

# 多学科联合治疗 1 例直肠癌合并三系减少患者围术期的护理

洪宇宏 朱木兰 甄莉 崔颖 何志 李雅男

南方医科大学南方医院普通外科 广东广州 510515

**摘要:** 总结 1 例直肠癌合并三系减少患者围术期多学科联合治疗的护理经验。护理要点: 成立个案护理小组, 多学科联合制定围术期诊疗护理方案; 做好三系减少出血预警的护理; 进行高质量的肠道准备, 减少术后并发症; 解决痛、吐、胀、闭, 促进肠道功能尽早恢复; 术后吻合口瘘及造口旁瘘的护理; 出院后做好延续性护理。患者术后 26d 出院, 随访 1 个月, 胃纳好, 肠道口血运好, 排气排便好, 未诉腹痛腹胀。

**关键词:** 多学科联合治疗; 直肠癌; 三系减少; 围术期; 护理

直肠癌 (Rectal cancer; RC) 是一种常见的消化道恶性肿瘤。2020 年全球癌症统计显示, 结直肠癌 (colorectal cancer, CRC) 发病率和死亡率占有恶性肿瘤的 10.0% 和 9.4%, 分别位居第二位和第三位, 且发病率逐年升高<sup>[1]</sup>。RC 的治疗主要为肿瘤的根治性切除手术以及辅助治疗的综合方案<sup>[4]</sup>。多发性骨髓瘤 (Multiple Myeloma, MM) 是一种浆细胞恶性肿瘤, 骨髓中过多的癌性浆细胞导致蛋白质生成量增加, 从而抑制白细胞、红细胞、血小板等其他正常骨髓成分的发育。浆细胞是成熟的产生抗体的 B 细胞, 对于维持体液免疫至关重要<sup>[2]</sup>。除了产生大量单克隆抗体之外, 正常防御性抗体的生成量也明显减少, 导致骨骼脆弱或肾功能衰竭, 威胁患者的生命安全, 尽管 MM 的治疗取得了惊人的进展, 但这种疾病仍然无法治愈<sup>[3]</sup>。腹腔镜直肠癌根治术可一定程度上抑制直肠癌患者免疫功能, 二者的同时存在增加了病情的复杂性, 手术风险大, 易出现术后并发症, 对医疗及护理的要求则更高。2024 年 3 月, 我科收治 1 例直肠癌合并多发性骨髓瘤患者, 经过多学科联合诊疗及精心的护理, 患者顺利出院。现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

患者男, 61 岁, 主诉“间断便血半年余, 外院诊断直肠癌半月”于 2024 年 3 月 13 日收入我科。既往史: 2021 年外院诊断多发性骨髓瘤, 化疗联合免疫治疗, 于 2022-10 行干细胞移植术, 术后规律服用硼替佐米 + 来那度胺治疗, 期间出现骨髓抑制, 遂于 2023-08 停药。个人史: 有吸烟史, 吸烟 30 余年, 20 支/天, 已戒烟 3 年; 有饮酒史, 100ml/天,

已戒酒。家族史: 父亲健在, 母亲因结肠癌去世。否认食物和药物过敏史。查体: T 36.2℃, P 96 次/分, R 20 次/分, BP 141/78mmHg。辅助检查: 电子结肠镜提示: 直肠距肛门约 10cm 处见大小约 3.5×3.0cm 的不规则溃疡, 周边粘膜呈环堤样隆起, 病变环绕肠管全周, 肠腔狭窄, 可见自发渗血, 活检 2 块。病理提示: (直肠) 倾向于腺癌。CT 全腹增强+CT 胸部增强扫描提示: 直肠上段管壁增厚, 考虑直肠癌, 周围系膜多发淋巴结; 右肺下叶背段结节, 考虑转移瘤; 双肺肺气肿并肺大疱形成, 双肺散在慢性炎症。MRI 下腹部(盆腔)增强扫描提示: 直肠上段-乙状结肠直肠癌, MR 分期: T4aN2a, MRF 阳性, EMVI 阳性。

### 1.2 治疗经过

患者因诊断为“直肠癌、多发性骨髓瘤、血小板减少症”于 2024 年 3 月 13 日入院。3 月 14 日血小板计数:  $19 \times 10^9/L$ , 血红蛋白测定: 55g/L, 予输注红细胞及血小板治疗。3 月 19 日多学科会诊。3 月 22 日在全麻下行腹腔镜直肠癌根治术 + 末端回肠造口术, 放置盆腔引流管 1 条, 术后予以抗炎、营养支持、镇痛、祛痰、抑酸等治疗。3 月 25 日术后 3d, 回肠造口有排气, 未排便, 腹部膨隆, 予留置胃管, 胃肠减压。3 月 27 日术后 5d, 经造口行 3:2:1 灌肠后仍未排便, CT 全腹平扫提示: 腹腔小肠广泛扩张积气并见气液平面, 考虑肠梗阻, 经造口留置减压管。3 月 28 日术后 6d, 体温 38.9℃, 肛门指征可触及吻合口左侧壁大小约 1.0×1.0cm 瘘口, 盆腔引流管予建立腹腔冲洗, 并予康复新液经肛门保留灌肠 2/日, 加强引流、抗感染、抑酸等治疗。4 月 7 日术后 16d, 肛门指征吻合口愈合, 回肠造口 7 点及 12 点方向出现

造口旁瘻。4月9日术后18d,中医科行针灸治疗,康复科皮内针治疗,促进排气排便。4月17日术后26d,体温正常,半流食可,精神可,肠造口血运好,排气排便可,予出院。

## 2 护理

### 2.1 多学科联合制定围术期诊疗护理方案

成立以外科病房护士为主导的个案小组,该小组由科室护士长领导,以及高级外科专科护士、伤口造口专科护士、急危重症专科护士、责任护士、康复治疗师、主管医师共同组成。阶段性讨论本病例存在的风险因素及难点,多学科联合制订围术期护理方案。多发性骨髓瘤三系减少是本病例的难点,当淋巴细胞计数降低时,炎症促进肿瘤发展,肿瘤进展增大手术难度,使术中出血风险增加、术后并发症发生率增加<sup>[4]</sup>。做好手术风险防控及术后肠梗阻、吻合口瘻的预防是护理的重点。

### 2.2 做好三系减少出血预警的护理

多发性骨髓瘤患者癌性浆细胞增加,抑制白细胞、红细胞、血小板等其他正常骨髓成分的发育,导致三系减少。本病例间断便血半年余,3月14日报危急值:血小板计数 $19 \times 10^9/L$ ,血红蛋白测定 $55g/L$ 。持续反复的少量消化道出血,易发生低血容量性休克。避免发生外伤,严密观察全身有无皮下瘀斑、牙龈、鼻腔出血等情况;遵医嘱嘱注血小板及红细胞,予重组人血小板生成素注射液(特比澳 $1.5wu$ )皮下注射1/日,海曲泊帕乙醇胺片 $2.5mg$ 口服1/日,益血生胶囊 $1g$ 口服3/日。抽血后按压时间为 $5-10min$ ;指导患者选用软毛牙刷刷牙;定期复查血常规,待三系水平升高后择期手术。

### 2.3 进行高质量肠道准备

高质量的肠道准备能保证术中有更清晰的视野,利于精准操作,缩短手术时间,提高手术安全性。本病例存在不全性肠梗阻,肠腔狭窄,术前进行高质量肠道准备非常必要,降低肠管张力,减少并发症。入院后行要素饮食,因为肠内营养液具有无渣的特点,可以保持肠道的清洁度,减少肠道细菌数量,进而降低感染并发症的发生<sup>[18]</sup>。在洁净容器中注入 $200ml$ 温开水,加入整蛋白型肠内营养剂 $36g$ ,待粉剂充分溶解后口服,每日 $6:00-22:00$ ,每2小时口服1次,共口服9次。术前1d $19:00$ 口服复方聚乙二醇电解质散(II) $137.12g+2000ml$ 温开水,2h内饮用完毕,聚乙二醇的渗透作用通过诱导肠道水分分泌来增加排便频率,发挥通便作

用。患者自觉腹胀伴轻微腹痛时,辅以走路及腹部顺时针按摩,22:30仍排黄色稀水样便,22:40予 $0.9\%$ 氯化钠注射液 $2000ml$ 清洁灌肠,23:30末次为澄清水样便,肠道准备好。由于灌肠液的存在而导致的肠道拉伸和血流减少可导致出血或直肠穿孔,因此应谨慎进行该过程<sup>[5]</sup>。

### 2.4 解决痛、吐、胀、闭,促进肠道功能恢复

本病例术后出现小肠梗阻,梗阻点位于中腹部空肠区,术后3d出现明显腹痛、腹胀、呕吐、造口排气排便少。采取的护理措施如下:①留置胃管,胃肠减压,密切观察胃液颜色、性状及量,本病例术后5d,胃液为 $1460ml$ ,遵医嘱予醋酸奥曲肽组液体输注;②监测腹围,每日责任护士早上8点测量腹围,以肚脐为中心,用卷尺绕腹部一圈,密切观察患者腹部症状、体征及腹围的变化,若出现异常需及时报告医生进行对症处理,本病例腹围由 $107cm$ 减少至 $100cm$ ;③近端造口留置减压管,帮助造口排气、排便,密切观察造口排量。将减压管用石蜡油充分润滑后从造口近端缓慢插入肠腔,如遇阻力应停止插入以防造成肠穿孔,本病例插入深度为 $25cm$ ,置入造口减压管前造口排量为 $100-300ml$ ,置入造口减压管后造口排量为 $800-1200ml$ ;④增加术后活动量,遵循“下床四部曲”原则,协助患者下床活动,即床头抬高 $60^\circ$ 、静坐 $15min$ 协助下床、床边静坐 $15min$ 、床边站立 $3min$ 后离床过道行走,帮助患者早日下床活动。并根据快速康复理念,量化活动量目标值,手术当天完成踝泵、屈膝、屈肘、抬腿、抬手运动各 $20$ 次;术后1d完成床旁站立 $3min+$ 腹式呼吸 $5min$ ,3次/d;术后2d完成床旁行走 $5min+$ 腹式呼吸 $8min$ ,3次/d;术后3d完成床旁行走 $10min+$ 腹式呼吸 $10min$ ,4次/d,在患者身体耐受情况下,循序渐进增加患者的活动量;⑤皮内针及针灸治疗,针灸是灸法与针法的总称,有效性强、安全性高,能疏通经络、行气止痛、调和气血、扶正补虚<sup>[13]</sup>。本病例皮内针所选双侧的合谷、手三里、足三里、上巨虚、三阴交等穴位。针灸所选脐腹部天枢穴、足三里、关元穴、下巨虚穴等穴位,有通经活络、化滞理气、温润脾胃、扶正祛邪、调理肠腑功效。经过干预,患者肠造口排气排便好,未诉腹痛、腹胀,术后20d拔出造口减压管,术后21d拔出胃管。

### 2.5 术后吻合口瘻的护理

本病例术后6d,体温 $38.9^\circ C$ ,C反应蛋白 $271.82mg/L$ ,肛门指征可触及吻合口左侧壁大小约 $1.0 \times 1.0cm$ 瘻口。护

理措施如下:①盆腔引流管予0.9%氯化钠注射液500ml建立持续腹腔冲洗,并接中心负压吸引,准确记录引流液颜色、性状及量。②康复新液经肛门行保留灌肠,使患者取侧卧位,将导管插入肛门5-7cm(靠近吻合口瘘位置),取20ml康复新液缓慢注入,药液注入完成后用纱布堵住肛门,嘱患者静卧1h。康复新液能够促进肉芽组织生长和血管新生,加速坏死组织脱落,还具有抗感染、消除水肿等作用,从而可减轻组织炎症反应<sup>[15]</sup>。③为减少粪便经远端造口流经吻合口瘘出,远端造口予奶嘴+油纱填塞,减少污染。加强引流、抗感染、抑酸等治疗,术后16d肛门指征吻合口愈合,感染指标下降。

### 2.6 术后造口旁瘘的护理

造口旁瘘的发生可造成造口皮肤黏膜分离,并且从瘘口排出的大量强腐蚀性的肠液、粪液使造口袋粘贴困难,周围皮肤易引起湿疹、皮炎等并发症<sup>[16]</sup>。患者造口类型为回肠袢式造口,造口位于右下腹,距髂前上棘3cm,大小为4cm×3cm,椭圆形,高度为1cm,肠粘膜为100%牛肉红。术后16d,造口7点及12点方向出现造口旁瘘,刺激性皮炎。加强造口周围皮肤观察,正确选择、裁剪、粘贴合适的造口袋。为了便于观察肠造口黏膜血运情况及造口减压管情况,选择两件式透明凸面底盘造口袋,在造口周围使用造口粉,皮肤保护膜和防漏贴环,并联合使用造口腰带,保护造口周围皮肤。请医师对造口旁瘘皮肤黏膜分离处进行缝合封闭。术后22d造口周围皮肤红肿消退,造口袋无渗漏,12点方向形成唇状瘘。

### 2.7 出院延续性护理

因多发性骨髓瘤,三系低,无法行抗肿瘤治疗。针对多发性骨髓瘤,定期血液科随访。责任护士出院前1d在进行常规出院指导后,还着重进行肠造口护理及饮食出院指导。通过微信和电话的形式,对出院后腹部情况、肠造口排气排便情况、饮食、运动、睡眠、心理、复查等项目进行调查,实施督促及健康宣教,提高依从性。直肠癌可能与家族遗传、饮食习惯等相关,做好有血缘关系亲属子女的普查工作,及时发现,提早干预。宣教早发现、早诊断、早治疗。患者随访1个月,胃纳好,肠造口血运好,排气排便好,未诉腹痛腹胀。

### 3 小结

本病例多病共存,病情较复杂,原发疾病为多发性骨

髓瘤,三系减少,继发直肠癌。首先成立个案小组,多学科联合制定围术期诊疗护理方案,进行充分的术前评估,做好三系减少出血预警的护理;进行充分的肠道准备,减少术后并发症;针对肠梗阻,解决痛吐胀闭,帮助尽早恢复肠道功能;做好吻合口瘘及造口旁瘘的护理;出院后做好延续性护理,获得了满意的结局,术后1个月随访,肠造口血运好,排气排便好,未诉腹痛腹胀。因多发性骨髓瘤,三系低,无法行抗肿瘤治疗,已定期血液科复查。

### 参考文献:

- [1] 左俊焘,李嘉琪,徐瑶,等.加速康复理念下结直肠癌患者围术期营养管理的最佳证据总结[J].中国癌症防治杂志,2024,16(03):339-345.
- [2] Padala SA, Barsouk A, Barsouk A, Rawla P, Vakiti A, Kolhe R, Kota V, Ajebo GH. Epidemiology, Staging, and Management of Multiple Myeloma. *Med Sci (Basel)*. 2021 Jan 20;9(1):3.
- [3] Abdollahi, Pegah et al. "Advances and challenges in anti-cancer vaccines for multiple myeloma." *Frontiers in immunology* vol. 15 1411352. 1 Aug. 2024.
- [4] 庄元旦,唐浩然,尹明柳,等.腹腔镜直肠癌根治术后“教科书式结局”的影响因素分析[J/OL].腹部外科,1-9[2024-07-03].
- [5] Kessoku, Takaomi et al. "Expert Consensus Document: An Algorithm for the Care and Treatment of Patients with Constipation Based on Ultrasonographic Findings in the Rectum." *Diagnostics (Basel, Switzerland)* vol. 14,14 1510. 12 Jul. 2024.
- [6] 朱慧娣,李燕,李贝贝,等.1例肠重复畸形伴反复消化道出血及腹茧症患者的护理[J].中华护理杂志,2022,57(22):2758-2761.
- [7] 徐妍妍,石俊梅,韦莹莹.多维度护理干预在多发性骨髓瘤化疗患者中的应用价值[J].实用中西医结合临床,2024,24(06):121-124.
- [8] Min, Jihee et al. "Postoperative inpatient exercise facilitates recovery after laparoscopic surgery in colorectal cancer patients: a randomized controlled trial." *BMC gastroenterology* vol. 23,1 127. 17 Apr. 2023.
- [9] 刘彦合,姬安龙,傅祥炜,等.加速康复联合肠内支

架在梗阻性结肠癌手术的应用研究 [J]. 消化肿瘤杂志 (电子版), 2023, 15(1): 1-4.

[10] YANG T, YAN X, CAO Y, et al. Meta analysis of Glutamine on Immune Function and Post-Operative Complications of Patients With Colorectal Cancer [J]. *Front Nutr*, 2021, 8: 765809.

[11] TAKAGI K, BUETTNER S, IJZERMANS J. Prognostic significance of the controlling nutritional status (CONUT) score in patients with colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis [J]. *Int J Surg*, 2020, 78: 91-96.

[12] 梁璐. 中药穴位贴敷在气虚型粘连性肠梗阻术后患者中的应用效果 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(03): 373-376.

[13] 蒋钰. 温针灸联合胃肠减压治疗腹部肿瘤术后不完全性肠梗阻的研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(1): 91-94.

[14] 方颖, 张丽平, 张芳, 等. 中医外治不完全性肠梗阻

的研究进展 [J]. 中国疗养医学, 2023, 32(01): 24-27.

[15] 罗文莉, 邱丽霞, 徐冠军, 等. 重组牛碱性成纤维细胞生长因子联合康复新液保留灌肠在老年放射性直肠炎中的应用 [J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(19): 4684-4687.

[16] 张佩英, 傅晓瑾, 高艳红. 成人肠造口皮肤黏膜分离护理专家共识 [J]. 中国研究型医院, 2022, 9(05): 9-12.

[17] 乔新华, 王砚丽, 张凤联. 自制负压吸引装置在 1 例回肠造口术后切口感染裂开合并造口旁瘘的护理 [J]. 内蒙古医学杂志, 2022, 54(09): 1149-1153.

[18] 张锐, 叶向红, 王慧君, 等. 术前肠内营养对结肠直肠癌病人术后康复影响的 Meta 分析 [J]. 肠外与肠内营养, 2021, 28(03): 171-177.

#### 作者简介:

洪宇宏 (1995—), 女, 汉族, 江西抚州, 大学本科, 南方医科大学南方医院普通外科, 主管护师, 研究方向: 外科护理。