除。

3 支架后围手术期护理

3.1 术前护理

3.1.1 护理评估

一般状况评估:患者入院时神志清,精神弱,营养不良,查体合作,自主体位。充分评估患者全身情况,做好术前准备,监测血压、血糖情况,以确保手术的安全。

心理情况评估:患者对疼痛及手术治疗无心理准备,同家属均处于焦虑状态。焦虑自评量表(SAS)60分,抑郁自评量表(SDS)57分,存在中度焦虑及轻度抑郁情绪。

依据 NRS2002 营养风险筛查评估,评分为 3 分,患者有营养风险,需要营养支持,结合临床,制定肠内肠外营养计划,改善患者营养状况。

疼痛评估:采用疼痛评估及护理记录单,使用 NRS 评分表。0 分为无痛;1~3 分为轻微疼痛(睡眠不受影响);4~6 分为中度疼痛(睡眠受影响);7~10 分为重度疼痛(严重影响睡眠),评分越高代表疼痛程度越高。此名患者入院疼痛评估为 6 分,中度疼痛,睡眠受影响。

3.1.2 术前护理诊断

疼痛,与肠内容物不能正常运行或通过肠道障碍、肿瘤有关。组织灌注量改变,与肠梗阻致胃肠道血供障碍有关。舒适度改变,与肠梗阻致肠腔积液、积气有关。体液不足,与呕吐、禁食、肠腔积液、胃肠减压有关。焦虑,与身体严重不适、疲倦、对检查及治疗不了解有关。潜在并发症:肠穿

孔、支架移位、出血、肠粘连、腹腔感染,中毒性休克。

3.1.3 护理计划与目标

根据患者病情及治疗计划,制定护理计划和护理目标。给予患者个性化护理,腹胀缓解,营养充足,体液平衡得到维持;患者焦虑抑郁情绪减轻,保持良好心态;不发生肠坏死、肠穿孔、支架移位等并发症,同时做好预防及应急措施。

3.1.4 护理措施

①体位和活动:患者生命体征平稳给予半卧位,减轻腹胀对呼吸、循环系统的影响。协助患者床旁活动,促进肠蠕动。

②饮食护理:肠梗阻未缓解前禁食水,肠梗阻缓解后改为无渣流食、口服肠内营养制剂,少食多餐。

③病情观察:严密观察症状和腹部体征改善情况;遵医嘱监测血常规、电解质及血气分析;准确记录 24 小时出入量,包括呕吐物,遵医嘱补液。呕吐时患者坐起或平卧,头偏向一侧,及时保持口腔清洁,并观察记录呕吐物的颜色性质。

④肠道准备:做好术前肠道准备,乙状结肠癌根治术前给予肠道支架置入,缓解肠梗阻。口服乳果糖口服溶液缓泻,每次 15 ml,3 次/天。手术前一日 20:00 口服聚乙二醇电解质散(IV)充分行肠道准备,取 A、B 两剂各 6 包,同溶于 750 ml 温水中成溶液,1 小时服用一次,共口服 3000 ml,直至排出水样清便,同时观察患者是否出现头晕、心慌、出冷汗、胃部不适等情况。

3.2 术后护理

3.2.1 术后护理诊断

①有体液不足的危险,与术中失血、体液大量丢失、术后放置胃肠减压及引流有关。

②疼痛,与手术所致的组织损伤有关。

③舒适度改变,与伤口疼痛有关。

④营养失调,与低于机体需要量及禁食有关;自理受限、活动无耐力与术后创伤有关。

⑤焦虑、恐惧,与特定知识缺乏有关。

⑥潜在并发症:出血、吻合口瘘、感染等。

3.2.2 常规护理

安置单人病房,保持室内温湿度适宜,密切观察患者生命体征,术后每 30 分钟测量生命体征,待血压平稳后改为每小时测 1 次,病情平稳后延长间隔时间;全身麻醉清醒后,血压稳定,给予半卧位,床头抬高 30°,观察腹部体征、病情变化及

排便、排气情况;并鼓励患者早期床上活动,病情许可情况下术后1天即可协助患者下床活动,促进肠蠕动恢复。准确记录24小时出入量。

3.2.3 疼痛管理

术后NRS评分表疼痛评估,疼痛评分为8分,严重影响睡眠。观察疼痛的部位、性质和持续时间,进行疼痛管理,疼痛严重遵医嘱给予止疼药,使患者充分休息,利于术后恢复;若术后三天仍疼痛严重,查明原因,观察伤口是否感染,并妥善处理。告知病人咳嗽排痰时协助其按压腹部伤口,防止腹压增大而增加切口张力,引起疼痛加剧。帮助病人调整舒适体位,使用放松疗法,如听音乐分散注意力。

3.2.4 中医特色技术

中医操作以其简、效、易、廉的特色,在减轻患者病痛,尤其是在提高患者生活质量方面优势显著。①应用皮内针治疗,可有透达皮内,通调气机,疏通经络止痛的效果。取穴上巨虚,下巨虚,太冲穴、足三里、三阴交及阳陵泉,1次/天,共2周。留置期间,每隔4小时用手按压埋针处1~2分钟,以加强刺激,增强疗效。②耳穴压丸治疗,是通过刺激耳穴,经络传导,调整虚实,保持机体平衡,达到预防疾病的一种中医外治疗法。主穴选取:交感、神门、皮质下、垂前、心,配穴选取肝、脾、大肠、小肠、三焦等穴减轻疼痛,改善睡眠,增加舒适度,每周2次,共2周。留置期间,采用对压手法,用食指和拇指的指腹置于患者耳廓的正面和背面,相对接压,至出现热、麻、胀、痛等感觉,食指和拇指可边压边左右移动,或做圆形移动,一旦找到敏感点,则持续对压20~30秒,每日按压3~5次。

3.2.5 引流管护理

高质量保持引流的有效性,定时挤捏管道,使之保持通畅,勿折叠、扭曲、防止血块堵塞压迫管道。平卧时引流袋不高于床面,坐位、站立或行走时不可高于会阴部,保证有效的虹吸引流作用,注意接口无菌护理。每日更换引流袋,更换时注意无菌操作,防引流液的逆流引起感染。若发现引流量突然减少,病人感到腹胀伴发热,应检查引流管腔有无堵塞或引流管是否脱落。保持胃管、尿管通畅,胃管有效负压吸引,固定妥善,防止引流管扭曲、受压及脱落或患者自行拔出。同时做好口腔护理和会阴护理,一般术后48小时开始间断夹闭尿管,定时开放,锻炼膀胱功能,患者有尿意

开放尿管一次。

3.2.6 情志护理

①语言开导法:通过言语开导治疗,向患者及家属讲解疾病常见的症状、体征及愈后情况,使患者端正态度,积极配合,解除顾虑,增强信心,改变行为。

②移精变气法:转移患者的精神、意志、思想和注意力,根据日常兴趣爱好,利用音乐疗法转移患者恶劣心境,促进患者保持积极情绪。

③暗示疗法:在有意无意及不知不觉中进行,因势诱导调节其心理活动,以排除其心理障碍。医护人员在语言、行为、表情、环境上给患者以温馨舒适的感觉,为其创造良好的心境,有效减轻患者和家属的焦虑、恐惧等负面情绪。

3.2.7 术后饮食护理

术后早期禁食水、胃肠减压,给予肠外营养治疗,补充水电解质营养物质,静点白蛋白补充胶体渗透压,减轻肠道水肿,同时动态评估患者营养状况。术后第3天,患者排气排便,无腹胀、腹痛、恶心、呕吐不适,拔出胃管,指导患者经口进少渣低纤维温热流食。宜食用补气益血之品,如:山药银耳羹、当归乌鸡汤等,少食多餐,循序渐进。根据患者排气情况及肠鸣音恢复情况,逐渐恢复到普食,注意补充高蛋白、高热量、低脂肪、维生素丰富食物,保证机体的营养,使五脏功能恢复,气血充足。

3.2.8 并发症的观察及护理

常见的并发症主要有肠穿孔、支架后肠坏死、支架移位、术后出血、吻合口瘘、肺不张与肺部感染及相应临床表现。①肠穿孔及支架后肠坏死:术后密切观察患者腹部体征,注意有无腹部压痛、反跳痛、腹壁肌紧张等体征,同时重视患者腹痛主诉,大便性状。②支架移位:与支架选择失误或放置支架后患者的后续治疗有关,在X线下透视了解局部情况,定期复查肠镜。③术后出血:观察患者心率血压改变情况,如发现异常及时报告医生。④吻合口瘘:是结肠癌术后最严重的并发症,指的是因为各种原因导致的肠管吻合口组织不完整而形成吻合口瘘,引起的原因有患者因素,如糖尿病、营养不良、免疫缺陷、长期服用激素、肿瘤较大等;另外,术中吻合张力过高、吻合口供血不良等也是吻合口瘘的原因。⑤肺不张与肺部感染:因全麻手术时间过长、患者呼吸功能较差或手术的人工气腹,影响患者的通气功能,从而出现肺不张

与肺部感染,因此在患者术后早期2小时翻身叩背1次,开始自主咳嗽、排痰及深呼吸以预防肺部并发症的发生。

3.3 出院健康指导

以易消化食物为主,忌腌制、油腻、辛辣、酒等刺激性食物,细嚼慢咽,并养成规律饮食的习惯。保持规律作息,适当运动,半年内应避免剧烈运动及重体力劳动,养成定时排便习惯,保持大便通畅。根据病理分期需要化疗,按医嘱足疗程完成化疗。定期我科随诊复查,1年内3个月复查1次,第2~3年6个月复查1次,第4~5年每年复查1次,不适随诊。

3.4 护理评价

经过个性化治疗护理及中医特色技术干预,患者恢复良好,正常进食,NRS2002营养风险筛查评分由3分降至0分,正常营养状态;术后1周疼痛评分由6分降至3分,为轻度疼痛,不影响睡眠;焦虑自评量表(SAS)由60分降至45分,正常状态;抑郁自评量表(SDS)由57分降至50分,心理正常,负面情绪解除;肠穿孔、支架后肠坏死、术后出血、吻合口瘘、肺不张与肺部感染等潜在并发症未发生;术后2周痊愈出院。

4 讨论

随着医学影像设备的快速升级和诊断技术的不断完善,肠道支架置入术治疗梗阻性结肠癌的成功率高、即刻效果好,患者痛苦少。不仅为失去外科手术机会的晚期肿瘤患者提供姑息性解除肠梗阻的治疗机会,而且作为术前过渡的临时性治疗,为急诊手术转为择期手术创造了良好的条件,减轻了临床医生的手术难度及风险,降低了术后并发症的发生率^[6]。

通过本病例体会到个性化围手术期护理的重要性,尤其对乙状结肠癌合并完全性肠梗阻手术患者实施围手术期护理干预,手术前放置临时性肠道支架,缓解肠梗阻后肠道准备护理效果确切,还避免了重创手术,同时减少肠道清洁中不良反应,避免肠腔内蓄积粪便,减轻术中和术后胀气,减少肠腔内的细菌含量及手术创口和残余粪便污染,有效避免肠造瘘、切口感染、吻合口瘘的发生。

近年来常规的护理模式重于对原发疾病的管理,但对患者情绪的改善重视不够^[7,8]。术后恢复阶段,护理人员提高自我主动性,与患者和家属积极交流沟通,采用语言开导、移精变气、暗示法和

音乐疗法配合治疗措施改善患者综合压力。经干预后患者焦虑和抑郁情绪明显缓解。对疼痛情况进行镇痛护理,引导患者积极阳光乐观,有效控制了负面情绪的发生。同时,与主管医生从实际情况出发,一起讨论患者可能出现的并发症,提出预见性的护理措施,充分制定个性化的护理内容,减少患者痛苦,增加舒适度,通过有效措施,解决可能影响围手术期手术效果、恢复效果的各种因素,并在出院宣教指导中加入了后续化疗相关知识,让患者了解术后化疗的周期和注意事项,为患者的预后提供更好的支持,从而提高患者依从性和满意度。

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] 黄秋实,何山,沈健,等. 肠道支架联合手术在左半结肠癌急性肠梗阻患者的应用及疗效分析[J]. 中华普通外科杂志, 2021, 36(12): 910-914.
HUANG Q S, HE S, SHEN J, et al. Intestinal stenting combined with surgery in patients with left colon cancer complicated by acute intestinal obstruction [J]. Chin J Gen Surg, 2021, 36(12): 910-914. (in Chinese)
- [2] 国家卫生健康委员会医政司,中华医学会肿瘤学分会,顾晋,等. 国家卫生健康委员会中国结直肠癌诊疗规范(2023版)[J]. 中华普通外科杂志, 2023, 38(8): 561-581.
Department of Medical Administration National Health Commission, Chinese Society of Oncology, GU J, et al. Chinese protocol of diagnosis and treatment of colorectal cancer of the National Health Commission (2023 edition) [J]. Chin J Gen Surg, 2023, 38(8): 561-581. (in Chinese)
- [3] 马连港,赵宝成,马华崇,等. 结肠支架联合术前化疗治疗急性左半结肠癌梗阻对照研究[J]. 中国实用外科杂志, 2020, 40(7): 837-841, 846.
MA L G, ZHAO B C, MA H C, et al. Self-expandable metallic stenting followed by pre-operation chemotherapy as a bridge to surgery for acute left-sided obstructive colonic cancer [J]. Chin J Pract Surg, 2020, 40(7): 837-841, 846. (in Chinese)
- [4] 达布西力特,郑皓,韩承新. 左半结肠癌合并急性肠梗阻肠减压后腹腔镜辅助I期切除吻合术效果[J]. 武警医学, 2023, 34(1): 10-13, 17.

- DA B, ZHENG H, HAN C X. Clinical study and safety analysis of laparoscopic assisted stage I resection and anastomosis in treatment of left colon cancer complicated with acute ileus after intestinal decompression [J]. Med J Chin People's Armed Police Force, 2023, 34(1): 10-13, 17. (in Chinese)
- [5] 李超, 王本锋. 手术治疗结肠癌合并肠梗阻的临床疗效分析[J]. 当代医学, 2022, 28(9): 16-18.
- LI C, WANG B F. Clinical analysis of surgical treatment of colon cancer complicated with ileus [J]. Contemp Med, 2022, 28(9): 16-18. (in Chinese)
- [6] 刘华, 张小田. 乙状结肠癌并发恶性肠梗阻处理的临床决策讨论[J]. 中国肿瘤临床, 2022, 49(9): 467-473.
- LIU H, ZHANG X T. Clinical decision making in the management of sigmoid carcinoma complicated by malignant obstruction [J]. Chin J Clin Oncol, 2022, 49(9): 467-473. (in Chinese)
- [7] 应利园, 吕彬. 个性化护理干预对晚期肺癌患者疼痛及生活质量的影响[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 220, 222.
- YING L Y, (LÜ/LV/LU/LYU) B. Effect of individualized nursing intervention on pain and quality of life of patients with advanced lung cancer [J]. Chin J Cancer Prev Treat, 2020, 27(S1): 220, 222. (in Chinese)
- [8] 张贝贝, 段志光, 王香玉, 等. 护士在肿瘤病人护理过程中的角色分析[J]. 护理研究, 2021, 35(23): 4254-4259.
- ZHANG B B, DUAN Z G, WANG X Y, et al. Role analysis of nurse in the nursing process of tumor patients [J]. Chin Nurs Res, 2021, 35(23): 4254-4259. (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。