

王永红等◎主编

现代临床 全科护理 (下)



现代临床全科护理

(下)

王永红等◎主编

第七章 胃肠结直肠肛门外科疾病护理

第一节 胃十二指肠溃疡急性穿孔的护理

胃十二指肠溃疡急性穿孔(acute perforation of gastroduodenal ulcer)是胃十二指肠溃疡的严重并发症,为常见的外科急腹症。起病急,变化快,病情严重,需要紧急处理,若诊治不当可危及生命。其发生率呈逐年上升趋势,发病年龄逐渐趋于老龄化。十二指肠溃疡穿孔男性患者较多,胃溃疡穿孔则多见于老年妇女。

一、病因及发病机制

溃疡穿孔是活动期胃十二指肠溃疡向深部侵蚀、穿破浆膜的结果。胃溃疡穿孔 60%发生在近幽门的胃小弯,而 90%的十二指肠溃疡穿孔发生在壶腹部前壁偏小弯侧。急性穿孔后,具有强烈刺激性的胃酸、胆汁、胰液等消化液和食物进入腹腔,引起化学性腹膜炎和腹腔内大量液体渗出,6~8 小时后细菌开始繁殖并逐渐转变为化脓性腹膜炎。病原菌以大肠埃希菌、链球菌多见。因剧烈的腹痛、强烈的化学刺激、细胞外液的丢失及细菌毒素吸收等因素,患者可出现休克。

二、临床表现

1. 症状 穿孔多突然发生于夜间空腹或饱食后,主要表现为突发性上腹部刀割样剧痛,很快波及全腹,但仍以上腹为重。患者疼痛难忍,常伴恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗、脉搏细速、血压下降、四肢厥冷等表现。其后由于大量腹腔渗出液的稀释,腹痛略有减轻,继发细菌感染后,腹痛可再次加重;当胃内容物沿右结肠旁沟向下流注时,可出现右下腹痛。溃疡穿孔后病情的严重程度与患者的年龄、全身情况、穿孔部位、穿孔大小和时间以及是否空腹穿孔密切相关。

2. 体征 体检时患者呈急性病容,表情痛苦,倦屈位、不愿移动;腹式呼吸减弱或消失;全腹有明显的压痛、反跳痛,腹肌紧张呈“木板样”强直,以右上腹部最为明显,肝浊音界缩小或消失、可有移动性浊音,肠鸣音减弱或消失。

三、实验室及其他检查

1. X 线检查 大约 80% 的患者行站立位腹部 X 线检查时,可见膈下新月形游离气体影。
2. 实验室检查 提示血白细胞计数及中性粒细胞比例增高。
3. 诊断性腹腔穿刺 临床表现不典型的患者可行诊断性腹腔穿刺,穿刺抽出液可含胆汁或食物残渣。

四、治疗要点

根据病情选用非手术或手术治疗。

1. 非手术治疗

(1)适应证:一般情况良好,症状及体征较轻的空腹状态下穿孔者;穿孔超过 24 小时,腹膜炎已局限者;胃十二指肠造影证实穿孔已封闭者;无出血、幽门梗阻及恶变等并发症者。

(2)治疗措施:①禁食、持续胃肠减压,减少胃肠内容物继续外漏,以利于穿孔的闭合和腹膜炎消退。②输液和营养支持治疗,以维持机体水、电解质平衡及营养需求。③全身应用抗生素,以控制感染。④应用抑酸药物,如给予 H_2 受体阻断剂或质子泵拮抗剂等制酸药物。

2. 手术治疗

(1)适应证:①经上述非手术治疗措施 6~8 小时,症状无减轻,而且逐渐加重者要改手术治疗。②饱食后穿孔,顽固性溃疡穿孔和伴有幽门梗阻、大出血、恶变等并发症者,应及早进行手术治疗。

(2)手术方式

1)穿孔单纯缝合修补术:即缝合穿孔处并加大网膜覆盖。此方法操作简单,手术时间短,安全性高。适用于穿孔时间超过 8 小时,腹腔内感染及炎症水肿严重者;以往无溃疡病史或有溃疡病史但未经内科正规治疗,无出血、梗阻并发症者;有其他系统器质性疾病不能耐受急诊彻底性溃疡切除手术者。

2)彻底的溃疡切除手术(连同溃疡一起切除的胃大部切除术):手术方式包括胃大部切除术,对十二指肠溃疡穿孔行迷走神经切断加胃窦切除术,或缝合穿孔后行迷走神经切断加胃空肠吻合术,或行高选择性迷走神经切断术。

五、常见护理诊断/问题

1. 疼痛 与胃十二指肠溃疡穿孔后消化液对腹膜的强烈刺激及手术后切口有关。

2. 体液不足 与溃疡穿孔后消化液的大量丢失有关。

六、护理措施

1. 术前护理/非手术治疗的护理

(1)禁食、胃肠减压:溃疡穿孔患者要禁食禁水,有效地胃肠减压,以减少胃肠内容物继续流入腹腔。做好引流期间的护理,保持引流通畅和有效负压,注意观察和记录胃液的颜色、性质和量。

(2)体位:伴有休克者取休克体位(头和躯干抬高 $20^\circ \sim 30^\circ$ 、下肢抬高 $15^\circ \sim 20^\circ$),以增加回心血量;无休克者或休克改善后取半卧位,以利于漏出的消化液积聚于盆腔最低位和便于引流,减少毒素的吸收,同时也可降低腹壁张力和减轻疼痛。

(3)静脉输液,维持体液平衡。

1)观察和记录 24 小时出入量,为合理补液提供依据。

2)给予静脉输液,根据出入量和医嘱,合理安排输液的种类和速度,以维持水、电解质及酸碱平衡;同时给予营养支持和相应护理。

(4)预防和控制感染:遵医嘱合理应用抗菌药。

(5)做好病情观察:密切观察患者生命体征、腹痛、腹膜刺激征及肠鸣音变化等。若经非手术治疗 6~8 小时病情不见好转,症状、体征反而加重者,应积极做好急诊手术准备。

2. 术后护理

(1)病情观察:术后严密观察患者生命体征的变化,每30分钟测量1次,直至血压平稳,如病情较重仍需每1~2小时测量1次,或根据医嘱给予心电监护。同时观察患者神志、体温、尿量、伤口渗血、渗液情况。并且注意有无内出血、腹膜刺激征、腹腔脓肿等迹象,发现异常及时通知医师给予处理。

(2)体位:全麻患者去枕平卧头后仰偏向一侧,麻醉清醒、血压平稳后改半卧位,以保持腹部松弛,减少切口缝合处张力,减轻疼痛和不适,以利腹腔引流,也有利于呼吸和循环。

(3)引流管护理:胃十二指肠溃疡术后患者常留有胃管、尿管及腹腔引流管等。护理时应注意:①妥善固定各种引流管,防止松动和脱出,并做好标识,一旦脱出后不可自行插回。②保持引流通畅、持续有效,防止引流管受压、扭曲及折叠等,可经常挤捏引流管以防堵塞。如若堵塞,可在医生指导下用生理盐水冲洗引流管。③密切观察并记录引流液的性质、颜色和量,发现异常及时通知医生,协助处理。

留置胃管可减轻胃肠道张力,促进吻合口愈合。护理时还应注意:胃大部切除术后24小时内可由胃管内引流出少量血液或咖啡样液体,若引流液有较多鲜血,应警惕吻合口出血,需及时与医师联系并处理;术后胃肠减压量减少,腹胀减轻或消失,肠蠕动功能恢复,肛门排气后可拔除胃管。

(4)疼痛护理:对术后切口疼痛的患者,可遵医嘱给予镇痛药物或应用自控止痛泵,应用自控止痛泵的患者应注意预防并处理可能发生的并发症,如尿潴留、恶心、呕吐等。

(5)禁食及静脉补液:禁食期间应静脉补充液体。因胃肠减压期间,引流出大量含有各种电解质的胃肠液,加之患者禁食水,易造成水、电解质及酸碱失调和营养缺乏。因此,术后需及时补充患者所需的各种营养物质,包括糖、脂肪、氨基酸、维生素及电解质等,必要时输血、血浆或白蛋白,以改善患者的营养状况,促进切口的愈合。同时详细记录24小时液体出入量,为合理补液提供依据。

(6)早期肠内营养支持的护理:对术前或术中放置空肠喂养管的患者,术后早期(术后24小时)可经喂养管输注肠内营养制剂,对改善患者的全身营养状况、维持胃肠道屏障结构和功能、促进肠功能恢复等均有益处。护理时应注意:①妥善固定喂养管,避免过度牵拉,防止滑脱、移动、扭曲和受压;保持喂养管的通畅,每次输注前后及输注中间每隔4~6小时用温开水或温生理盐水冲洗管道,防止营养液残留堵塞管腔。②肠内营养支持早期,应遵循从少到多、由慢至快和由稀到浓的原则,使肠道能更好地适应。③营养液的温度以37℃左右为宜,温度偏低会刺激肠道引起肠痉挛,导致腹痛、腹泻;温度过高则可灼伤肠道黏膜,甚至可引起溃疡或出血。同时观察患者有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻和水电解质紊乱等并发症的发生。

(7)饮食护理:肠功能恢复、肛门排气后可拔除胃管,拔除胃管后当日可给少量饮水或米汤;如无不适,第2天进半量流食,每次50~80mL;第3天进全量流食,每次100~150mL;进食后若无不适,第4天可进半流食,以温、软、易于消化的食物为好;术后第10~14天可进软食,忌生、冷、硬和刺激性食物。要少量多餐,开始每天5~6餐,以后逐渐减少进餐次数并增加每餐进食量,逐步过渡到正常饮食。术后早期禁食牛奶及甜品,以免引起腹胀及胃酸。

(8)鼓励患者早期活动:卧床期间,鼓励并协助患者翻身,病情允许时,鼓励并协助患者早期下床活动。如无禁忌,术日可活动四肢,术后第1天床上翻身或坐起做轻微活动,第2~3天视情况协助患者床边活动,第4天可在室内活动。患者活动量应根据个体差异而定,以不

感到劳累为宜。

(9)胃大部切除术后并发症的观察及护理

1)术后出血:包括胃和腹腔内出血。胃大部切除术后 24 小时内可由胃管内引流出少量血液或咖啡样液体,一般 24 小时内不超过 300mL,且逐渐减少、颜色逐渐变浅变清,出血自行停止;若术后短期内从胃管不断引流出新鲜血液,24 小时后仍未停止,则为术后出血。发生在术后 24 小时以内的出血,多属术中止血不确切;术后 4~6 天发生的出血,常为吻合口黏膜坏死脱落所致;术后 10~20 天发生的出血,与吻合口缝线处感染或黏膜下脓肿腐蚀血管有关。术后要严密观察患者的生命体征变化,包括血压、脉搏、心率、呼吸、神志和体温的变化;加强对胃肠减压及腹腔引流的护理,观察和记录胃液及腹腔引流液的量、颜色和性质,若短期内从胃管引流出大量新鲜血液,持续不止,应警惕有术后胃出血;若术后持续从腹腔引流管引出大量新鲜血性液体,应怀疑腹腔内出血,须立即通知医生协助处理。遵医嘱采用静脉给予止血药物、输血等措施,或用冰生理盐水洗胃,一般可控制。若非手术疗法不能有效止血或出血量大于每小时 500mL 时,需再次手术止血,应积极完善术前准备,并做好相应的术后护理。

2)十二指肠残端破裂:一般多发生在术后 24~48 小时,是毕Ⅱ式胃大部切除术后早期的严重并发症,原因与十二指肠残端处理不当及胃空肠吻合口输入襻梗阻引起的十二指肠腔内压力升高有关。临床表现为突发性上腹部剧痛、发热和出现腹膜刺激征以及白细胞计数增加,腹腔穿刺可有胆汁样液体。一旦确诊,应立即进行手术治疗。

3)胃肠吻合口破裂或吻合口瘘:是胃大部切除术后早期并发症,常发生在术后 1 周左右。原因与术中缝合技术不当、吻合口张力过大、组织供血不足有关,表现为高热、脉速等全身中毒症状,上腹部疼痛及腹膜炎的表现。如发生较晚,多形成局部脓肿或外瘘。临床工作中应注意观察患者生命体征和腹腔引流情况,一般情况下,患者术后体温逐渐趋于正常,腹腔引流液逐日减少和变清。若术后腹腔引流量仍不减、伴有黄绿色胆汁或呈脓性、带臭味,伴腹痛,体温再次升高,应警惕吻合口瘘的可能,须及时通知医师,协助处理。处理包括:①出现吻合口破裂伴有弥漫性腹膜炎的患者须立即手术治疗,做好急症手术准备。②症状较轻无弥漫性腹膜炎的患者,可先行禁食、胃肠减压、充分引流,合理应用抗生素并给予肠外营养支持,纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调。③保护瘘口周围皮肤,应及时清洁瘘口周围皮肤并保持干燥,局部可涂以氧化锌软膏或使用皮肤保护膜加以保护,以免皮肤破溃继发感染。经上述处理后多数患者吻合口瘘可在 4~6 周自愈;若经久不愈,须再次手术。

4)胃排空障碍:也称胃瘫,常发生在术后 4~10 天,发病机制尚不完全明了。临床表现为拔除胃管后,患者出现上腹饱胀、钝痛和呕吐,呕吐物含食物和胆汁,消化道 X 线造影检查可见残胃扩张、无张力、蠕动波少而弱,且通过胃肠吻合口不畅。处理措施包括:①禁食、胃肠减压,减少胃肠道积气、积液,降低胃肠道张力,使胃肠道得到充分休息,并记录 24 小时出入量。②输液及肠外营养支持,纠正低蛋白血症,维持水、电解质和酸碱平衡。③应用胃动力促进剂如甲氧氯普安、多潘立酮,促进胃肠功能恢复,也可用 3% 温盐水洗胃。一般经上述治疗均可痊愈。

5)术后梗阻:根据梗阻部位可分为输入襻梗阻、输出襻梗阻和吻合口梗阻。

输入襻梗阻:可分为急、慢性两类。①急性完全性输入襻梗阻,多发生于毕Ⅱ式结肠前输入段对胃小弯的吻合术式。临床表现为上腹部剧烈疼痛,频繁呕吐,呕吐量少、多不含胆汁,呕吐后症状不缓解,且上腹部有压痛性肿块。系输出襻系膜悬吊过紧压迫输入襻,或是输入

襻过长穿入输出襻与横结肠的间隙孔形成内疝所致,属闭袢性肠梗阻,易发生肠绞窄,应紧急手术治疗。②慢性不完全性输入襻梗阻患者,表现为进食后出现右上腹胀痛或绞痛,呈喷射状呕吐大量不含食物的胆汁,呕吐后症状缓解。多由于输入襻过长扭曲或输入襻过短在吻合口处形成锐角,使输入襻内胆汁、胰液和十二指肠液排空不畅而滞留。由于消化液潴留在输入襻内,进食后消化液分泌明显增加,输入襻内压力增高,刺激肠管发生强烈的收缩,引起喷射样呕吐,也称输入襻综合征。

输出襻梗阻:多因粘连、大网膜水肿或坏死、炎性肿块压迫所致。临床表现为上腹饱胀,呕吐食物和胆汁。如果非手术治疗无效,应手术解除梗阻。

吻合口梗阻:因吻合口过小或是吻合时胃肠壁组织内翻过多而引起,也可因术后吻合口炎性水肿出现暂时性梗阻。患者表现为进食后出现上腹部饱胀感和溢出性呕吐等,呕吐物含或不含胆汁。应即刻禁食,给予胃肠减压和静脉补液等保守治疗。若保守治疗无效,可手术解除梗阻。

6) 倾倒综合征:由于胃大部切除术后,胃失去幽门窦、幽门括约肌、十二指肠壶腹部等结构对胃排空的控制,导致胃排空过速所产生的一系列综合征。可分为早期倾倒综合征和晚期倾倒综合征。

早期倾倒综合征:多发生在进食后半小时内,患者以循环系统症状和胃肠道症状为主要表现。患者可出现心悸、乏力、出汗、面色苍白等一过性血容量不足表现,并有恶心、呕吐、腹部绞痛、腹泻等消化道症状。处理:主要采用饮食调整,嘱患者少食多餐,饭后平卧 20~30 分钟,避免过甜食物、减少液体摄入量并降低食物渗透浓度,多数可在术后半年或一年内逐渐自愈。极少数症状严重而持久的患者需手术治疗。

晚期倾倒综合征:主要因进食后,胃排空过快,高渗性食物迅速进入小肠被过快吸收而使血糖急剧升高,刺激胰岛素大量释放,而当血糖下降后,胰岛素并未相应减少,继而发生低血糖,故又称低血糖综合征。表现为餐后 2~4 小时,患者出现心慌、无力、眩晕、出汗、手颤、嗜睡以至虚脱。消化道症状不明显,可有饥饿感,出现症状时稍进饮食即可缓解。饮食中减少糖类含量,增加蛋白质比例,少量多餐可防止其发生。

(胡海霞)

第二节 胃十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻的护理

胃十二指肠溃疡患者因幽门管、幽门溃疡或十二指肠壶腹部溃疡反复发作形成瘢痕狭窄、幽门痉挛水肿而造成幽门梗阻(pyloric obstruction)。

一、病因与病理

瘢痕性幽门梗阻常见于十二指肠壶腹部溃疡和位于幽门的胃溃疡。溃疡引起幽门梗阻的机制有幽门痉挛、炎性水肿和瘢痕三种,前两种情况是暂时的和可逆的,在炎症消退、痉挛缓解后梗阻解除,无需外科手术;而瘢痕性幽门梗阻属于永久性,需要手术方能解除梗阻。梗阻初期,为克服幽门狭窄,胃蠕动增强,胃壁肌肉代偿性增厚。后期,胃代偿功能减退,失去张力,胃高度扩大,蠕动减弱甚至消失。由于胃内容物潴留引起呕吐而致水、电解质的丢失,导致脱水、低钾低氯性碱中毒;长期慢性不全性幽门梗阻者由于摄入减少,消化吸收不良,患者

可出现贫血与营养障碍。

二、临床表现

1. 症状 患者表现为进食后上腹饱胀不适并出现阵发性胃痉挛性疼痛,伴恶心、嗝气与呕吐。呕吐多发生在下午或晚间,呕吐量大,一次达 1000~2000mL,呕吐物内含大量宿食,有腐败酸臭味,但不含胆汁。呕吐后自觉胃部舒适,故患者常自行诱发呕吐以缓解症状。常有少尿、便秘、贫血等慢性消耗表现。体检时可见患者常有消瘦、皮肤干燥、皮肤弹性消失等营养不良的表现。

2. 体征 上腹部可见胃型和胃蠕动波,用手轻拍上腹部可闻及振水声。

三、实验室及其他检查

1. 内镜检查 可见胃内有大量潴留的胃液和食物残渣。

2. X线钡餐检查 可见胃高度扩张,24 小时后仍有钡剂存留(正常 24 小时排空)。已明确幽门梗阻者避免做此检查。

四、治疗要点

瘢痕性幽门梗阻以手术治疗为主。最常用的术式是胃大部切除术,但年龄较大、身体状况极差或合并其他严重内科疾病者,可行胃空肠吻合加迷走神经切断术。

五、常见护理诊断/问题

1. 体液不足 与大量呕吐、胃肠减压引起水、电解质的丢失有关。

2. 营养失调(低于机体需要量) 与幽门梗阻致摄入不足、禁食和消耗、丢失体液有关。

六、护理措施

1. 术前护理

(1)静脉输液:根据医嘱和电解质检测结果合理安排输液种类和速度,以纠正脱水及低钾、低氯性碱中毒。密切观察及准确记录 24 小时出入量,为静脉补液提供依据。

(2)饮食与营养支持:非完全梗阻者可给予无渣半流质饮食,完全梗阻者术前应禁食水,以减少胃内容物潴留。根据医嘱于手术前给予肠外营养,必要时输血或其他血液制品,以纠正营养不良、贫血和低蛋白血症,提高患者对手术的耐受力。

(3)采取有效措施,减轻疼痛,增进舒适。

1)禁食,胃肠减压:完全幽门梗阻患者,给予禁食,保持有效胃肠减压,减少胃内积气、积液,减轻胃内张力。必要时遵医嘱给予解痉药物,以减轻疼痛,增加患者的舒适度。

2)体位:取半卧位,卧床休息。呕吐时,头偏向一侧。呕吐后及时为患者清理呕吐物。情绪紧张者,可遵医嘱给予镇静剂。

(4)洗胃:完全幽门梗阻者,除持续胃肠减压排空胃内潴留物外,须做术前胃的准备,即术前 3 天每晚用 300~500mL 温盐水洗胃,以减轻胃黏膜水肿和炎症,有利于术后吻合口愈合。

2. 术后护理 加强术后护理,促进患者早日康复(参考本章第一节术后护理相关内容)。

(胡海霞)

第三节 肠梗阻的护理

由于任何原因导致的肠内容物不能正常运行、顺利通过肠道,称为肠梗阻(intestinal obstruction),是常见的外科急腹症之一。肠梗阻的病因和类型很多,发病后,不但可发生肠管本身形态和功能上的改变,还可引起一系列全身性病理生理改变,临床表现复杂多变。

一、病因与发病机制

1. 按肠梗阻发生的基本病因分类

(1)机械性肠梗阻(mechanical intestinal obstruction):最常见,是各种原因引起的肠腔变窄、肠内容物通过障碍。主要原因包括:①肠腔堵塞(图 7-1):如寄生虫、粪块、大胆石、异物等。②肠管外受压:如粘连引起肠管扭曲、肠扭转、嵌顿疝或受腹腔肿瘤压迫等。③肠壁病变(图 7-2):如先天性肠道闭锁、肠套叠、肿瘤等。

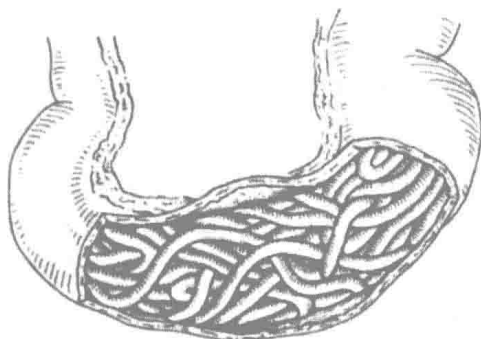


图 7-1 蛔虫团性肠梗阻

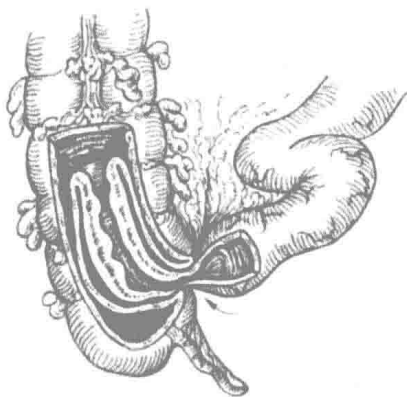


图 7-2 回盲部肠套叠

(2)动力性肠梗阻(dynamic intestinal obstruction):是由于神经反射或毒素刺激引起肠壁肌肉功能紊乱,使肠蠕动丧失或肠管痉挛,以致肠内容物不能正常运行,但本身无器质性肠管狭窄。动力性肠梗阻又可分为麻痹性肠梗阻(paralytic ileus)与痉挛性肠梗阻(spastic ileus)两类。前者常见于急性弥漫性腹膜炎、腹部大手术后、低钾血症及细菌感染等;后者较少见,可继发于尿毒症、肠道功能紊乱和慢性铅中毒等。

(3)血运性肠梗阻(vascular intestinal obstruction):是由于肠系膜血管受压、栓塞或血栓形成,使肠管血运障碍,继而发生肠麻痹而使肠内容物不能运行。随着人口老龄化,动脉硬化

等疾病的增多,现已不属少见。

2. 按肠壁血运有无障碍分为两类。

(1)单纯性肠梗阻:仅为肠内容物通过受阻,无肠管血运障碍。

(2)绞窄性肠梗阻:指伴有肠壁血运障碍的肠梗阻。可因肠系膜血管受压、血栓形成或栓塞等引起。

3. 其他分类 除上述分类外,还可按肠梗阻发生的部位分为高位(空肠上段)和低位(回肠末段和结肠)肠梗阻;按肠梗阻的程度分为完全性和不完全性肠梗阻;按肠梗阻发生的快慢分为急性和慢性肠梗阻。若一段肠襻两端完全阻塞,如肠扭转、结肠肿瘤等,则称为闭襻性肠梗阻。结肠肿瘤引起肠梗阻,由于其近端存在回盲瓣,也易致闭襻性肠梗阻。

上述分类并非绝对,随着病情发展,某些类型的肠梗阻在一定条件下可以相互转化。

二、病理生理

肠梗阻的病理生理变化可分为局部及全身性变化。

1. 局部的病理生理变化 单纯性机械性肠梗阻发生早期,梗阻以上肠管肠蠕动增强,以克服阻力,推动肠内容物通过梗阻部位;另一方面,肠腔因积气、积液而膨胀,积液主要来自于胃肠道分泌液,气体的大部分是咽下的空气,小部分是由血液弥散到肠腔内和肠道内容物经细菌分解或发酵而产生的气体。肠梗阻部位越低,持缓时间越长,肠膨胀越明显。

急性完全性肠梗阻时,肠腔内压力迅速增加,到一定程度时可使肠壁血运障碍。最初主要表现为静脉回流受阻,肠壁毛细血管和小静脉淤血,肠壁充血、水肿、增厚呈暗红色。由于组织缺氧,毛细血管通透性增加,肠壁上有出血点,并有血性渗出液渗入肠腔和腹腔。随着血运障碍的发展,继而出现动脉血运受阻,血栓形成,肠壁失去活力,肠管变成黑紫色。又由于肠壁变薄、缺血和通透性增加,腹腔内出现带有粪臭的渗出物。最后,肠管可因缺血坏死而破溃穿孔。

慢性不全性肠梗阻时,肠管局部改变主要是由于长期肠蠕动增强,梗阻近端肠壁代偿性肥厚和肠腔膨胀,远端肠管则变细、肠壁变薄。

2. 全身性病理生理变化

(1)水、电解质紊乱及酸碱平衡失调:体液丧失及因此而引起的水、电解质紊乱与酸碱平衡失调,是肠梗阻很重要的病理生理改变。在急性肠梗阻患者,尤其高位肠梗阻时,由于不能进食及早期频繁呕吐,使水分及电解质大量丢失而易出现脱水;加之酸性胃液及大量氯离子丢失产生代谢性碱中毒。低位肠梗阻时,患者呕吐发生较迟,其体液的丢失主要是由于肠管活力丧失,无法正常吸收胃肠道分泌的大量液体,丧失的体液多为碱性或中性,钠、钾离子的丢失较氯离子多;另外,肠壁毛细血管通透性增加,导致血浆渗出,积存在肠腔和腹腔内,即丢失在第三间隙;同时组织灌注不足,导致酸性代谢产物增多,加之缺水、少尿等均可引起严重的代谢性酸中毒。大量的钾离子丢失还可引起肠壁肌张力减退,加重肠腔膨胀,并可引起肌无力及心律失常。

(2)感染、中毒和休克:由于在梗阻以上的肠腔内细菌大量繁殖,而产生多种强烈毒素。加之肠壁血运障碍、通透性改变,细菌和毒素渗透至腹腔内引起严重的腹腔内感染。体液大量丢失、血液浓缩、电解质紊乱、酸碱平衡失调以及细菌感染、毒素释放等,均可引起严重休克。当肠道坏死、穿孔,发生腹膜炎时,全身中毒症状尤为严重,最后可引起严重的低血容量

性休克和感染中毒性休克。

(3)呼吸和循环功能障碍:肠腔大量积气、积液使腹腔内压力升高,膈肌上升,腹式呼吸减弱,影响肺内气体交换,同时妨碍下腔静脉血液回流,而致呼吸、循环功能障碍。最后可因多器官功能障碍乃至衰竭而死亡。

三、临床表现

不同类型的肠梗阻临床表现各有其特点,但均存在腹痛、呕吐、腹胀及停止排气、排便等共同表现。

1. 症状

(1)腹痛:单纯性机械性肠梗阻发生时,由于梗阻以上肠管强烈蠕动,患者表现为阵发性腹部绞痛,疼痛多位于腹中部,也可偏于梗阻所在部位。疼痛发作时,患者自觉腹内有“气块”窜动,并受阻于某一部位,即梗阻部位。当腹痛的间歇期不断缩短并成为剧烈的持续性腹痛时,应考虑可能是绞窄性肠梗阻的表现。麻痹性肠梗阻患者表现为全腹持续性胀痛或不适。

(2)呕吐:在梗阻早期,呕吐常为反射性,吐出物以食物或胃液为主。此后,呕吐随梗阻部位高低而有所不同:高位肠梗阻时,呕吐出现早且频繁,呕吐物主要为胃液、十二指肠液和胆汁;低位肠梗阻呕吐出现较晚,呕吐物常为带臭味的粪样物。若呕吐物为血性或棕褐色液体,常提示肠管有血运障碍。麻痹性肠梗阻时的呕吐呈溢出性。

(3)腹胀:腹胀发生时间一般出现较晚,其程度与梗阻部位有关。高位肠梗阻由于呕吐频繁,故腹胀不明显;低位或麻痹性肠梗阻则腹胀明显,遍及全腹。结肠梗阻时,如果回盲瓣关闭良好,梗阻以上结肠可成闭袢,则腹周膨胀显著。腹部隆起不均匀对称,是肠扭转等闭袢性肠梗阻的特点。

(4)停止排气、排便:急性完全性肠梗阻患者,多不再排气排便;但在梗阻早期、高位肠梗阻、不完全性肠梗阻时,可有数次少量排气排便。绞窄性肠梗阻时,可排出血性黏液样粪便。

2. 体征

(1)局部体征:①腹部视诊:机械性肠梗阻常可见腹部膨隆、肠型和异常蠕动波;肠扭转时腹胀多不对称;麻痹性肠梗阻时则腹胀均匀。②触诊:单纯性肠梗阻可有轻度压痛,但无腹膜刺激征;绞窄性肠梗阻时可有固定压痛和腹膜刺激征,可扪及痛性包块。③叩诊:绞窄性肠梗阻时腹腔有渗液,移动性浊音可呈阳性。④听诊:机械性肠梗阻时肠鸣音亢进,可闻及气过水声或金属音;麻痹性肠梗阻则肠鸣音减弱或消失。⑤直肠指检如触及肿块,可能为直肠肿瘤或肠套叠的套头,血迹提示肠套叠或肠绞窄。

(2)全身体征:单纯性肠梗阻早期多无明显全身性改变,晚期可有唇干舌燥、眼窝凹陷、皮肤弹性差、尿少或无尿明显缺水征。或出现脉搏细速、血压下降、面色苍白、四肢发凉等中毒和休克征象。

四、实验室及其他检查

1. 实验室检查 肠梗阻患者因出现脱水和血液浓缩而使血红蛋白值及血细胞比容升高、尿比重也增高。绞窄性肠梗阻时,可有明显的白细胞计数及中性粒细胞比例增加。血清 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 、尿素氮、肌酐及血气分析值出现异常结果,则表示存在水、电解质紊乱及酸碱平衡失调或肾功能障碍。

2. X线检查 肠梗阻时,小肠内容物停滞,气、液分离,一般在肠梗阻发生4~6小时后,立位或侧卧位X线平片可见多个气液平面及胀气肠襻;空肠梗阻时,空肠黏膜皱襞可见“鱼肋骨刺”样改变;回肠扩张的肠襻多,可见数个阶梯状排列的气液平面;结肠梗阻胀气位于腹部周边,显示结肠袋形。绞窄性肠梗阻时,可见孤立突出胀大的肠襻,其位置不因时间而改变。当怀疑肠套叠、乙状结肠扭转或结肠肿瘤时,可作钡剂灌肠或CT检查以协助诊断。

五、治疗要点

治疗原则是尽快解除梗阻,纠正因肠梗阻所引起的全身性生理紊乱。

1. 非手术治疗 适用于单纯性粘连性肠梗阻、麻痹性或痉挛性肠梗阻、蛔虫或粪块堵塞导致的肠梗阻、肠结核等炎症引起的不全性肠梗阻等,措施包括禁食,胃肠减压,纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调。必要时输血浆、全血或血浆代用品,以补偿已丧失的血浆和血液。防治感染和中毒,使用针对肠道细菌的抗菌药防治感染。对起病急骤伴脱水者应留置尿管观察尿量,禁食状态下,应给予患者营养支持。明确诊断后可应用解痉剂止痛,但禁用吗啡类等强力镇痛药,防止掩盖病情。针对病因不同确定治疗方案,可给予解痉剂、低压灌肠、针灸等非手术治疗措施,并密切观察病情变化。

2. 手术治疗 适用于各种类型的绞窄性肠梗阻或由于肿瘤、先天性肠道畸形引起的肠梗阻,以及经非手术治疗不能缓解的肠梗阻患者,原则是在最短的时间内、运用最简单的方法解除梗阻或恢复肠腔通畅。手术方法包括粘连松解术、肠切开取出异物、肠套叠或肠扭转复位术、肠切除吻合术、短路术和肠造口术等。

六、常见护理诊断/问题

1. 急性疼痛 与肠蠕动增强或肠壁缺血及手术创伤有关。
2. 体液不足 与频繁呕吐、禁食、肠腔积液、胃肠减压有关。
3. 潜在并发症 腹腔感染及肠瘘、切口感染、粘连性肠梗阻等。

七、护理措施

1. 术前(包括非手术治疗)的护理

(1)缓解腹痛和腹胀

1)禁食、胃肠减压:持续有效的胃肠减压对单纯性肠梗阻和麻痹性肠梗阻可达到解除梗阻的目的。胃肠减压可清除肠腔内积气、积液,有效缓解腹痛、腹胀,还可以降低腹内压,改善因膈肌抬高而导致的呼吸与循环障碍。胃肠减压期间应保持引流通畅,防止受压、扭曲、折叠。密切观察和记录胃液的颜色、性状和量,若发现有血性胃液,应高度怀疑有绞窄性肠梗阻的可能。及时通知医生并协助处理。

2)体位:生命体征平稳取半卧位,可使膈肌下降,减轻腹胀对呼吸、循环系统的影响,并有利于腹腔渗液积聚于盆腔,便于引流;腹痛时嘱患者将双腿屈曲可减轻腹痛。

3)应用解痉剂:若无肠绞窄或肠麻痹,可应用阿托品类抗胆碱药物解除胃肠道平滑肌痉挛,抑制胃肠道腺体的分泌,使腹痛得以缓解。但不可随意应用吗啡类止痛剂,以免掩盖病情。此外,还可热敷腹部,针灸双侧足三里穴。

4)腹部按摩或针刺疗法:若患者为不完全性、痉挛性或单纯蛔虫所致的肠梗阻,可适当顺

时针轻柔按摩腹部,并遵医嘱配合应用针刺疗法,缓解疼痛。

(2) 维持体液平衡

1) 补液:依据患者的病情来确定补充液体的量和种类。根据患者脱水情况及有关的血清电解质和血气分析结果合理安排输液种类和调节输液量,故应严密观察和记录患者呕吐量、胃肠减压量和尿量以及实验室检查结果的变化等,为合理补液提供依据。

2) 饮食与营养支持:肠梗阻患者应禁食,给予肠外营养。若经治疗梗阻解除,肠蠕动恢复正常,如患者排气排便,腹痛、腹胀消失 12 小时后,则可进流质饮食,忌食产气的甜食和牛奶等;如无不适,24 小时后进半流质饮食;3 日以后过渡到半流食及普食。

(3) 呕吐的护理:呕吐时嘱患者坐起或头侧向一边,以免误吸引起吸入性肺炎或窒息;及时清除口腔内呕吐物,给予漱口,保持口腔清洁,并观察记录呕吐物的量、颜色和性状等。

(4) 严密观察病情:定时测量患者生命体征,包括体温、脉搏、呼吸和血压,密切观察患者腹痛、腹胀、呕吐及腹部体征的变化,及时了解实验室各项指标;若患者出现以下情况,应考虑有肠绞窄的可能:①腹痛发作急骤,起始即为持续性剧烈腹痛,或在阵发性加重期间仍有持续性腹痛。肠鸣音可不亢进。呕吐出现早、剧烈而频繁。②病情发展迅速,早期出现休克,抗休克治疗后症状改善不显著。③有明显腹膜炎体征,体温升高,脉率增快,白细胞计数和中性粒细胞比例增高。④腹胀不对称,腹部有局限性隆起或触及有压痛的包块。⑤呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排泄物为血性,或腹腔穿刺抽出血性液体。⑥经积极非手术治疗后症状和体征无明显改善。⑦腹部 X 线检查,可见孤立的、胀大的固定肠襻。此类患者病情危重,多处于休克状态,需紧急手术治疗。应积极做好术前准备。此类患者病情危重,应在抗休克、抗感染的同时,积极做好手术前准备。

(5) 术前准备:慢性不完全性肠梗阻需做肠切除肠吻合手术者,除一般术前准备外,应按要求做好肠道准备。急诊手术者,需紧急做好备皮、交叉配血、输液等术前准备。

2. 术后护理

(1) 体位:患者术毕回房后,按其不同的麻醉方式给予不同卧位。如是硬膜外麻醉应去枕平卧 6 小时给半卧位,如是全麻,则应在患者清醒后血压平稳再给予半卧位。

(2) 密切观察病情变化:患者术毕回房后,要严密观察患者的生命特征变化,定时测量脉搏、呼吸和血压,并观察腹部体征和症状的变化。观察腹痛、腹胀的改善程度,呕吐及肛门排气排便情况等。留置胃肠减压和腹腔引流管时,观察和记录引流液的颜色、性状和量。

(3) 饮食与补液:手术后早期禁食水,禁食期间给予静脉补液,补充机体所需的各类营养物质。待肠蠕动恢复并有肛门排气后可开始进少量流食;进食后若无不适,逐步过渡至半流食、普食。

(4) 术后并发症的观察与护理

1) 腹腔感染及肠瘘:①如患者有引流管,应妥善固定并保持腹腔引流通畅,观察记录引流液的颜色、性状和量。更换引流装置时要严格无菌操作,避免逆行性感染的发生。②观察患者术后腹痛、腹胀症状是否改善,肛门恢复排气、排便的时间等。若腹腔引流管周围流出较多带有粪臭味的液体,同时患者出现局部或弥漫性腹膜炎的表现,应警惕腹腔内感染及发生肠瘘的可能。根据医嘱进行积极的营养支持及抗感染治疗,引流不畅或感染不能控制者应及时报告医生,做好再次手术的准备。

2) 切口感染:若术后 3~5 天患者出现体温升高,切口局部红肿、胀痛或跳痛,应考虑切口

感染的可能。一旦出现切口感染,应拆去缝线,清创、引流,定期换药至切口愈合。

3)粘连性肠梗阻:可由广泛肠粘连未能分离完全或手术后胃肠道处于暂时麻痹状态,加上腹腔炎症重新引起肠粘连所导致。护理时应注意:①鼓励并协助患者术后早期活动,如病情稳定,术后 24 小时即可开始床上活动,包括床上翻身、坐起、活动四肢,3 日后下床活动,以促进肠蠕动功能的恢复,预防肠粘连。②观察患者是否再次出现腹痛、腹胀、呕吐等肠梗阻表现。一旦出现,应及时报告医师并协助处理,包括给予患者禁食、胃肠减压,静脉补液,口服液体石蜡或四磨汤等,一般多可缓解。必要时做好再次手术的准备。

八、健康指导

1. 饮食指导 告知患者注意饮食卫生,不吃不洁的食物,避免暴饮暴食。嘱患者出院后进食易消化、营养丰富、高维生素的食物,少食刺激性强的辛辣食物;避免腹部受凉和饭后剧烈活动。

2. 保持大便通畅 便秘者应注意通过调整饮食、腹部按摩等方法保持大便通畅,无效者适当服用缓泻剂,避免用力排便。

3. 锻炼 保持心情愉快,每天进行适当的体育锻炼。

4. 自我监测 指导患者进行自我监测,若出现腹痛、腹胀、呕吐、停止排便排气等不适,及时就诊。

(胡海霞)

第四节 结肠癌的护理

结肠癌(carcinoma of colon)是消化道常见的恶性肿瘤,以 41~65 岁发病率高。在我国近 20 年来尤其是在大城市,发病率明显上升,有多于直肠癌的趋势。而直肠癌的发病率基本稳定。

一、病因与发病机制

结肠癌的发病因素目前尚未明了,根据流行病学调查和临床观察分析,可能与下列因素有关。

1. 饮食因素 结肠癌的发病与摄入过多的动物脂肪及动物蛋白质,缺乏新鲜蔬菜及含膳食纤维的食品有一定的相关性,加之缺乏适度的体力活动,导致肠道蠕动功能减弱,肠道菌群改变,使粪便通过肠道的速度减慢,致癌物质与肠黏膜接触时间延长;此外,过多摄入腌制食品可增加肠道中的致癌物质,诱发结肠癌;而维生素、微量元素及矿物质的缺乏均可能增加结肠癌的发病几率。

2. 遗传因素 遗传易感性在结肠癌的发病中具有重要地位,临床上 10%~15% 的患者为遗传性结直肠肿瘤,如家族性腺瘤性息肉病(familial adenomatous polyposis, FAP)及遗传性非息肉性结肠癌。

3. 癌前病变 多数结肠癌来自腺瘤癌变,其中家族性息肉病和结肠绒毛状腺瘤癌变率最高,已被公认为癌前病变;而近年来结肠的某些慢性炎症改变,如溃疡性结肠炎、克罗恩病及血吸虫病肉芽肿与大肠癌的发生有密切关系,已被列为癌前病变。

二、病理生理和分型

1. 根据肿瘤的大体形态分型

(1)隆起型:肿瘤向肠腔内生长,呈结节状、菜花状或息肉样隆起,大的肿块表面易发生溃疡。好发于右半结肠,尤其是盲肠。

(2)溃疡型:肿瘤向肠壁深层生长且向四周浸润,中央形成较深的溃疡,溃疡基底部深达或超过肌层,是结肠癌常见的类型。

(3)浸润型:肿瘤沿肠壁环状浸润生长,局部肠壁增厚,易引起肠腔狭窄和肠梗阻。多发生于左半结肠,尤其是乙状结肠。

(4)胶样型:部分黏液腺癌的肿瘤组织可形成大量黏液,使得肿瘤剖面呈半透明的胶状,故称为胶样型。外形不一,既可呈隆起型,也可呈溃疡型,或表现为浸润性生长。

2. 组织学分型 显微镜下组织学常见分型:①腺癌:可进一步分为管状腺癌、乳头状腺癌、黏液腺癌、印戒细胞癌及未分化癌,其中管状腺癌为最多见的组织学类型。②腺鳞癌:肿瘤由腺癌细胞及鳞状细胞构成,分化程度为中度至低度。

3. 临床病理分期 国内一般应用我国 1984 年推出的 Dukes 改良分期方法,较为简单实用。

A 期:癌肿仅限于肠壁,未超出浆膜层。又分为三期: A_1 ,癌肿侵及黏膜或黏膜下层; A_2 ,癌肿侵及肠壁浅肌层; A_3 ,癌肿侵及肠壁深肌层,但未达浆膜。

B 期:癌肿穿透肠壁浆膜或侵及肠壁浆膜外组织、器官,无淋巴结转移。

C 期:癌肿侵及肠壁任何一层,但有淋巴转移。可分为两期: C_1 ,淋巴转移仅限于癌肿附近; C_2 ,癌肿转移至系膜和系膜根部淋巴结。

D 期:有远处转移或腹腔转移或广泛侵及邻近脏器而无法切除者。

4. 扩散和转移方式

(1)直接浸润:癌细胞可向 3 个方向浸润生长,环状浸润、肠壁深层及沿纵轴浸润,穿透肠壁后即可侵犯周围的组织器官。

(2)淋巴转移:这是大肠癌最主要的转移途径。可沿结肠上淋巴结、结肠旁淋巴结、系膜周围的中间淋巴结和系膜根部的中央淋巴结依次转移。

(3)血行转移:癌肿向深层浸润后,常侵入肠系膜血管。常见为癌细胞沿门静脉转移至肝,甚至进入体循环向远处转移至肺,少数可侵犯脑或骨骼。

(4)种植转移:癌细胞穿透肠壁后,脱落的癌细胞可种植在腹膜和腹腔其他器官表面,以盆腔底部、直肠前陷窝最常见。

当发生广泛腹腔转移时,可形成腹水,多为血性,并可在腹水中找到癌细胞。

三、临床表现

结肠癌早期常无明显特异性表现,容易被忽视。常可出现下列表现:

1. 排便习惯与粪便性状的改变 常为最早出现的症状,多表现为大便次数增多、大便不成形或稀便;当出现不全肠梗阻时,可表现为腹泻与便秘交替出现;由于癌肿表面已发生溃疡、出血及感染,所以患者常表现为便中带血、脓性或黏液性粪便。

2. 腹痛 也是早期常见的症状之一。腹部疼痛部位不确定,亦不剧烈,多表现为慢性隐

痛或仅为腹部不适或腹部胀痛,易被忽视。当癌肿穿透肠壁引起局部炎症时,具有定位压痛及包块,腹痛常较明显;出现肠梗阻时,腹痛加重或阵发性腹部绞痛。

3. 腹部肿块 以右半结肠癌多见。肿块大多坚硬,位于横结肠或乙状结肠的癌肿可有一定活动度。若癌肿穿透肠壁并发感染,可表现为固定压痛的肿块。

4. 肠梗阻 多为结肠癌的中晚期症状。一般表现为慢性低位不全性肠梗阻,主要表现是腹胀和便秘,腹部胀痛或阵发性绞痛,进食后症状加重。当发生完全梗阻时,症状加剧,部分患者出现呕吐,呕吐物为粪样物。

5. 全身症状 由于患者长期慢性失血,癌肿表面溃烂、感染、毒素吸收等,可出现贫血、消瘦、乏力、低热等全身性表现。病情晚期可出现肝大、黄疸、腹水及恶病质表现等。

由于结肠癌的部位不同,临床表现也有区别。一般右半结肠癌多以肿块型伴溃疡为主,临床上以全身症状如贫血、消瘦、全身乏力及腹部包块为主;左半结肠癌多以浸润型为主,极易引起肠腔环形狭窄,因此左半结肠癌以肠梗阻、便秘、腹泻、便血等症状为显著。

四、实验室及其他检查

1. 实验室检查

(1)粪潜血试验:高危人群的初筛方法及普查手段,对结果呈阳性者进一步检查,可帮助及时发现早期病变。

(2)肿瘤标记物检查:癌胚抗原测定对结肠癌的诊断和术后监测较有意义,主要用于监测结肠癌的复发。

2. 影像学检查

(1)X线钡剂灌肠或气钡双重对比造影检查:是结肠癌的重要检查方法。可观察到结肠壁僵硬、皱襞消失、存在充盈缺损及龛影。

(2)B超和CT检查:有助于了解腹部肿块、腹腔内肿大淋巴结及有无肝转移等。

3. 内镜检查 包括直肠镜、乙状结肠镜或纤维结肠镜检查,可观察病灶的部位、大小、形态、肠腔狭窄的程度等,并可在直视下取活组织做病理学检查,以明确诊断。是诊断大肠癌最有效、最可靠的方法。

五、治疗要点

治疗原则是以手术切除为主,同时配合化学治疗、放射治疗等方法的综合治疗。

1. 手术治疗 手术方式的选择应综合考虑癌肿的部位、范围、大小、活动度及细胞分化程度等因素。

(1)根治性手术

1)结肠癌根治术:切除范围包括癌肿在内的两端肠管,一般要求距肿瘤边缘 10cm,以及所属系膜和区域淋巴结。①右半结肠切除术:适用于盲肠、升结肠、结肠肝曲癌。对于盲肠和升结肠癌,切除范围包括 10~20cm 的回肠末段、盲肠、升结肠、右半横结肠和大网膜,以及相应的系膜、淋巴结,做回肠与横结肠端端或端侧吻合。对于结肠肝曲的癌肿,除上述范围外,须切除横结肠和胃网膜右动脉组的淋巴结。②横结肠切除术:适用于横结肠中部癌。切除范围包括全部横结肠、部分升结肠、降结肠及其系膜、血管、淋巴结和大网膜,行升结肠和降结肠端端吻合。③左半结肠切除术:适用于结肠脾曲癌、降结肠癌和乙状结肠癌。切除范围包括

左半横结肠、降结肠、乙状结肠及其所属系膜、左半大网膜和淋巴结。④单纯乙状结肠切除术:适用于乙状结肠癌,若癌肿小,位于乙状结肠中部,而且乙状结肠较长者,同时切除所属系膜及淋巴结,做结肠、直肠端端吻合术。

2.经腹腔镜行结肠癌根治术:腹腔镜手术可减小创伤,减轻患者痛苦,减少术后并发症,从而加快患者康复,且有与传统手术方式相同的疗效,现已逐步在临床推广应用。

(2)结肠癌并发急性肠梗阻的手术:需在进行胃肠减压、纠正水和电解质紊乱以及酸碱平衡失调等积极术前准备后行急诊手术,解除梗阻。若为右半结肠癌可行一期切除;如患者全身情况差,则先作肿瘤切除、盲肠造口或短路手术以解除梗阻,待病情稳定后行二期根治性切除手术。若为左半结肠癌并发急性肠梗阻时,一般应在梗阻部位的近侧作横结肠造口,在肠道充分准备的条件下,再二期手术行根治性切除。

(3)姑息性手术:适用于局部癌肿尚能切除,但已有广泛转移,不能根治的晚期结肠癌病例,可根据患者全身情况和局部病变程度,作癌肿所在肠段局部切除及肠吻合术。晚期局部癌肿已不能切除时,为解除梗阻,可将梗阻近端肠管与远端肠管做端侧或侧侧吻合术,或梗阻近端做结肠造口。

2. 非手术治疗

(1)化学治疗:这是结肠癌综合治疗的一部分,也是根治术后的辅助治疗。术前化疗有助于缩小原发灶,使肿瘤降期,降低术后转移发生率,但不适用于Ⅰ期结肠癌;术后化疗则有助于控制体内潜在的血行转移,可提高5年生存率。目前多采用以5-氟尿嘧啶为基础的联合化疗方案。

(2)放射治疗:术前放疗可缩小癌肿体积、降低癌细胞活力及淋巴结转移,使原本无法手术的癌肿得以手术治疗,提高手术切除率及生存率,降低术后复发率。术后放疗仅适用于晚期癌肿、手术无法根治或局部复发的患者。

(3)中医中药治疗:应用补益脾肾、调理脏腑、清肠解毒、扶正的中药制剂。

(4)其他治疗:有基因治疗、导向治疗、免疫治疗等,但尚处于探索阶段。

六、常见护理诊断/问题

1. 焦虑、恐惧 与患者对癌症治疗缺乏信心,担心治疗效果及预后有关。
2. 营养失调(低于机体需要量) 与恶性肿瘤高代谢及手术后禁食有关。
3. 知识缺乏 对诊断性检查认识不足,对术前肠道准备及术后注意事项(卧位、活动、饮食等)缺乏了解,缺乏大肠癌综合治疗、护理等方面的知识。
4. 潜在并发症 切口感染、吻合口瘘、肠粘连等。

七、护理措施

1. 术前护理

(1)心理护理:结肠癌患者对治疗及预后往往存在诸多顾虑,对疾病的康复缺乏信心。因此,术前应了解患者对疾病的认知程度,鼓励患者诉说自己的感受,暴露自己的心理,耐心倾听其因疾病所致的恐惧和顾虑。根据患者的心理承受能力,与家属协商寻求合适时机帮助其尽快面对疾病,介绍疾病的康复知识和治疗进展以及手术治疗的必要性,使其树立战胜疾病的信心,能积极配合治疗和护理。