

■ 专科护理

接受新辅助放化疗后
直肠癌患者的围手术期护理

□陈迎雪 雷 蕾

病例分析

直肠癌是发生于直肠、乙状结肠交界处至齿状线处的恶性肿瘤,多数直肠癌由腺瘤性息肉演变而来,可能与环境、饮食、生活习惯、遗传等多种因素共同作用有关。直肠癌的临床症状与病灶进展和侵犯位置有关,早期无明显症状,病灶进展影响排便或癌肿破溃出血时才出现症状,主要包括便秘频繁、腹痛腹胀、里急后重、腹泻与便秘交替、鲜红色血便、下腹部阵发性坠胀痛等。

直肠癌的诊断需结合家族史、直肠指检、肠镜及病理活检、影像学检查等多项结果综合判断。病理活检是直肠癌确诊的金标准。根据患者的身体状态、肿瘤的病理类型、侵犯范围和分期,直肠癌可采取手术、放疗、化疗、靶向治疗等综合治疗。多数患者经过规范治疗可延长生命、改善生活质量。

本文报告1例直肠癌患者新辅助放化疗后行腹腔镜下腹会阴直肠切除术的围手术期护理经验。

针对患者新辅助治疗后组织水肿、解剖层次不清且合并内科疾病的特点,我们实施了系统化的围手术期护理,具体包括:术前全面评估患者的心理状态与手术耐受性,开展针对性的心理疏导与术前准备;术中强化巡回护士与器械护士的精细化配合,落实体温保护与无瘤技术;术后加强管道安全管理,并针对出血、深静脉血栓形成及感染等潜在并发症开展预见性护理。本次手术顺利完成,术中未发生意外事件。患者术后恢复良好,1天转为二级护理,8天顺利出院。

科学、系统且具有预见性的围手术期护理,是保障新辅助放化疗后复杂性直肠癌手术成功、减少并发症、促进患者快速康复的关键。

患者为一名57岁的女性,因“大便带血1个月”入院。肠镜及病理活检结果提示:(直肠)腺上皮重度异型增生,局灶癌变;免疫组化结果显示:Ki-67为(60%+)(Ki-67是一种存在于增殖期细胞核中的蛋白质),pMMR(错配修复功能完整)。盆腔MRI(核磁共振成像)检查结果提示:直肠下段占位,考虑为直肠癌(cT3-4N+),伴直肠周围、左侧骶前

多发小淋巴结。患者既往有高血压、糖尿病病史。

患者入院后,多学科团队(MDT)评估后与患者家属充分沟通,决定实施新辅助治疗。治疗期间,患者先后接受局部调强放疗,以及多周期XELOX(奥沙利铂+卡培他滨)+PD1/XELOX(PD1为程序性死亡受体1)方案化疗。治疗期间,患者出现放射性直肠炎,表现为便

次增多、便血、肛门坠痛,经对症处理后症状缓解。复查MRI,结果提示原发灶及周围淋巴结较前缩小,但肠壁水肿仍较为明显。

新辅助治疗结束后,患者在全麻下接受了腹腔镜下腹会阴直肠切除术。术中探查见肿瘤位于腹膜返折以下,邻近齿状线,无法保肛。手术顺利,患者术中出血约50毫升,未输血;术后安全返回病房。

护理措施

术前护理

术前访视与评估

术前1日,巡回护士进行术前访视。除常规核对、介绍手术流程与环境外,重点进行以下评估与干预。

生理准备评估:评估患者皮肤完整性,重点关注造口定位区域,同时评估血管充盈情况,核对手术部位标识。因患者有糖尿病史,需重点评估其血糖控制情况,并重申术前禁食禁饮的具体要求。

心理状态评估与干预:患者病程长,经历了放化疗的不良反应,且即将面临永久性造口,易产生焦虑、恐惧心理。护士应主动与患者沟通,耐心解答疑问,介绍成功案例,并说明术后疼痛管理及造口护理措施,以减轻其负面情绪,增强治疗信心。

术前讨论与风险预测

巡回护士参与术前讨论,明确本病例手术难点与风险。

手术难度增加:新辅助治疗可导致盆腔组织水肿、纤维化,解剖层次不清,增加腹腔镜手术难度及邻近器官(如输尿管、髂血管)损伤风险。

并发症风险:患者合并高血压、糖尿病,围手术期心脑血管意外及感染风险可能会增高。

术后并发症风险:重点关注术后出血、会阴部切口愈合不良,泌尿系统感染及深静脉血栓形成等并发症。

术中护理配合

巡回护士的护理配合

环境与体位管理:调节手术间至适宜的温度、湿度,协助患者摆放头低脚高改良截石位;保证双下肢外展角度小于90度,腿架高度不超过30厘米,腘窝处垫软垫,避免压迫腓总神

经;使用凝胶体位垫和约束带妥善固定,防止患者术中体位滑动。

体温保护:术中采用充气式加温毯、输液加温器及腹腔冲洗液加温等措施,将患者的核心体温维持在正常范围,预防低体温相关并发症。

设备与应急管理:正确连接并调试腹腔镜系统、超声刀、电刀等设备。术中密切监测生命体征、尿量及气腹压力,配合麻醉医生处理可能出现的血流动力学波动。严格执行术中抗生素使用规范。

器械护士的护理配合

器械管理与清点:提前30分钟上台,按使用顺序摆放器械,协助完成消毒铺巾工作,与巡回护士共同完成4次(术前、关腹前、关腹后及缝皮后)器械、敷料清点,确保数目准确无误。

无瘤技术执行:明确划分“有瘤区”与“无瘤区”,接触过肿瘤的器械、纱布等物品需放置在隔离区域,严禁重复用于正常组织,防止发生肿瘤细胞的医源性播散。

术中配合:熟悉手术步骤,准确、迅速传递器械。及时使用湿纱布擦拭腹腔镜镜头上的血渍与焦痂,保持视野清晰。检查切割闭合器,确保其完好无损。

术后管理

安全转运与管路维护

患者术后携带气管插管、中心静脉导管、骶前引流管、导尿管返回病房。转运途中,由专人负责管路管理。

协同搬运:在麻醉医生、手术医生与护士的协作下平移患者,并安排一名护士专职负责把所有管路集中固定于患者身体一侧,随患者同步移动,避免管路牵拉、扭曲或滑脱。

有效引流:确保各引流管固定稳妥、引流通畅,并将引流袋放置在患者身体水平以下,预防逆行感染。交接班时,需与病房护士进行详细交接,明确各管路的名称、置入深度、引流液性状以及相关高危注意事项。

并发症的预见性护理

术后出血的监测:需向病房护士重点交接患者术中出血情况及血压、心率基线水平。术后24小时内应严密监测患者的生命体征、腹部体征以及会阴部敷料渗血情况。若发现骶前引流管引流出大量鲜红色血液,或患者出现心率增快、血压下降等休克早期表现,需立即报告医生并配合开展抢救。

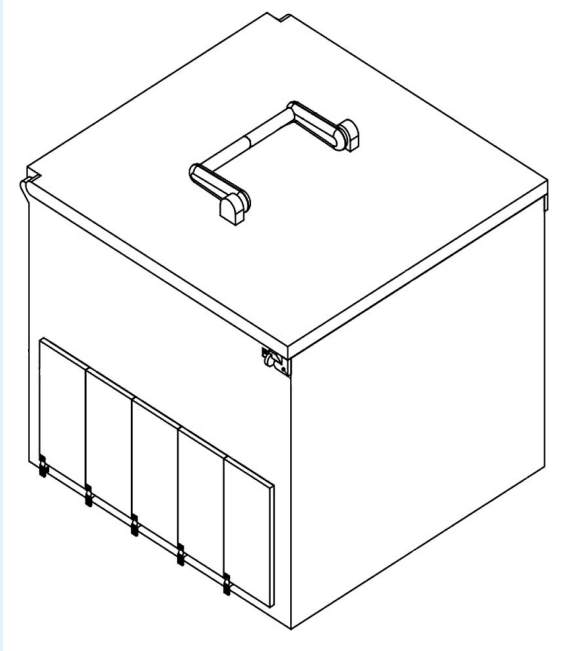
静脉血栓栓塞症的预防:本例患者属于静脉血栓栓塞症高危人群,护理人员术后需指导并协助患者进行踝泵运动,同时遵医嘱使用间歇充气加压装置,并给予低分子肝素皮下注射,预防深静脉血栓形成。

感染预防:术后遵医嘱规范使用抗生素,并密切监测患者的体温变化与切口情况,严格执行引流管及会阴部伤口的无菌操作,预防切口感染及腹腔感染。

本病例提示,针对接受新辅助放化疗后的直肠癌患者,围手术期护理需要更具整体性与预见性。术前应着重开展心理疏导和风险识别,术中需强化精细化护理配合与无瘤技术操作,术后则应聚焦管道安全与并发症预防。落实上述系统化护理策略,可有效保障手术安全,促进患者术后快速康复。

(作者供职于内乡县人民医院麻醉科手术部)

■ 小发明



便携式鼻咽拭子采集箱的简易整体结构示意图

技术背景

鼻咽拭子采集是采集鼻部或咽喉部标本的方法,是检测呼吸道病毒感染的主要方法之一。通过鼻咽拭子采集可以快速有效地检测人体是否被呼吸道病毒或细菌感染,帮助医生快速发现病情,使患者及时得到救治,并有效避免病毒传播。目前,鼻咽拭子采集所需用品均放置在采集箱内,但现有的采集箱在使用时不能对物品进行充分分类隔离,容易导致物品交叉感染,从而影响检测结果。为有效解决这一问题,有必要设计一种便携式鼻咽拭子采集箱。

创新内容

该便携式鼻咽拭子采集箱由盒体、盒盖、隔离板、底座等部件组成。盒体上端铰接有可向后侧翻转打开的盒盖,内部滑动连接有多个可左右移动的隔离板,其左端下侧设置有容纳槽,容纳槽内滑动连接有多个可向左移动的安裝板。安裝板表面下侧固定连接有多个底座,底座上端设置有放置槽。与底座相对应的安裝板上侧固定连接有固定套。

安裝板右端上下两侧分别设置有安裝孔,安裝孔内部滑动连接有安裝轴,安裝轴上设置有连动弹簧,连动弹簧两端分别与安裝板和容纳槽内壁固定连接。安裝板底部设置有第一安裝槽,第一安裝槽内安装有棘齿条,棘齿条下端前侧啮合有可上下移动的棘齿块。棘齿块下端固定连接有啮合弹簧,啮合弹簧下端与容纳槽内壁固定连接。

棘齿块左端固定连接有控制板,控制板左端表面设置多个条状凸起;棘齿块右端固定连接有安裝滑块。容纳槽右端设置有安裝滑槽,安裝滑槽与安裝滑块滑动连接。安裝滑块中部滑动连接有弹簧轴,弹簧轴上下两端分别与安裝滑槽固定连接。

盒体内部前后两侧表面分别设置有第二安裝槽,第二安裝槽内部固定连接定位齿条。隔离板前后两端设置有连接槽,连接槽内滑动连接有定位齿块。定位齿块外端与定位齿条啮合,内端固定连接定位弹簧,定位弹簧另一端与连接槽内壁固定连接。

盒盖下端左右两侧分别固定连接连接扣,盒体左右两端分别滑动连接有可与连接扣啮合的挡板。当盒盖封闭盒体时,连接扣与挡板啮合。挡板内侧固定连接连接槽滑块。盒体表面设置有连接滑槽,连接滑槽与连接滑块滑动连接。连接滑块中部滑动连接有弹簧杆,弹簧杆两端分别与连接滑槽内壁固定连接。弹簧杆表面设置有推动弹簧,推动弹簧位于连接滑块后侧。挡板上端设置有向前侧倾斜的斜面,外端固定连接有推板。

有益效果

该便携式鼻咽拭子采集箱结构新颖,构思巧妙,操作简便。使用时可通过移动的隔离板划分盒体内部区域,方便对盒体内部物体进行隔离,避免交叉感染。试管放置时,下端置于底座上端的放置槽内,固定套设置在试管外部,可提高试管放置的稳定性。移出安裝板时,向下扣动控制板即可,方便使用者操作。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,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……

投稿邮箱:568689252@qq.com

■ 叙事护理

解开心头那团“乱麻”

□李 芽

这两天在病房走廊里,总能听见13床传来断断续续的叹气声,偶尔还夹杂着几句不耐烦的呵斥声——原来是青光眼患者李阿姨又在冲老伴儿张叔发脾气。

李阿姨此次因青光眼二次发作入院,眼部胀痛、视物模糊,身边仅有老伴儿一个人照料,子女都在外地务工。作为她的管床护士,我平日只要有空就会陪她聊天。经过两天治疗,李阿姨眼部的急性疼痛症状有所减轻,但情绪依然焦躁。为深入疏导她的负面情绪,我趁着午休空闲,轻轻走进病房。

一进门,我便看见李阿姨赌气地将脸朝向窗户,一旁的张叔垂着头,面露难色。床头柜上摆放着西红柿炒蛋和米饭,饭菜的香味飘散在病房里,却驱不散满室的阴霾。

我开口问道:“李阿姨,今天的饭菜闻着真香,是张叔给您做的吧?”

李阿姨闷闷不乐地说:“唉,除了他还能有谁,也就他守着我。”

张叔接着李阿姨的话,说:“你好好说话,别总带着火气。护士,实在不好意思,她眼睛难受,情绪不好,说话有点儿冲。”

我急忙解释:“没关系张叔,我能理解。李阿姨眼痛多日,心里烦闷是难免的,等用药后眼压

稳定了,不适感就会慢慢减轻。”

李阿姨充满期待地问:“真的能好转吗?上次眼痛时,我睡了一觉就感觉好多了。这次拖了这么久都没好,我实在熬不住了。我想出院!”

听完李阿姨的这番话,我开始引导她讲出自己的困惑:“阿姨,您为什么这么着急出院?可以和我说说您心里的想法吗?”

李阿姨说:“一直待在这里,我很心急啊。孩子们全都在外地,家里大大小小的事都得靠你张叔一个人忙活。我这右眼也看不清,天天对着他,心里堵得慌!”

我继续追问:“眼部持续胀痛确实很煎熬。如果用一样东西形容您此刻的心情,您觉得像什么?”

李阿姨说:“像一团解不开的‘乱麻’,越理越烦躁!”

我说:“这个形容太贴切了,我能体会到您的感受了。现在,让您给这团‘乱麻’的难解程度打个分,0分代表完全没困扰,1分~3分是轻度困扰,4分~6分是中等困扰,7分~10分是最难熬,您会给自己打几分呢?”

李阿姨说:“打10分。平时,我爱做针线活,最懂这种束手无策的滋味,实在太难熬了。”

我好奇地问:“听起来确实压抑。您经常做针线活,以往遇到缠在一起的线团会怎么处理?直

接丢掉吗?”

听完这句话,李阿姨的话匣子被彻底打开了,说:“哪能随便扔,现在的年轻人都不懂得珍惜。遇上乱线,我通常先交给您张叔处理,他心思细腻,能慢慢找出线头。对于那些复杂的线团,通常我自己上手理顺。”

我继续问道:“那您能和我说说梳理复杂线团的办法吗?”

李阿姨说:“其实不难,需要先找到线头,慢慢捋,不能心急。您看我和您张叔身上穿的衣裳,都是我自己缝制的。”

听到这,我十分惊喜,说:“阿姨,您太厉害了!这衣服做工精致、配色好看,我还以为是在商场里买的!您手艺真好!”

听完我的话,李阿姨露出了难得的笑容,语气轻快了不少,说:“做衣服虽然看着复杂,但是摸准章法就顺手了。首先,需要有基础的裁剪功底;其次,要按步骤绘图、缝制,最关键的是不能心急。等熟悉了,效率自然就高了。”

我继续问她:“那做针线给您带来的最深感悟是什么呢?”

李阿姨说:“凡事都有规划,不能急于求成。我认为养孩子也是这个道理,我通常提前查好资料,做好规划,只给孩子提建议,从来不强行干涉。孩子们也很争气,都去了大城市定居。我心里

挺想他们的,可又怕耽误他们工作,一直没敢告诉他们我住院的事。”

我转头看向一旁的张叔,说:“张叔,在孩子们心中,李阿姨是一位什么样的母亲?”

张叔顿了顿,开口道:“她心思细腻、有耐心,做事有规划、有主见。孩子们都十分敬重她。”

李阿姨看了张叔一眼,嘴角微微动了动,没有说话。

我继续问李阿姨:“缝制衣服要循序渐进,养孩子您也是一步步规划过来的,那放到这次生病这团‘乱麻’上,您觉得该怎么梳理化解呢?”

李阿姨说:“我明白您的用意,医生也告诉我这次病情比第一次严重,需要先控制眼压,后续还要做手术,急不得。可我心里总忍不住焦躁。”

我安慰她:“那咱们就试着找找这根‘线头’。”

李阿姨思索片刻,豁然开朗,说:“第一,学着放宽心,安心休养;第二,不再独自压抑情绪,等会儿我就给孩子们打电话,让他们抽空过来探望;第三,全力配合治疗,按时用药。只要踏实做好这几件事,再难解的线团也能理顺!”说完,她笑了起来。

听见她释怀的笑声,我和张叔都松了口气。原来只要找对方法、多一点耐心,再难解的心结都