

溃疡性结肠炎合并肛周脓肿患者的临床护理探讨

钟 辰 张亚男^(通讯作者)

中日友好医院 北京 100029

【摘 要】目的：探究溃疡性结肠炎合并肛周脓肿的综合护理方案，分析斯旺森关怀理论在该类患者护理中的应用效果。方法：以1例8年溃疡性结肠炎病史并发肛周脓肿手术患者为研究对象，梳理患者诊疗全过程，围绕创口护理、排便调控、疼痛干预、心理疏导、并发症防控开展个体化专科护理，融合斯旺森关怀理论实施身心一体化护理。结果：经规范化综合护理，患者肛周创面逐步愈合，肠道炎症控制平稳，焦虑情绪明显缓解，住院10天后顺利出院；出院1个月随访，创面完全愈合，无肛周脓肿复发、黏液脓血便反复发作表现。结论：对溃疡性结肠炎合并肛周脓肿患者实施多维度专科护理，并结合斯旺森人文关怀干预，能够加速创面修复、稳定原发病病情、改善心理状态，可为同类病例临床护理提供实践参考。

【关键词】：溃疡性结肠炎；肛周脓肿；炎症性肠病；外科护理；斯旺森关怀理论

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.089

1 引言

溃疡性结肠炎属于慢性免疫相关性结直肠病变，病程迁延、反复发作，肠道黏膜持续性破损会破坏肛隐窝生理防御能力，继发肛腺感染后极易形成肛周脓肿。肛周局部感染与肠道原发病相互影响，肛周炎症会加重结肠黏膜炎性损伤，而肠道反复病变又会造成肛周感染反复发作，双重病变严重影响患者手术恢复、身心健康与远期生活质量。临床在抗感染、外科手术对症处理基础上，开展个体化专科护理是促进创面愈合、减少原发病复发、改善不良心理状态的重要举措。本文结合临床实际收治病例，围绕疾病基础知识、患者诊疗经过、护理重难点及针对性干预措施展开总结，结合斯旺森关怀理论探讨新型护理思路，为此类合并症规范化护理提供临床参考。

2 疾病相关基础概述

2.1 溃疡性结肠炎疾病特点

溃疡性结肠炎发病受遗传易感、自身免疫紊乱、肠道菌群失衡内在因素影响，饮食不洁、肠道细菌感染、环境气候变化等外界诱因可诱发病情急性发作。临床症状分为消化道、全身及肠外多系统表现，消化道以反复腹痛、慢性腹泻、黏液脓血便、里急后重为典型特征；重症患者可出现高热、贫血、低蛋白、电解质紊乱等全身表现，长期患者常伴随失眠、情绪焦虑等自主神经功能紊乱，部分患者合并口腔溃疡、关节损害、眼部脉络膜炎等肠外并发症。疾病活动期实验室检查可见白细胞、C反应蛋白、血沉指标升高，粪便镜检存在大量红细胞与脓细胞；结肠镜联合病理活检是临床确诊本病的金标准。临床治疗分为营养支持、药物保守、外科手术三类：急性发作期嘱卧床休息，选用低脂少渣饮食，及时补充电解质与维生素；美沙拉嗪作为一线基础用药，病情急性加重阶段短期联用糖皮质激素；若出现消化道大出血、肠穿孔、可疑癌变、内科保守治疗无效时，需采取全结肠切除手术干预。

2.2 溃疡性结肠炎与克罗恩病鉴别

溃疡性结肠炎、克罗恩病同归属于炎症性肠病范畴，但病理特点与临床表现差异显著。溃疡性结肠炎病灶呈连续性分布，病变多由直肠始发并向上蔓延，脓血便表现突出，肠腔狭窄、肛周瘘管发生率较低，内镜下可见黏膜广泛充血、浅表糜烂溃疡；克罗恩病病变呈节段性跳跃式分布，病灶好发于末端回肠，典型脓血便少见，易出现肠管偏心性狭窄、腹腔炎性包块及肛周瘘管，病理检查可见特征性非干酪样肉芽肿，以上特征可作为两种疾病鉴别要点。

2.3 肛周脓肿疾病特征

肛周脓肿多因肛隐窝藏匿粪便引发肛腺细菌感染，炎症沿肛周软组织间隙扩散形成脓性病灶，少数病例继发于炎症性肠病、肛周外伤。患者主要表现为肛周局部红肿疼痛、皮下硬结，感染较重时伴随全身发热，脓肿自行破溃后迁延不愈易形成肛瘘。病变未化脓阶段选用抗生素抗感染、中药坐浴、缓泻药物保守治疗；脓肿完全形成后需行切开引流或一次性根治术。溃疡性结肠炎患者因肠道黏膜长期炎性糜烂、粪便性状异常，是肛周脓肿的高发群体。

3 临床病例资料分析

3.1 病例基本资料

患者男，30岁，上海籍在职职员，2024年7月5日因肛周肿痛4天入院，既往溃疡性结肠炎病史8年，既往在上海频繁急性发病，迁居北京后肠道发作频次有所下降。入院专科查体：截石位9点位肛周皮肤红肿，无破溃渗脓，患处触痛明显，齿线位置直肠黏膜充血水肿；入院血常规：白细胞 $15.62 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞占比82.9%、超敏C反应蛋白 $150.46 mg/L$ ，各项炎症指标显著升高，提示肛周急性化脓性感染。

3.2 诊疗经过

入院当日于局部麻醉下行肛周脓肿切开引流术，术中引出淡黄色脓性分泌物；术后予以头孢曲松抗感染、凯纷镇痛、矛

头蝮蛇凝血酶止血静脉给药,口服乳果糖、六味安消胶囊润肠通便,枯草杆菌二联活菌胶囊调节肠道菌群,地奥司明片改善肛周组织水肿,联合中药坐浴、康复新液创面外敷促进肉芽组织生长。7月8日在全麻下追加痔切除+肛周脓肿根治术,术后首日患者腹胀、无自主排便,经肠道调理药物对症干预后次日恢复规律排便,每日排便1次。7月15日患者创面恢复良好准予出院,出院医嘱清淡饮食、定期门诊换药,择期复查结肠镜。

3.3 疾病风险提示

溃疡性结肠炎合并肛周脓肿患者的感染易沿肛周多间隙蔓延,病情进展可诱发坏死性筋膜炎、全身性感染甚至感染性休克,临床护理需动态监测全身炎症指标与创面愈合情况,同步管控肠道原发病与肛周局部感染。

4 临床护理难点与针对性护理措施

4.1 护理难点总结

(1) 原发病管控难度大: 饮食、环境、情绪波动均可诱发溃疡性结肠炎急性发作,腹泻、便血极易污染肛周手术切口,提升切口二次感染风险;

(2) 心理护理干预困难: 慢性疾病久治不愈叠加肛周术后创口剧痛,患者易滋生焦虑、悲观情绪,负面情绪又会反向抑制机体免疫,加重结肠炎症,形成恶性循环;

(3) 饮食调配个体化要求高: 溃结需低渣易消化饮食,肛周术后需饮食软化粪便,两类饮食要求相互制约,患者个体耐受度差异较大;

(4) 并发症防控繁琐: 既要预防术后切口出血、尿潴留、便秘等外科并发症,还要警惕溃结所致肠穿孔、消化道大出血、顽固性腹泻等危重内科并发症;

(5) 长期用药依从性偏低: 病程漫长叠加药物不良反应,部分患者擅自停药,诱发溃结反复急性发作,肛周脓肿反复发作破溃。

4.2 针对性护理诊断与护理对策

(1) 疼痛护理: 疼痛由肛周脓肿及外科手术创伤共同引发,指导患者采取健侧卧位,减少创面受压牵拉;便后使用39~41℃药液温水坐浴,单次10~20min;借助数字疼痛评分法动态评估疼痛程度,轻度疼痛通过体位调整、注意力转移缓解,中重度疼痛遵医嘱使用镇痛药物,每日观察创面红肿、渗液变化,预防感染加剧疼痛。

(2) 切口出血预防护理: 术后24h创面敷料加压包扎止血,嘱患者卧床制动,避免早期下床大幅度活动;术后首日严格控制排便,出现强烈便意时遵医嘱使用开塞露辅助排便;定时查看敷料渗血情况,监测患者面色、心率变化,一旦出现心慌、敷料大面积渗血立即通知医师紧急处置。

(3) 便秘护理: 多数患者因惧怕排便疼痛刻意节食,需

开展健康宣教纠正错误认知,合理添加蜂蜜、植物油等润肠辅食;遵医嘱规律服用缓泻药物;日常指导规范提肛训练,改善肛门括约肌收缩功能,助力顺畅排便。

(4) 术后尿潴留护理: 手术麻醉刺激、肛周切口疼痛易引发尿道痉挛、排尿困难,优先采用下腹部热敷、聆听流水声、温水坐浴等物理方式诱导排尿;同步疏导紧张情绪,物理干预无效时遵医嘱留置导尿管,通过间歇夹管训练膀胱功能后择期拔管。

(5) 焦虑情绪护理: 系统化开展健康科普,向患者讲解溃疡性结肠炎与肛周脓肿的发病关联、手术预后及居家护理要点;增加床边巡视频次,及时解答患者疑虑,动态追踪情绪变化,缓解患者对创面不愈、原发病复发的担忧。

(6) 潜在并发症防控护理: ①腹泻防控: 落实低渣、高蛋白、易消化饮食方案,严格禁食乳制品;重度腹泻患者短期予以肠外营养补液支持;便后温水轻柔清洁肛周皮肤,避免粪便浸渍造成创面糜烂;②危重肠道并发症防控: 宣教饮食卫生,禁食生冷、辛辣刺激食物,做好腹部保暖;教会患者识别黑便、持续性剧烈腹痛等大出血、肠穿孔预警表现,掌握紧急就诊指征,养成规律排便习惯。

5 护理新进展与体会

5.1 炎症性肠病与心理疾病关联性新认知

炎症性肠病患者焦虑患病率可达健康人群的3倍,抑郁患病率为健康人群2~4倍,疾病活动期心理异常发生率远高于病情缓解阶段。不良情绪能够干扰机体免疫调节、改变腹腔压力,进一步加重结肠炎性病变,形成“肠道炎症-心理障碍”恶性循环。此类患者常伴随莫名恐慌、精神紧绷、社交回避、顽固性失眠、兴趣减退等表现,临床护理需打破传统单一躯体护理模式,推行生理、心理一体化综合干预。

5.2 基于斯旺森关怀理论的新型护理模式应用

结合斯旺森关怀五大维度(知晓、共处、代替做、赋能、保持信念)制定身心兼顾的个体化护理方案: ①知晓: 初次沟通建立护患信任,全面收集患者既往病史、心理诉求、饮食耐受特点;②共处: 耐心倾听患者倾诉负面情绪,给予持续性情感陪伴;③代替做: 定制专属护理计划,落实睡前音乐放松、每日10min正念呼吸训练、个体化膳食搭配;④赋能: 及时肯定患者遵医行为,循序渐进培养自我疾病管理能力;⑤保持信念: 依托病友交流分享,搭建康复沟通平台,帮助患者树立长期抗病信心。该护理模式可有效改善炎症性肠病患者焦虑抑郁状态,减少溃疡性结肠炎急性发作频次。

5.3 临床护理体会

溃疡性结肠炎合并肛周脓肿属于全身性慢性疾病继发局部肛周并发症,临床护理不可将两种疾病割裂处理。短期护理重点围绕肛周手术创面,做好止痛、止血、排便管理;长期护

理以溃疡性结肠炎慢病管控为核心,落实饮食管控、用药督导与心理干预。将斯旺森关怀理论融入全周期护理,从生理、心理双重维度实施干预,是优化远期护理效果、提升患者生活质量的重要发展方向。

6 出院指导

嘱患者出院后全休2周,坚持清淡无刺激饮食,严格禁酒;

日常保持大便松软通畅,按时前往门诊创面换药;规律服用溃疡性结肠炎控制药物,严禁自行增减药量或停药;遵医嘱定期复查结肠镜,若出现肛周肿痛加剧、反复黏液脓血便、持续性剧烈腹痛需立即入院就诊。

随访补充:出院1个月电话随访,患者大便成形无脓血,肛周创面完全愈合,无脓肿复发,情绪平稳,可正常参与工作。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中国实用内科杂志,2018,38(9):796-813.
- [2] 赵欣.基于焦虑认同联合 Swanson 关怀理论的护理干预在溃疡性结肠炎伴焦虑抑郁患者中的应用[J].医学理论与实践,2024,37(9).
- [3] 高恒.溃疡性结肠炎患者中优质护理的应用研究[J].中国卫生标准管理,2018(20).
- [4] 艾中立.肛门周围脓肿的诊断与治疗原则[J].中国实用外科杂志,2001(11).
- [5] 赵昌东,赵红艳,柯希权,等.焦虑与抑郁心理对溃疡性结肠炎患者神经内分泌免疫的影响研究[J].中国全科医学,2020,23(2):234-239.