1 例精神分裂症合并升结肠癌术后恶性肠梗阻患者的护理

方金玲[1]　祝红燕[2]
1.永康市第三人民医院 浙江 金华 321300
2.浙江省立同德医院 浙江 杭州 310012

【摘　要】：总结 1 例精神分裂症合并升结肠癌术后并发恶性肠梗阻患者的综合护理经验。护理要点包括：人文关怀理念下暴力风险分层管控、分阶段肠梗阻精细化专科护理、子午流注择时肠内营养支持等特色干预方案。经过规范化治疗和综合护理，患者 60 天后症状缓解，予以出院。

【关键词】：精神分裂症；结肠肿瘤；肠梗阻；护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.018

精神分裂症患者长期服用抗精神病药可通过抗胆碱能等作用抑制胃肠蠕动，增加便秘、粪便嵌塞、麻痹性肠梗阻、肠麻痹风险，严重时可进展为肠梗阻、坏死性结肠炎、穿孔等[1-2]。结肠癌术后因粘连、纤维化、既往手术相关改变等原因，再次发生肠梗阻的风险升高[3]。长期服用抗精神病药物叠加升结肠癌术后解剖改变，极易诱发恶性肠梗阻[4]；恶性肠梗阻是晚期肿瘤患者常见终末期事件，20%的肿瘤最终发展为恶性肠梗阻[5]。此类患者精神症状与躯体症状交织、药物治疗存在内在矛盾、患者依从性和自我管理能力差、多学科协作要求高，且病情进展快、并发症重，同时精神冲动行为及被害妄想会严重干扰胃肠减压、禁食、补液等专科治疗，多重慢病叠加导致营养、精神症状加重、胃肠道并发症多维度风险，护理难度显著高于单一疾病患者。2025 年 12 月本科室收治 1 例精神分裂症合并升结肠癌术后恶性肠梗阻案例，经过积极治疗及护理，住院 60 天后好转出院，经过 3 个月随访，患者状态良好。现将护理体会报告如下：

1 病例简介

1.1 病历资料

患者陈某某，男，55 岁，因“胡语、行为乱 36 年，加重一周”于 2025 年 12 月 31 日由民警护送入院。患者 36 年前开始无明显诱因下出现胡语，大喊大叫，自语、自笑，当时在我院住院治疗，药物予氯氮平片、舒必利片口服治疗，出院后能坚持服药，正常工作。2015 年 5 月在永康市第一人民医院住院治疗，诊断“升结肠癌（T4aNOMO、II 级 B 期）”，于全麻下行“腹腔镜探查：根治性右半结肠切除术＋氟尿嘧啶腹腔化疗”，术后恢复可，目前长期服用“复方斑蝥胶囊”。入院查体：T 37.0℃，R 20 次/分，P 100 次/分，BP 120/87mmHg，体重 55kg，身高 167cm。表现话多、语速快，讲个不停，在外乱走，劝其吃药就打母亲，称有人要害自己，双下肢、双上肢严重凹陷性水肿。基础评估：Morse 跌倒风险评分 20 分，Braden 压疮评分 22 分，噎食风险 0 分，BI 自理评分 90 分，精神病人护理观察量表 32 分，改良早期预警评分 0 分；DASA 评分 6 分，暴力行为风险III级高风险，出走低风险，自杀低风险。营养筛查存在缺铁性贫血风险。血常规：淋巴细胞比率 17.4%↓，红细胞计数 4.16×10^{12}/L↓，血红蛋白 104g/L↓，红细胞压积 32.2%↓，平均红细胞体积、血红蛋白含量均降低；血清淀粉样蛋白 24.1mg/L 轻度升高；血糖 7.2mmol/L；总蛋白 61.4g/L↓；钾 4.57mmol/L；CT 示：肠梗阻表现；结肠术后？结肠内容物较多。诊断：精神分裂症、恶性肿瘤个人史、肠梗阻、缺铁性贫血、胃肠功能紊乱、水肿、便秘。

1.2 治疗与转归

患者入科后医嘱予一级护理，防冲动，实施“急性期—缓解期—康复期”分阶段精细护理；给予呋塞米片、螺内酯片利尿消肿，生血宝合剂改善贫血，碳酸锂缓释片、奥氮平片等控制精神症状。急性期医嘱予禁食禁水、留置胃管、胃肠减压、心电监护，静脉补液纠正脱水。梗阻缓解后遵循人文关怀下子午流注择时肠内营养护理，营养状态逐步改善，总蛋白从入院时 61.4g/L 上升至 77.4g/L。全程严密监测腹部体征、精神行为、营养及实验室指标；择时穴位按摩促肠蠕动。经过多学科团队精心治疗和护理，患者精神症状逐渐缓解，未发生冲动暴力行为，肠梗阻解除，饮食逐渐恢复，营养改善，住院 60 天后病情好转出院，出院后随访 3 个月，病情稳定，未发生并发症。

2 护理

2.1 人文关怀理念下暴力风险分层管控

患者自知力缺失、离异家庭照护压力大，长期受妄想困扰，恐惧、抵触治疗、有冲动行为，人文关怀理论下暴力的保护性约束护理突出人文关怀，强调对患者的保护，相较常规护理更注重患者疾病治疗期间整体舒适度的改善，可强化患者社会功能[6-7]。依据暴力风险评分实施三级分层安全管控，逐级落实专科化、个体化干预措施，在患者一览表上以三角标记及病区白板颜色提示（红-高风险、黄-中风险、绿-低风险），实现可视化风险标识[8]：

（1）III级（红-高风险：发生动手伤人，暴力风险评分高危）。患者入院时，DASA（Dynamic Appraisal of Situational Aggression）评分 6 分，暴力风险评分III级，安置于重症监护病房，专人看

护。急性期通过“Talk Down”技术[9]，由经过训练的工作人员通过非对抗性言语与非语言沟通，主动建立联系、识别需求、验证感受、设定清晰界限并提供选择，从而帮助患者恢复情绪调节、降低攻击行为风险，在安全前提下完成“澄清—共情—协商—解决”的闭环，并贯穿持续风险评估与自我情绪调控。仍不能解决时，经主治医师确认约束的必要性，遵医嘱实施短期保护性约束，与患者及其家属签署保护性约束知情同意书，明确约束患者腕部及踝部，约束过程中确保患者肢体处于功能位，衬垫棉垫，约束松紧以伸入 1-2 指为宜，兼顾四肢水肿情况，适度调松约束带并重点观察末梢血运、皮温、肿胀与皮肤完整性；每 30 分钟巡视评估约束安全性、肢体循环与情绪状态，多与患者交流，关心其生理需求及言语安抚工作；每 2 小时松解约束并协助肢体活动、局部减压按摩，满足生理与舒适需求；患者情绪稳定后及时告知医生并解除约束。操作后及时情绪疏导与认知安抚，激越控制、风险解除后立即解约，共同探讨约束原因，降低对抗心理；6 天后 DASA 评分 3 分，转入分层安全管控序贯管理。

（2）II级（黄-中风险：出现握拳、威胁陪护，暴力风险评分中危）。患者入院第 7 天，DASA 评分 3 分，暴力风险评分Ⅱ级，安置于重症区，加强巡视，每 30min 一次，启动结构化言语降阶干预：第一步：界定安全边界（delimit），保持安全沟通距离 1.5-2m，侧身站立，双手置于身前，不逼近；第二步：澄清诉求（clarify），采用短句、中立、安抚性语言评估情绪与行为动向，承认患者的情绪体验；第三步：寻求解决方案（resolve），提供选择，给出能替代方案；第四步:自我情绪调控（control oneself），让患者学会深呼吸，短暂停顿，学会自我管理情绪，从而降低升级为强制措施的可能性。在轻度激动且具备基本情感感知能力时，采用“握手式约束”——由护士轻握 1–3 根手指代替传统腕部紧缚，同时进行情感交流，传递尊重与临时安全感。20 天后，DASA 评分 1 分，转入Ⅰ级管理。

（3）I级（绿-低风险：多疑、言语抵触，暴力风险评分低危）。患者入院第 21 天，DASA 评分 1 分，暴力风险评分I级，安置于康复区，维持常规巡视每 60min 一次，环境安全管理，允许患者在病房放置自己喜欢的物品（确保无安全风险）；减少声光刺激，保持病房安静有序，持续巩固温和沟通与正向引导，促进行为自控与治疗依从。以非对抗性治疗性沟通为核心，接纳患者被害妄想体验。患者存在被害妄想，总是说保姆要害他，对他下毒，不配合治疗。摒弃直接否定妄想的传统沟通方式，采用共情接纳沟通法，从根源上减少患者对抗行为，实现无强制约束下完成治疗操作[10]。60 天后患者出院，期间未发生冲动伤人事情。

2.2 分阶段肠梗阻精细化专科护理

精神分裂症患者不能主动描述躯体不适、不能配合肠梗阻相关治疗和护理，实施“急性期—缓解期—康复期”分阶段精细护理[11-12]：急性期以禁食、胃肠减压、肠外营养、安全管理及严密监测腹部体征和生命体征为主；缓解期在症状改善后逐步恢复经口摄入，优先肠内营养并动态调整；康复期以营养重建、便秘预防、精神科药物安全管理、家庭照护培训和长期随访为重点，降低复发与再梗阻风险。

2.2.1 急性期禁食管控

遵医嘱禁食禁饮不禁药，留置胃管、胃肠减压。

（1）胃肠减压：操作时先对患者做好告知，多人协助妥善固定患者头部，把下巴贴合胸前，目的是增大咽喉部通道弧度，封闭气管，便于胃管顺利进入食管，防止误入气管，放置胃管后双重牢固固定。第一道采用工型胶布于鼻翼做基础固定；第二道使用高举平台法固定于面颊或止血带穿入绳子经耳后枕后活结加固。做好深度标记，松紧适宜，每班核查管道刻度及局部皮肤情况，做好口腔护理。调节负压-50～-70mmHg，定时观察记录引流量、颜色、性质，观察腹胀情况。喂药前暂停负压吸引，将药物研碎溶解，抽取药液缓慢注入胃管内，再注入适量温水冲净管道，给药之后夹闭胃管 15-20 分钟，之后重新开启胃肠减压。

（2）穴位按摩：中医师评估后，患者舌苔薄白，脉弦，属脾胃气滞证。以择时穴位按摩促肠蠕动[13]，每日辰时（7:00-9:00）、未时（13:00-15:00）取中脘、天枢、足三里、太冲四穴，每穴按揉 2 分钟，稍用力深按，以患者酸胀得气为宜，促进胃肠蠕动。

（3）支持性治疗：采用营养风险筛查量表评估患者的营养需要和营养风险。根据评估结果选择进行个性化肠道外营养治疗[14]。经锁骨下深静脉置管行肠外营养，个体化配置肠外营养液包括但不限于使用葡萄糖、脂肪乳、支链氨基酸、维生素及矿物质，补充包括氮 7g、脂肪酸 50g，供给 1.2g/（kg·d）蛋白质 30kcal/（kg·d）能量，总液体量为 3L，速度控制在 60ml/L。每日监测体重、血糖，及时补充铁剂、升白药物、维生素，纠正贫血。遵医嘱严格记录 24 小时出入量，维持尿量＞0.5ml/kg/h。

（4）预防非计划性拔管：关注患者冲动、被害妄想情况，30min 巡视一次，有拔管风险时遵医嘱保护约束。

（5）病情观察：每日进行腹部视诊、触诊、叩诊、听诊。监测体温、脉搏、呼吸、血压，警惕感染、休克、肠缺血或穿孔等高危情况。3 天后患者肛门自主排气排便、肠鸣音恢复，未发生非计划性拔管。

2.2.2 缓解期阶梯饮食康复

患者肠梗阻解除后，启动序贯饮食，患者禁食 3 天及叠加肿瘤消耗、缺铁性贫血，营养流失严重，组建护理、医疗、营养、中医等多学科营养小组，制定基于子午流注理论[15]的阶梯

式择时营养支持干预方案为其提供均衡、适量的营养支持，从而改善其营养状态和生活质量。

（1）肠内鼻饲阶段：以患者的年龄、体重、身高等数据为基础，计算每天的能量代谢情况；以其卧床系数为基础，计算每天的能量需要量，将患者的目标进食能量控制在 126.5~146.4kJ。实施个体化肠内营养[16]：a.自制肠梗阻患者营养液，主要食品有鸡蛋、米饭、米粉、大豆等，并添加膳食纤维，多种维生素，鼻饲前或鼻饲过程中，营养液保持恒温。b.开始肠内营养之前，先用胃管注射 50ml 浓米汤，注射过程中注意观察患者的状况，并听诊患者的肠鸣音，如果患者能够忍受，可以使用自制的营养液。第 1 天用 1/3 的量，第 2 天用 1/2 的量，之后慢慢增加到全量，与肠外营养交替，肠内逐渐增加，肠外逐渐减少。调整营养液能量密度 4.18~5.02kJ/ml，每次鼻饲液量保持 280ml 左右，鼻饲 5 次/d，分别于卯时(5:00—7:00 大肠经）、辰时(7:00—9:00 胃经）、巳时(9:00—11:00 脾经）、未时(13:00—15:00 小肠经）、酉时(17:00—19:00 肾经)分时段。根据患者的具体情况适当调整营养液的浓度、速度和剂量。

（2）经口进食阶段：5 日后添加研磨软烂果蔬米糊、鸡蛋羹等，15 日正常软食。全程监测 NRS2002 营养风险评分，患者出院前营养风险降至中危，总蛋白 61.4g/L 上升至 77.4g/L。大便每两日一解，质软，成形通畅。体重维持稳定 55kg。

2.2.3 康复期护理

（1）营养重建与便秘预防：制定个体化饮食计划，保证宏量和微量营养素均衡，避免产气食物，减少腹胀[17]，饮食上优质蛋白优先选用鱼、蛋、瘦肉、豆制品；碳水优选温和易消化主食，不宜过多粗杂粮；补充钾、镁等微量元素，预防便秘同时警惕电解质紊乱，规避豆类、洋葱、红薯、碳酸饮料、萝卜等易产气食物，减少肠道产气，减轻腹胀不适，少量多餐，细嚼慢咽，增加饮水量每天 1500ml，促进规律排便。每周进行便秘筛查，使用 8 项便秘评估量表（CAS）工具，早期发现便秘并及时干预。

（2）精神科药物安全管理：嘱患者出院后按时按量服药，第 2 周、1 个月、3 个月随访检测肠功能、血药浓度，营养状态，精神状态。教育患者及家属早起识别药物引起的胃肠道功能障碍信号，如腹胀、排便减少、食欲下降等，并强调及时就医的重要性。

（3）家庭照护与长期随访：鼓励家属参与照护，一对一开展家庭教育培训，内容包括病情观察、饮食指导和应急处理[18]。重点强调家属需在日常生活中协助患者落实“管住嘴、迈开腿、盯排便、识危险”四项核心护理原则：督促患者做到少食多餐、细嚼慢咽，严格避免进食糯米、坚果、粗纤维等难消化及生冷刺激性食物；鼓励患者饭后适度散步以促进肠道蠕动、防止粘连；每日密切观察并记录患者的排气与排便情况以保持大便通畅；同时，家属需高度警惕病情变化，一旦发现患者出现“痛（腹痛）、吐（呕吐）、胀（腹胀）、闭（停止排气排便）”等典型梗阻信号，须立即协助患者禁食禁水并紧急就医。建立出院随访计划，定期复查腹部情况、营养指标和精神状态：①出院后第 2 周、1 个月、3 个月随访；存在反复便秘、腹胀高危者缩短随访间隔。②腹部：排便频率、CAS-8 便秘量表评分、腹胀腹痛；营养：体重、白蛋白、血红蛋白、钾钠氯电解质；精神：PANSS 量表、服药依从性、睡眠情况。

3 小结

本例患者为精神分裂症合并升结肠癌术后恶性肠梗阻，多重慢病交织导致护理面临三重核心难点：精神症状干扰治疗配合、躯体症状主诉不清易漏诊、营养支持与肠道功能恢复存在内在矛盾。本次护理的核心创新在于：①采用人文关怀理念下暴力风险分层管控，通过三级可视化干预、“Talk Down”技术与结构化言语降阶干预破解治疗配合障碍，实现无强制约束下完成治疗与护理，患者暴力风险从Ⅲ级降至Ⅰ级；②实施“急性期-缓解期-康复期”分阶段肠梗阻精细化专科护理，结合择时穴位按摩促肠蠕动，患者肠梗阻症状于确诊后 3 天缓解，15 天完全恢复，未发生肠坏死、非计划拔管等不良事件；③应用子午流注择时肠内营养支持方案，结合多学科协作制定个体化营养计划，患者总蛋白从入院时 61.4g/L 升至 77.4g/L，营养风险降至中危。本案例通过多学科一体化身心协同护理，成功实现精神症状与躯体疾病的同步转归，可为同类多重慢病合并的精神科患者护理提供参考借鉴。

参考文献：

[1] Grover,Sandeep,et al.“Management of Systemic Medical Emergencies Associated with Psychotropic Medications.”Indian Journal of Psychiatry,vol.64,no.Suppl 2,Mar.2022,pp.S252–80.

[2] Japanese Society of Neuropsychopharmacology;Japanese Society of Clinical Neuropsychopharmacology.Guideline for pharmacological treatment of schizophrenia 2022.Neuropsychopharmacol Rep.2025;45(1):e12497.

[3] Neri,Benedetto,et al."Malignant Bowel Occlusion:An Update on Current Available Treatments."Cancers,vol.17,no.9,Apr.2025,pp.2456-2478.

[4] 周兴兴,冯钰涵.解毒通便汤联合耳穴压豆治疗抗精神病药物致便秘老年患者 50 例疗效观察[J].中国中医药科技,2022,29(3):517-518.

[5] 中国抗癌协会,饶本强.恶性肠梗阻治疗中国专家共识(2023 年)[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2023,10(6):730-737.

[6] 孙悦宁,富路.左心室逆重构在心力衰竭中的研究新进展[J].心血管病学进展,2021,42(6):525-529.

[7] 茅溢恒,苏敏,袁鹏.不同强度的运动康复训练对慢性心力衰竭患者疗效及安全性比较[J].中国康复,2020,35(1):7-11.

[8] 韩顺心.人文关怀理念下的保护性约束护理在精神分裂症患者中的应用效果[J].中国民康医学,2026,38(11):164-166,170.

[9] Anttila M J,Ameel M K,Rautiainen T,et al.Co-Design in the Adaptation of a Clinical Decision Support System to Aid Violence Risk Assessment and Management:A Case Study[J].Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,2025.https://doi.org/10.1111/jpm.70023

[10] Ziemssen F,Focke C,et al.Effective Communication Strategies in Intravitreal Therapy:How to Listen and How to Talk to People Who Need Injections in Their Eyes[J].Survey of Ophthalmology,2026,71(4):1148-1161.

[11] Patil SP,Harale MV,Janani R,Jagirdar A.Paralytic Ileus in a 45-Year-Old Female with Schizophrenia on Clozapine Therapy.Ann Afr Med.2026;25(4):935-939.

[12] 中华预防医学会老年病预防与控制专业委员会,杨红菊,齐海梅,等.老年人慢性胃肠功能障碍评估专家共识(2026 版)[J/OL].中国预防医学杂志,1-18[2026-08-22].

[13] 关春娥,宫临征.择时选穴按摩应用于胃肠道术后患者的效果及对胃肠功能的影响[J].中国民间疗法,2019,27(6):12-13.

[14] 李华山.探究奥曲肽联合肠外营养治疗肠梗阻的有效性及对患者胃肠减压量的影响[J].北方药学,2025,22(12):141-143.

[15] 杨蒙蒙,张怀亮.张怀亮运用子午流注理论临证经验[J].中国民间疗法,2022,30(2):28-30.

[16] 范文璟,高晓娇,邢佳佳,等.人文关怀现代护理模式下个体化肠内营养护理对肠梗阻术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(12):47-50.

[17] 中华医学会肠外肠内营养学分会.成人胃肠功能障碍患者医学营养治疗指南(2025 版)[J].中华医学杂志,2025,105(01):21-47.

[18] Wen J,Li M-Y,Song P-P,Teng F.Effectiveness of evidence-based nursing interventions in the management of patients with schizophrenia.Front Psychiatry.2025;16:161026.