

■ 专 科 护 理

直肠癌术后造口坏死伴反复消化道出血患者的护理要点

□ 刘 杰

病例分析

直肠癌是起源于直肠的恶性肿瘤,属于结直肠癌范畴,是全球高发的消化道恶性肿瘤,其病因复杂,可能与环境、饮食、生活习惯和遗传因素等多种因素共同作用有关。2025年流行病学数据显示,直肠癌年新发病例已突破200万例,手术仍是其根治性治疗的核心手段。肠造口术作为直肠癌手术的重要组成部分,主要用于重建肠道连续性中断后的排泄功能。然而,术后造口坏死作为严重并发症,不仅影响预后,还显著降低患者的生活质量。尽管近年来随着外科技术改进和围术期管理优化,其发生率已降至3%~5%,但仍是术后30天内需二次手术的主要原因之一(占造口相关并发症再手术的20%~30%)。因此,如何有效防治造口坏死、提升患者的生活质量,是临床亟待解决的关键问题。

造口坏死的防治需贯穿术前评估、术中操作及术后管理全流程。早期精准识别高危因素、优化手术技术、加强术后监测是降低造口坏死风险的核心策略。随着精准外科与围术期管理的发展,通过多学科协作(外科医师、造口治疗师、内科医师等),有望进一步改善造口患者的生存质量。

一名60岁的男性患者因大便次数增多未予重视,后逐渐出现黏液脓血便,被确诊为直肠癌(cT4NxM1期,伴肺、肝转移)。患者接受3个周期“西妥昔单抗+奥沙利铂+左亚叶酸钙+氟尿嘧啶”方案化疗。第3个周期化疗结束后,患者进食后出现腹痛,遂至我

院肿瘤内科就诊,初步诊断为直肠恶性肿瘤合并肠梗阻?肠穿孔?肺、肝继发恶性肿瘤。住院期间,患者突发急性腹膜炎,紧急转入普外科行“直肠癌根治术+降结肠造瘘术”。术中探查见乙状结肠穿孔,机械性肠梗阻,腹腔污染严重。术后第2天,患者出现造

口坏死;第4天,继发造口皮肤黏膜分离及造口回缩。感染得到控制后,拟行“造口还纳术”,但因肠管质脆、水肿严重,改行“永久性结肠造口术+左半结肠切除术”。

术后第8天,患者突发腹痛,腹腔引流出鲜红色液体800毫升,伴失血性休克及腹

腔感染征象,经积极抢救后出血得到控制;次日再次发生造口坏死、皮肤黏膜分离及造口回缩。

术后第16天,患者自造口排出黑便1000毫升,再次发生失血性休克,经抢救后病情趋于稳定。后经多学科协作治疗,患者病情好转出院。

护理要点

感染控制
患者因肠穿孔引发腹腔严重感染,术后白细胞和C-反应蛋白上升,还出现了造口并发症。因此,控制感染至关重

要。依据《国家抗微生物治疗指南》,给予亚胺培南治疗,后根据腹水培养结果调整为头孢他啶、替硝唑和利奈唑胺联合用药。护理人员每日评估

和护理伤口和造口,遵循湿性愈合理念和TIME原则(一种常用的伤口床准备原则,有助于评估伤口状态并制订治疗计划),密切观察渗出、出血情

况及感染迹象,保持伤口清洁干燥,换药时执行无菌操作,并进行呼吸道管理。经过医护人员的共同努力,患者的感染得到了有效控制。

造口专科护理
患者术后出现3种造口并发症,造口黏膜表现为缺血性坏死、皮肤分离和回缩加重。

护理重点是防止并发症加重,促进愈合。具体做法包括:建立护理记录,动态评估黏膜状态;采用外科清创和机械清

创,去除坏死组织;使用生理盐水清洗分离处和腔洞;填塞特制敷料,促进愈合;涂抹护肤粉和使用防漏膏,以防感

染;外用固定装置辅助支撑。经过精心护理,患者腔洞愈合,分离情况得到了有效改善。

出血与循环管理
直肠癌手术后,护理团队密切监测排出物的变化情况,

及时识别出血风险并遵医嘱使用药物控制出血。同时持续动态关注患者的心率、血压、呼吸

等生命体征,早期识别休克征兆。护理人员还应重点关注尿量及中心静脉压等指标,通过

补充血容量和输血等措施改善循环,预防消化道出血和灌注不足引发的并发症。

营养支持
营养师医生通过详细询问病史等全面评估患者的营养状况,并为其制订了科学

合理的饮食计划。在患者肠道功能尚未恢复时,给予全肠外营养支持,输注营养物质,保证患者的营养需求。

随着肠道功能逐渐恢复,后期逐步引入肠内营养和无渣流质饮食。之后,根据患者的耐受情况,逐步增加营养

摄入。经过系统的营养支持治疗,患者的白蛋白和血红蛋白水平稳步提升至正常范围。

心理护理
因造口手术导致身体发生改变,患者经常出现焦虑和恐惧等负面情绪,进而影响治

疗效果。护理人员主动与患者沟通交流,通过耐心倾听、共情回应等情感支持方式,与患者建立信任关系;邀请康复

良好的患者分享经验,增强其治疗信心。此外,护理团队鼓励患者家属参与患者的康复过程,给予患者足够的陪伴和

支持;定期评估造口情况,提供个性化的健康宣教和生活方式指导,以减轻患者的焦虑情绪。

护理体会

本例疑难患者造口坏死的多重因素分析:
手术相关因素:急诊手术时腹腔污染严重,术中造口肠管血供评估不足,且肠管游离不充分。
化疗影响:西妥昔单抗通过抗血管生成机制损害造口肠管微小动脉,加剧局部血液循环障碍;奥沙利铂可能增加血管

脆性,与西妥昔单抗协同作用,导致缺血风险增加。
疾病相关因素:反复消化道出血、腹腔感染、低蛋白血症,共同影响伤口愈合能力。
启示和改进方向:
1.耐药菌感染防控启示:应早期留取腹水、造口分泌物标本送检,避免经验性用药导致耐药风险增高;接触感染性

分泌物时,严格执行接触隔离措施,降低交叉感染风险。
2.护理专业化发展路径:医院设立造口专科护理小组,由国际造口治疗师(ET)主导复杂病例管理,实现从手术到康复的全程跟踪;引入3D(三维)打印技术,定制个性化造口底盘,提升肥胖或造口位置异常患者的护理

效果。
3.医患沟通优化策略:术前采用“预立医疗照护计划(ACP)”模式,通过沙盘推演等方式,向患者及其家属讲解手术风险、造口必要性及护理流程,促进共同决策,减少术后心理冲击。
(作者供职于河南省胸科医院)

用叙事护理温暖患者心灵

□ 杨 丽

与生命和解

□ 侯俊红

前段时间,科室里收治了一位40多岁的卵巢癌肉瘤患者。她年轻优雅,我们都亲切地称她刘老师。遗憾的是,她的病情进展迅猛,在经过一个周期的化疗后腹水不但没有控制住,反而更严重了,使她高挑的身体显得愈发弱不禁风。入院第三天,尽管经过了积极救治,但是她各脏器功能已处于失代偿状态。稍一翻身,心率便飙升至140次/分,活动完全受限。心电监护设备频繁报警,加重了患者及其家属的焦虑。

出于安全考虑,我们为刘老师留置了导尿管,但倔强的她仍坚持下床如厕。家属担心她出现意外拒绝她下床时,刘老师与之发生了激烈的争吵:“我连下床的资格都没有了吗?”我赶紧走进去劝解,她的家属眼看阻挡无望,只能做出让步。我们搀扶着她下床,她踉跄几步,发现自己确实已经无能为力,只能放弃下床如厕的想法。我看到豆大的泪珠从她的眼角滑落。

主管医生开始频繁与患者家属沟通病情,下达病危通知,询问患者家属终末期如何选择治疗方式。患者家属坚持让患者留在医院积极抢救。刘老师意识到自己可能时间不多了,便开始向我们询问自己能否回家。

我问她:“刘老师,今天感觉怎么样?有什么能帮助您?”
刘老师说:“我不想化疗了,我的身体我自己清楚,我耐受不了化疗了。”

“看到您与疾病抗争的努力与痛苦,我尊重您的选择,您确定要放弃治疗吗?”

刘老师说:“我累了,想回家……”

在生命的最后时刻,有谁愿意留在医院里?经过反复沟通,最终,刘老师的母亲将她带回了家。在回到母亲身边的第二天早上,她不留遗憾地走了。

在医院的每个角落,无时无刻不上演着生与死、苦与痛。死亡是人类无法改变的归宿。作为医护人员,当我们的努力无法帮助患者时,不如让患者与生命和解,感受生命的美好,同时坦然接受生命的局限性。
(作者供职于河南省肿瘤医院)

周一清晨,我一如既往地提前到岗,仔细查阅了近日手术及新入院患者的病历资料。当我走到刚完成膝关节置换手术两天的王女士床边时,注意到她神情忧伤,似乎在沉思。我轻声问候:“王阿姨,您吃过早餐了吗?”她面带愁容地说:“不想吃。我已经三顿饭没吃了,可血糖还是下不去。”我随即轻轻握住她的双手,安慰道:“情绪波动也会影响血糖。是不是有什么事情让您感到困扰或不愉快?您愿意跟我说说吗?”她的眼角泛起泪光,带着一丝委屈说道:“去年我丈夫腿部受伤,我无微不至地照顾了他50天。现在,我生病了,他却没有像我照顾他那样照顾我。”

听到这里,我意识到情况的严重性。王女士本身患有糖尿病,又刚经历手术,身体正处于关键恢复期。不规律饮食不仅会影响营养摄入,还会妨碍伤口愈合。目前,情绪波动加上饮食问题,使她的血

糖控制变得尤为困难。我轻声安慰:“我理解您的感受。叔叔可能有些方面没做好,让您受委屈了。但不进食对您的身体恢复很不利,会损害您的健康。”王女士听了,情绪稍微缓和了一点儿,继续向我倾诉。待她把心里的委屈都说出来后,我接着说:“您有什么需求可以直接和叔叔说。也许叔叔不太清楚术后护理该怎么做,才让您觉得照顾得不好。我教叔叔一些护理方法,方便他照顾您。您就安心吃饭,配合治疗,争取早点康复。”

王女士听后,终于点头表示理解。恰巧她老伴儿回来,我便耐心向他解释了情绪对饮食、血糖及术后康复的重要性。他轻声问:“你想吃点儿什么?我照顾给你做。”

中午下班前,我又来到王女士的病房。她老伴儿看到我后,高兴地说:“护士长,80多岁的我今天第一次摊煎饼,你阿姨很喜欢吃。她今天总算吃饭了!”我看向王女士,只见她

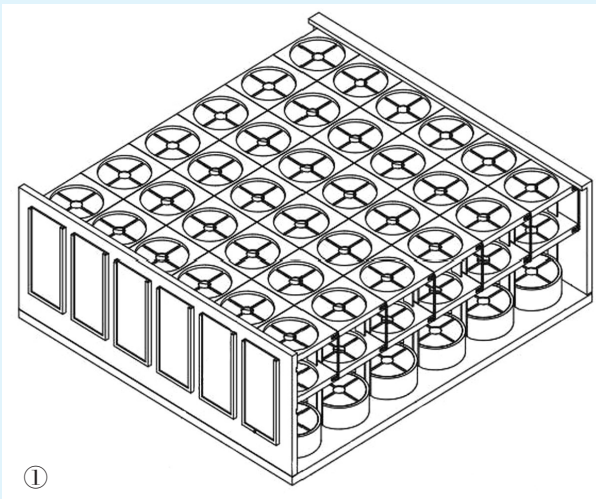
脸上洋溢着幸福的笑容。那一刻,我由衷地感到欣慰。

在接下来的日子里,我每天密切关注她的饮食情况、血糖水平及情绪状态,并指导她老伴儿如何协助进行康复训练。随着时间的推移,她的情绪逐渐稳定,血糖也得到了有效控制。

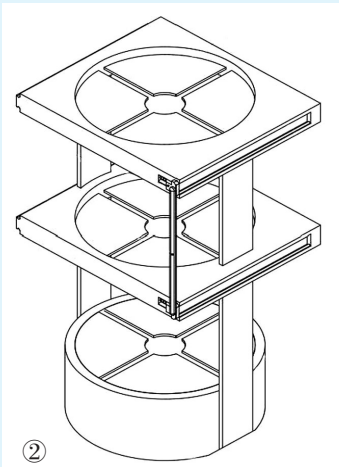
经过一段时间的精心治疗和护理,王女士康复出院了。出院时,她老伴儿特意递给我一封感谢信。看着这封信,我心中满是感动和暖意。

这段经历让我深刻体会到,护理工作面对的不仅是患者的身体疾病,还有他们的心理需求。耐心的倾听、温暖的安慰、贴心的指导,都可能驱散患者心中的阴霾,成为他们战胜疾病的力量源泉,这正是叙事护理的温暖和力量!在未来的护理道路上,我将继续用爱和专业,守护更多患者的健康。
(作者供职于内乡县人民医院)

■ 小 发明



①



②

①可拆卸采血试管架的整体结构示意图
②可拆卸采血试管架的加固垫安装结构示意图

技术背景

在普通病房,每天早晨都要进行大量的血液采集,尤其是对新入院的患者。目前,临床使用的试管架无法标记床号,导致护士难以迅速识别哪些床位需要采血。此外,试管架无法拆卸,使用时操作不便。当采血量数量较多时,容易因疏忽而发生漏采的情况。采血完成后,还需要将采血管逐一插回试管架,这不仅耗时,还严重降低了工作效率。为解决这一问题,有必要设计一种可拆卸采血试管架。

创新内容及亮点

这种可拆卸采血试管架包括放置板。放置板的上端表面放置有多个试管放置筒,这些横向排列的试管放置筒之间为可拆卸连接。放置板的左右两侧分别固定连接第一护板和第二护板。第一护板的表面固定连接有多个信息盒,每个信息盒均与横向排列的试管放置筒相对应。

试管放置筒包括底部的底盒。底盒的左右两侧相对应的位置分别固定连接连接板。两个相对应的连接板的上端共同固定连接第一限制板。底盒和第一限制板之间设置有第二限制板,第二限制板的两侧分别与连接板固定连接。第一限制板和第二限制板的中部分别设置有放置孔。

放置孔内侧壁和底盒的上端面分别固定有多个加固垫。

第一限制板和第二限制板的左端分别固定有连接滑块。第一限制板和第二限制板的右端分别设置有可与连接滑块滑动连接的连接滑槽。左右两侧相邻的连接滑块和连接滑槽分别滑动连接。第一护板右端的上下两侧分别设置有可与连接滑块滑动连接的稳定滑槽。最左侧的第一限制板和第二限制板左端的连接滑块分别与对应的稳定滑槽滑动连接。

第一限制板和第二限制板的前端右侧分别设置有可左右移动的阻挡板。上下两个阻挡板的前端固定连接有共用的控制杆。阻挡板的后端左侧分别固定连接有安装滑块。与安装滑块相对应的第一限制板和第二限制板的表面分别设置有安装滑槽。安装滑块分别与安装滑槽滑动连接。阻挡板位于连接滑槽的前端。连接滑槽的内部固定连接弹簧轴。安装滑块与弹簧轴表面滑动连接。弹簧轴的表面分别套有复位弹簧,复位弹簧位于阻挡板的左侧。

信息盒的左端表面设置有放置槽。放置槽的前后两端分别设置有卡槽。

底盒的底部固定连接稳定环。

有益效果

这种可拆卸采血试管架结构新颖,构思巧妙,操作简单方便。在使用该采血试管架时,可以将采血管放置到试管放置筒内。由于横向排列的试管放置筒均为可拆卸连接,使用者可以根据需要拆下相应数量的试管放置筒进行使用。使用完成后重新组装即可,操作简单方便。信息盒用于放置患者的床号及患者信息卡片,方便医护人员进行核对。

(作者供职于河南省人民医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待你的参与!

投稿邮箱: 66869252@qq.com