# 结肠癌个案护理

来源：网络 作者：清幽竹影 更新时间：2024-06-26

*个案护理结肠癌并急性结肠梗阻并结肠破裂普外科2024年学习内容结肠癌相关知识介绍----------学习目标--------------------病例介绍--------------------入院治疗经过----------------...*

个

案

护

理

结肠癌并急性结肠梗阻并结肠破裂

普外科

2024年

学习内容

结肠癌相关知识介绍----------

学习目标--------------------

病例介绍--------------------

入院治疗经过----------------

护理问题护理措施------------

健康宣教--------------------

总结------------------------

参考文献--------------------

一、结肠癌相关知识

概述：结肠癌（colonconcer）是发生于升结肠，横结肠，降结肠，乙状结肠的恶性肿瘤，占胃肠道肿瘤的第三位。

流行病学：在我国大城市中，近20年来发病率明显上升，男：女为1～2：1，40岁以上好发，有年轻化趋势,<30岁占10~15%。好发部位：乙状结肠→盲肠→升结肠→横、降结肠

病因：1、饮食习惯(高脂、腌制品)2、遗传因素(占20~30%)

3、癌前病变(腺瘤、溃疡性结肠炎、家族性息肉病、克罗恩病)

病理生理和分型：

大体形态分型

肿块型：肿瘤向肠腔内生长，呈半球状或球状隆起，且质地较软。瘤体较大，易溃烂出血并继发感染、坏死。此型结肠癌好发于右半结肠。

浸润型：肿瘤环绕肠壁浸润并沿粘膜下生长，质地较硬，容易引起肠腔狭窄和梗阻多发于右半结肠以外的大肠。

溃疡型：是结肠癌中最常见的类型，好发于左半结肠、直肠。肿瘤向肠壁深层生长，并向肠壁外浸润，早期即可出现溃疡，边缘隆起，底部深陷，易出血、感染，并易穿透肠壁

组织学分型

腺癌：占大部分90%-95%;粘液癌：预后差;未分化癌：预后最差;腺磷癌、磷状细胞癌

转移途径：直接浸润、淋巴转移、种植转移、血行转移

Dukes分期：

A期：癌肿局限在肠壁内，未超过浆肌层

B期：癌肿已穿透肠壁，无淋巴转移

C期：癌肿已穿透肠壁，有淋巴转移

D期：癌肿已侵犯临近器官且有远处转移

临床表现

排便习惯和粪便性状改变：早期大便次数增多，粪便不成形或稀便

腹痛：早期症状为持续性隐痛或仅为腹部不适或腹胀感

腹部肿块：通常较硬，可有一定的活动度

肠梗阻症状：晚期症状一般为慢性、低位、不完全性梗阻

全身症状：贫血、乏力、低热等，晚期可出现恶病质

治疗方法

内镜微创、开腹手术、腹腔镜下手术治疗、直肠癌姑息性手术治疗

辅助治疗:化疗、内分泌免疫治疗、中医治疗、靶向药物、基因疗法

二、学习目标

通过参与病人的住院全过程，围绕病人身心问题进行评估后制定护理计划并实施有效的护理。期望达到以下目标：

1、通过评估确定病人的护理问题。

2、制定护理计划促进病人早日康复。

3、提高本人对结肠癌的解剖，生理及病理的认识。

4、能够有效评价本人所提供给病人的护理措施。

5、能有效的为病人提供专科知识护理及心理辅导。

三、病例介绍

基本资料：黄小玲,女,57岁,汉族,出生地广东省,职业：农民,入院日期：2024-06-18

17:24

患者主诉：腹胀、腹痛伴恶心呕吐2个月，再发伴加重2天。

现病史：缘于2个月前患者无明显诱因出现腹胀、腹痛，伴有恶心、呕吐不适，呕吐物为胃内容物，患者未予以重视，未予以任何处理。2天前患者再次出现腹痛，程度剧烈，并伴有腹胀及肛门停止排气排便。在整个病程中无咳嗽、咽痛，无腹泻、黑便，无里急后重感。于今日下午到我院急诊就诊，行腹部CT检查提示：腹腔大量游离气体，考虑“消化道穿孔“，建议患者入院手术治疗。今为行手术治疗，急诊拟“消化道穿孔，急性弥漫性腹膜炎“收入我科。自起病以来，精神、睡眠差，饮食、食欲情况同上，小便正常，大便未解，体重无明显变化。

既往史：既往体健

婚育史：已婚，育有3女，丈夫去世，子女均体健。

个人史：出生并生长于原籍。未到过疟疾、肺吸虫、血吸病等流行病疫区。无化学、放射及毒物接触史；不饮酒，无吸烟嗜好。

家族史：家人健康，无相同疾病及家族遗传病等病史。

心理状态：患者紧张、合作，担心手术是否成功及术后康复效果。

体格检查

:体温：38℃

脉搏：130次/分

呼吸：25次/分

血压：98/78mmHg

一般情况：发育正常，营养中等，神志清楚，急性病容，自动体位，检查合作。

专科情况:痛苦面容，全腹膨隆、无可触性包块，无静脉曲张，脐部无溃疡、流脓，上腹部肌紧张，全腹压痛（+）、反跳痛（+），无振水音，全腹叩诊鼓音，胃泡鼓音区存在，肝浊音界存在，移动性浊音阴性，肠鸣音弱，腹部无过度回响；无胃区振水声，无血管杂音。

辅助检查：腹部CT：腹腔大量游离气体，提示消化道穿孔，右半结肠穿孔可能性大。入院完善相关检查血常规、肝肾功、离子，凝血四项术前8项，心电图，胸片未见明显异常，无手术禁忌症。

四、入院治疗经过

病人住院时间

时间

处理

入院当天

全麻行“剖腹探查：右半结肠切除+肠粘连松解+回结肠造瘘+腹腔引流术”

2024-06-181、入院评估，监测生命体征告病重、禁食水、胃肠减压、导尿、抗感染、补液对症治疗等。

2、积极完善术前准备，拟急诊手术

入院第二天

2024-06-19

术毕转ICU

入院第五天

术后第三天

2024-06-22

ICU转入我科继续治疗

1、流质饮食，记24h出入量，监测CVP2、q1h监测生命体征及血氧饱和度监测直至平稳

3、注射用哌拉西林舒巴坦3.75g

q8h消炎，雷贝拉唑20mgbid护胃

4、三升袋补液扩容，维持电解质平衡

5、肠内营养粉补充营养

6、理疗快速康复

7、观察腹部切口敷料干结无渗液，造口有无排气排便，造口周围皮肤、粘膜

9、观察各类管道引流颜色，量，性状

10、复查血常规、降钙素原、凝血、电解质等

术后第四天

2024-06-231、鼓励下床活动

2、更换伤口敷料、更换造口袋

3、纠正贫血，予红细胞悬液2u输注

4、输注白蛋白

5、疾病相关知识宣教

术后第五天

2024-06-241、撤除心电监护

2、口服嗜酸乳杆菌，鸦胆子油、艾普拉唑、安康欣

3、伤口负压持续吸引

4、呋喃西林膀胱冲洗

术后第六天

2024-06-251、停记出入量、监测CVP

术后第七天

至

术后第十天

2024-06-26至2024-06-281、拔除尿管，及相关引流管

2、复查血常规、降钙素原、电解质等

3、疑难造口伤口护理

4、疾病相关知识宣教

术后第十一天

2024-06-291、纠正贫血，予红细胞悬液1.5u输注

2、进半流质饮食

术后第十二天

至

术后第十五天

2024-06-30

至

2024-07-051、停静滴抗生素、护胃、三升袋、白蛋白等药物

2、复查血常规、降钙素原、电解质等

3、疑难造口伤口护理

4、疾病相关知识宣教

术后第十六天

至

术后第二十天

2024-07-06

至

2024-07-101、病人病情平稳

2、病人进普通饮食

3、疑难造口伤口护理

4、教会患者及家属更换造口袋

术后第二十一天

至

术后第三十四天

2024-07-11

至

2024-07-241、伤口愈合2、造口并发症改善

3、患者及家属已掌握造口袋更换

4、拟明日出院

术后第三十五天

2024-07-251、协助患者办理出院

2、予出院健康宣教

五、护理问题措施

P1有体液不足的危险

与术中失血，体液大量丢失，术后禁食放置胃肠减压及引流管有关。

（1）护理目标：病人保持体液量平衡

（2）护理措施

1)评估病人体液状况及术后有无出血，包括监测患者面色，皮肤弹性，口干情况，血压，心率，尿量，切口敷料及引流情况等。

2)

病人术后如有出血倾向，立刻通知医生给予处理。

3)遵医嘱给予补液，并根据病情变化追加液体量。

4)

准确记录24小时出入量。

（3）护理评价：患者未出现体液不足的症状。

P2疼痛

与手术所致的组织损伤，切口疼痛，留置引流管牵拉有关。

（1）护理目标：避免增加病人疼痛的因素，保证情绪稳定及充足睡眠。

（2）护理措施

1）

协助患者采取相对舒适的卧位，给患者提供良好的病房环境。

2）

术后通过镇痛泵止痛，剂量根据患者主诉疼痛程度予以调节。

3）

患者咳嗽时，用双手协助按压切口，避免伤口震动引起疼痛。

4）

鼓励患者表达其疼痛的感受，用同情安慰和鼓励的态度支持患者，并运用转移注意力的方法如与其聊天，听音乐等方式。

5）

妥善固定导尿管及引流管，保持引流管通畅，避免引流管移动、牵拉所引起的疼痛。

（3）护理评价：患者能够配合护士给予缓解疼痛措施的方法。

P3营养失调

:

低于机体需要量

与与癌肿消耗，手术创伤营养摄入不足有关

（1）护理目标：保证患者日常营养需求。

（2）护理措施

1）

根据医嘱补充各类液体，合理安排补液顺序。

2）

禁食期间遵医嘱予以肠外营养，保证输液通畅，必要时输血浆。

3）

指导病人合理进食，摄入含足够能量、蛋白质和丰富维生素的饮食，有利于伤口愈合。少量多餐，从流质、半流质过渡到正常饮食。（3）护理评价：患者基本营养能够保证，未出现营养不良症状。

P4焦虑：与确诊癌症，担心疾病久治不愈，手术后形像改变有关

(1）护理目标：减轻患者焦虑情绪。

（2）护理措施

1）热情接待患者，介绍病区环境及住院相关规章制度，介绍经管医生、责任护士及适于沟通的病友，拉近与患者的距离。

2）提供安静的环境，减少不良刺激，注意休息，保证充足睡眠。

3）指导家人加强陪护，安慰关心病人，耐心讲解病人提出的问题

4）患者及家属介绍相关疾病，列举成功病例，或介绍同类疾病患者现身说法，激发患者以自信的心理对待疾病，以良好的心态配合治疗

（3）护理目标：患者熟悉环境，配合治疗，焦虑减轻。

P5自我形象紊乱：与行肠造口后排便方式改变有关

(1）护理目标：建立对形象的正确认识，适时调节心理状态，指导患者正视造口并适应新的排便方式

（2）护理措施

1）指导患者正面想象，接受现实，提高社会认同感

2）进行健康宣教，提高患者对疾病的认识，积极配合治疗

告知患者手术成功，鼓励其继续治疗，3-6个月后可进行造口还纳

3）获得家属的心理支持，使其保持乐观稳定的状态

（3）护理评价：患者能正视造口并适应新的排便方式使，建立对形象的正确认识，适时调节心理状态

P6潜在并发症

切口感染、出血、压疮、血栓、造口周围皮肤并发症

（1）护理目标：严密观察有无并发症，一旦发现立即协助医生予处理。

（2）护理措施

1）

观察患者生命体征变化尤其是血压和心率变化。

2）

保持腹腔引流管的通畅，观察引流液色量质，如出现颜色鲜红，引流量异常增多应立刻通知医生做出处理。

3）

早期下床活动,运用理疗，预防血栓、压疮的发生

4)正确更换造口袋，防止并发症发生

（3）护理评价：患者未出现出血、压疮、血栓并发症。

P7知识缺乏

缺乏疾病相关知识，造瘘护理知识

（1）护理目标：病人能说出相关康复知识的内容。

（2）护理措施

1）指导病人注意休息，适当的户外活动，劳逸结合，逐渐恢复体力。同时保持良好的心理状态。

2）指导病人合理进食，摄入含足够能量、蛋白质和丰富维生素的饮食，有利于伤口愈合。少量多餐，从流质、半流质过渡到正常饮食。

3）给患者讲解相关知识，日常护理注意事项。

4）指导患者及家属加强造口周围皮肤的护理，帮助病人正视并参与造口护理

①

护理造口时边讲解，教会患者自我护理

②

指导患者学会造口扩张。

③

提供造口病人饮食方面的知识。

（3）护理评价：患者对疾病知识了解增加，家属了解造口护理知识

六、健康宣教

（1）合理安排饮食，多食水果，蔬菜、多饮水，避免高脂饮食。避免易产气体食物：萝卜、豆类、乳制品、啤酒、坚果类、含碳酸盐饮料等，避免易产臭味的食品葱、洋葱、蒜、萝卜、韭菜，避免易导致腹泻的食品咖喱粉、牛奶、冷食，避免易导致造口堵塞的食品高膳食纤维食品、芹菜、玉米、果皮、根茎类蔬菜、干果类食品、辛辣食品、各种酒类，禁狼吞虎咽!

（2）保持心情舒畅，生活规律，充足睡眠，注意保暖。

（3）术后1-3个月勿参加重体力劳动，注意劳逸结合。

（4）定期随访，一般3-6个月复查一次。化疗的病人，要定期检查血常规，尤其白细胞和血小板计数。

七、总结

通过此个案将整体护理和个性化照护贯穿整个护理工作的模式，评估计划措施评价贯穿于临床护理实践全过程，不间断的，全面的，以人为本的优质性护理，加强了护患交流，密切了护患关系，全人护理的理念应用于临床护理实践护理当中，让病人感到住院期间安全、被关顾，有支持，非常满意。通过学习了结肠癌患者的护理，了解了很多有关人造肛门的相关知识，知道它给患者生活带来了很多不便，如果患者不能有效的进行自我护理，那么手术仅成功了一半，如果患者能自我护理造口她的尊严也能得到维持，也是患者康复后再投入社会生活的关键，所以我们要鼓励患者自行掌握造口的护理方法，术后易出现伤口出血、伤口感染、压疮、血栓、造口周围皮肤等并发症，对症护理和持续康复教育指导，使患者获得了相疾病的知识并愉快积极的配合治疗，以最短时间获得最满意的康复。病人对护理工作的充分肯定，护理人员的责任心得到升华，充分体现护理专业专业价值。更重要的是我们在临床实践中不断的积累经验，不断地积累经验，不断的改善服务，不断提高专业护理知识，改善我们护理水平，促进高素质的护理，促进护理学科的不断发展。

八、参考文献

[1]韦金磊、张森.结直肠癌的临床治疗进展[J].中国临床新医学.2024(02)

[2]李惠君.早期大肠癌内镜下治疗与手术治疗的比较研究[J].中国医药科学.2024(11)

[3]李乐之、路潜.外科护理学[M]

.人民卫生出版社，2024.45，51-58，497-507.[4]陈小平、汪建平.外科学[M]

.人民卫生出版社，2024.394-410.[5]李小寒、尚少梅.基础护理学[M]

.人民卫生出版社，2024.305-308，475-482，489-494.

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找