

成人活动期炎症性肠病护理专家共识

朱秀琴¹, 张素², 王霞¹, 赵豫鄂¹, 郑娜¹

中华护理学会内科护理专业委员会, 中国医药教育协会炎症性肠病护理专业委员会

Expert consensus on nursing care of adults with inflammatory bowel disease Zhu Xiuqin, Zhang Su, Wang Xia, Zhao Yu'e, Zheng Na, Committee on Internal Medicine Nursing, Chinese Nursing Association; Committee on Nursing Care of Inflammatory Bowel Disease, China Medicine Education Association

摘要:目的 规范成人活动期炎症性肠病患者的护理。方法 查阅国内外炎症性肠病相关指南、专家共识及重要期刊文献,结合临床护理专家的工作经验,形成《成人活动期炎症性肠病护理专家共识》(《共识》),通过 2 轮专家咨询、6 轮线上会议讨论进行整理和修改,形成终版《共识》。结果 《共识》包括护理评估、症状护理、药物护理、营养护理、心理护理和延续护理 6 个方面。结论 《共识》具有一定的科学性和实用性,可为成人活动期炎症性肠病患者的整体护理提供指导。

关键词:炎症性肠病; 溃疡性结肠炎; 克罗恩病; 护理评估; 症状护理; 药物护理; 营养护理; 专家共识

中图分类号:R473.5;R714.255 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.08.001

炎症性肠病(Inflammatory Bowel Disease, IBD)是一种慢性非特异性肠道炎性疾病,包括溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)和克罗恩病(Crohn's Disease, CD)。根据临床表现程度分为疾病活动期和缓解期,活动期分为轻、中、重度,严重影响患者的生活质量。全球炎症性肠病的发病率呈逐年上升趋势^[1]。随着对炎症性肠病的研究逐步加深,国内外指南和专家共识越来越完善。欧洲克罗恩及结肠炎组织(European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO)护理共识强调,护士在管理炎症性肠病方面(提供健康教育、咨询、情感支持等)发挥着非常重要的作用^[2]。护士是患者最直接、最密切、最连续的照顾者,中华护理学会内科护理专业委员会、中国医药教育协会炎症性肠病护理专业委员会组织全国 27 所医院的 34 名护理专家,全面回顾国内外炎症性肠病护理相关文献,结合护理实践经验,确定共识主题及内容,进行分析、整理和总结后形成共识初稿,制订专家函询表,通过 2 轮专家咨询、6 轮线上会议,多次修改形成《成人活动期炎症性肠病护理专家共识》,包括护理评估、症状护理、药物护理、营养护理、心理护理和延续护理 6 个方面的内容,旨在进一步规范我国成人活动期炎症性肠病护理,为各级相关医疗机构护士提供实践指导。

1 护理评估

在入院时及整个护理过程中定期、动态(病情变化、更换治疗方式)评估患者当前和不断发展的护理

需求^[2-3]。评估内容主要包括:①健康史。发病年龄;临床类型、黏膜病变范围和持续时间、疾病活动度;外科手术史(既往阑尾切除术);肠道症状;口腔、皮肤、关节、眼等肠外表现;发热、消瘦(营养状态)等全身表现;肛周皮肤状况;药物治疗情况;饮食诱因或不耐受情况;近期旅游史和感染性胃肠炎史;吸烟、饮酒史;疫苗接种史;家族史等。②辅助检查。内镜检查,常规实验室检查(血常规、血沉、C 反应蛋白、粪便常规和培养、粪便钙卫蛋白等),放射影像学和组织学检查结果等。③风险因素。深静脉血栓、肠穿孔、骨质疏松等。④活动/运动能力。⑤心理-社会状况。心理状况,经济状况,社会支持,应对方式。⑥健康教育和信息需求。疾病知识,自我管理行为。

2 症状护理

2.1 腹痛的护理

2.1.1 腹痛的观察 评估疼痛程度、性质、部位、持续时间及伴随症状。如持续腹痛伴明显压痛,提示腹膜炎或腹腔脓肿形成。如呈持续性剧痛,腹部出现肠型、肠鸣音消失,需警惕并发中毒性巨结肠。突发剧烈全腹痛伴腹膜刺激征,需警惕肠穿孔诱发急性腹膜炎。如腹痛伴转氨酶升高、腰背痛等症状时,需警惕内脏静脉血栓。中重度疾病活动是炎症性肠病患者发生静脉血栓栓塞症(Venous Thromboembolism, VTE)的重要风险因素,应对所有患者进行 VTE 风险评估及 D-二聚体检测,遵循 2018 版《医院内静脉血栓栓塞症防治与管理建议》^[4]采取相应预防措施。

2.1.2 遵医嘱规范用药 部分腹痛患者存在激素依赖,注意不得随意减量或停药;溃疡性结肠炎患者慎用(克罗恩病患者可酌情)止泻剂、抗胆碱能药物等,以免诱发中毒性巨结肠。不可随意使用非甾体类抗

作者单位:1. 华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北 武汉, 430030);2. 北京大学人民医院

朱秀琴:女,本科,副主任护师

通信作者:张素, Zhangsu3702@sina.com

收稿:2021-11-19;修回:2022-01-25

炎镇痛药,对于腹痛伴腹胀、反酸、呃逆等可使用质子泵抑制剂;伴腹泻、里急后重等可给予奥替溴铵或匹维溴铵等药物降低肠道敏感性^[5],并注意观察药物不良反应。

2.1.3 其他疼痛缓解方法 可采用局部热敷(疑有肠穿孔及腹腔脓肿者禁忌)、针灸镇痛等方法,或正念呼吸、冥想、音乐等行为疗法。

2.2 腹泻的护理

2.2.1 病情观察 观察粪便的颜色、性状,查找腹泻原因,排除食物不耐受、肠内营养制剂及药物不良反应等因素,遵医嘱检查粪常规及培养、血常规、C反应蛋白、血沉等炎症反应指标。注意观察患者有无口干、尿少、皮肤弹性差等脱水表现。

2.2.2 遵医嘱规范治疗 可在医生指导下使用洛哌丁胺、蒙脱石散、消化酶类及微生态制剂等。远端回肠切除术后胆汁酸吸收不良者,可使用考来烯胺;存在脱水表现时可通过口服或静脉输液及时补充水分及电解质。反复艰难梭菌感染时,可行标准化粪菌移植治疗。

2.2.3 肛周皮肤护理 每次大便后不可用碱性洗涤剂清洗肛周皮肤,可使用接近皮肤正常pH值的免洗清洁剂,温和地清洁与干燥皮肤,清洁后使用润肤剂或皮肤保护剂;如大便失禁时,可使用大便失禁管理套件或肛门造口袋等预防失禁性皮炎。

2.3 瘘管形成与肛周病变的护理

克罗恩病因炎症病变穿透肠壁全层至肠外组织及器官而形成瘘管,是较常见且特异性的表现。肛周病变可为克罗恩病的首发或主要症状,包括肛瘘、脓肿、窦道及肛裂等。

2.3.1 围手术期护理 腹腔脓肿首选经皮脓肿穿刺置管引流;营养不良者应给予营养治疗,待营养状况改善并控制活动期炎症后实施手术治疗。在控制疾病活动和抗感染治疗后,肠瘘及肛周病变患者需根据病变类型和特点采取相应的手术治疗。做好病情评估,依据加速康复外科理念促进患者术后康复,根据脓肿解剖部位对有功能且相对完整肠管的患者进行肠内营养。

2.3.2 造口护理 选择患者合适的造口护理用品,进行标准造口管理^[6]。①造口底盘孔洞裁剪适当,底盘比造口多0.2~0.3 cm,使底盘覆盖造口肠黏膜以外的所有皮肤;②使用造口黏合剂和皮肤保护剂,保持完好的皮肤保护屏障;③选用密封性良好的造口袋系统和造口附件用品;根据造口类型和排泄量更换造口用品;一般3~5 d更换1次,排泄物占造口袋1/3~1/2满时需排空;④观察排泄物的性状,回肠造口排泄物为不成型稀便,易发生脱水及食物堵塞;结肠造口一般排出成型便,易发生便秘和腹泻;⑤做好异味的管理,注意饮食控制,选用除臭剂喷雾及带有

过滤片的造口袋系统;避免进食产气食物;⑥造口术后并发症发生率高,早期并发症多发生在手术后30 d内,包括造口处皮肤黏膜分离、回缩、坏死等;晚期并发症包括狭窄、脱垂、旁疝等。建议由受过培训的造口专科护士对患者及其照顾者进行造口相关护理指导。

2.3.3 肛瘘及肛周脓肿护理 肛瘘及肛周脓肿者有感染症状时需早期进行挂线或置管引流,保持瘘管引流通畅,及时清除肛周分泌物,每晚可行中药汤剂熏洗坐浴或1:5 000~1:10 000高锰酸钾溶液坐浴,做好病变部位的换药,可选用藻酸盐、银离子敷料等;还可行红外线照射、电磁波等局部理疗。患者宜选用棉质、透气性好、宽松的贴身内衣裤,勤换洗。使用中空坐垫,提高舒适度,直至炎症吸收、瘘口愈合。

2.4 预防机会感染

2.4.1 密切监测感染相关指标 定期监测炎症反应指标,必要时可进行细菌培养等病原学检查及药敏试验。根据药敏结果针对性使用抗生素,酌情调整糖皮质激素及免疫抑制剂用量,密切观察患者用药后的效果及药物不良反应^[7-8]。

2.4.2 预防措施 ①加强皮肤护理,做好口腔、会阴、肛周处的卫生。若出现发热,应保持环境舒适,遵医嘱给予物理或药物降温。②使用激素、免疫抑制剂及生物制剂前进行常见致病微生物筛查及治疗,如巨细胞病毒、EB病毒、乙型或丙型肝炎病毒、艰难梭状芽胞杆菌、结核杆菌、真菌、寄生虫等。③疫苗接种是预防部分感染的重要措施。推荐在开始免疫抑制剂治疗前接受与年龄相适应的疫苗接种,可对所有患者接种流感(三价)灭活疫苗、肺炎球菌多糖疫苗、乙型肝炎疫苗、人乳头瘤病毒疫苗、水痘带状疱疹疫苗。如在免疫抑制剂应用前接种减毒活疫苗,则应推迟免疫抑制剂治疗至少3周。如应用免疫抑制剂期间需要接种减毒活疫苗,需要停糖皮质激素1个月,停免疫抑制剂3个月以上。

2.5 肠外表现的护理 包括全身性表现和肠外表现。全身性表现主要有体质量减轻、发热、食欲不振、疲劳、贫血等。部分患者可出现一种或多种肠外表现,体现在骨关节、眼、皮肤、肝脏等部位,包括关节损伤(如外周关节炎、脊柱关节炎等)、皮肤黏膜表现(如口腔溃疡、结节性红斑和坏疽性脓皮病)、眼部病变(如虹膜炎、巩膜炎、葡萄膜炎等)、肝胆疾病(如脂肪肝、原发性硬化性胆管炎、胆石症等)、血栓栓塞性疾病等。密切观察受累系统的临床表现。遵医嘱对症处理,给予免疫抑制剂、生物制剂、补充维生素及微量元素、抗感染等治疗,避免高风险因素,预防跌倒、感染及深静脉血栓等。

3 药物护理

3.1 常见药物的使用方法及观察 诱导并维持临床

缓解,促进肠道黏膜愈合,防止并发症和改善患者生活质量是炎症性肠病的治疗目标^[9-10]。治疗方案使用前应与患者充分交流,使其了解方案的效益和风险,获得同意后实施。①氨基水杨酸制剂:包括柳氮磺吡啶和 5-氨基水杨酸制剂,是轻、中度溃疡性结肠炎和轻度克罗恩病诱导和维持缓解的首选药物。不良反应包括恶心、呕吐、腹痛、头痛、皮疹、溶血性贫血、白细胞减少、骨髓抑制、肺炎、心包炎、贫血、胰腺炎、肾毒性等。使用柳氮磺吡啶宜餐后服用,5-氨基水杨酸肠溶制剂宜餐前 1 h 完整服用,缓释颗粒宜进餐时服用;定期复查血常规、肝肾功能等。②糖皮质激素:包括甲泼尼龙、氢化可的松等静脉用药及口服制剂泼尼松、布地奈德等,是对氨基水杨酸制剂治疗无效或疗效不佳者及重度活动性克罗恩病诱导缓解的首选用药。不良反应包括胃肠道反应、高血压、向心性肥胖、痤疮、骨质疏松症、水肿、感染、情绪改变、睡眠障碍、糖尿病、白细胞增多、眼部病变(青光眼或白内障)等。使用时口服制剂应与食物同服;注意限制钠摄入,不能自行增减量或停药;预防感染;如出现肠穿孔、腹膜炎及腹腔脓肿时禁用。③免疫抑制剂:包括硫唑嘌呤和 6-巯基嘌呤、甲氨蝶呤、环孢素、他克莫司、沙利度胺等,用于激素无效或依赖者,重度、难治性溃疡性结肠炎及克罗恩病维持缓解。不良反应包括胃肠道反应、肝肾功能损害、关节痛、光敏感、白细胞数量下降、牙龈肿胀及骨髓抑制、恶性肿瘤等;沙利度胺易致神经病变(如手足麻木、刺痛等),因有严重致畸性,故孕妇禁用。使用时需避免饮酒或含乙醇的饮料;定期监测血常规、肝肾功能;用药期间须严格避孕,避免献血,不可接种疫苗。④生物制剂:目前主要有英夫利昔单抗克隆抗体、阿达木单抗克隆抗体、乌司奴单抗克隆抗体及维多珠单抗克隆抗体。可一线使用,尤其是有预后不良因素的炎症性肠病;用于诱导和维持缓解。其主要不良反应包括严重感染、恶性肿瘤风险增加、脱髓鞘病变、肝功能异常、血液系统异常、自身抗体及药物性红斑狼疮、皮肤反应(如湿疹、银屑病)、急性和迟发性输注反应等免疫原性反应。使用时须严格遵照生物制剂安全输注规范使用;监测患者生命体征,预防输注反应及过敏反应;皮下注射时注意轮换注射位点。

3.2 药物浓度监测及抗药抗体监测 在使用生物制剂及免疫抑制剂治疗过程中,实施药物浓度监测对药物优化和改进药物治疗方案具有指导意义。如出现使用的药物失应答,可在下次用药前采集血清标本进行药物监测,主要为药物浓度、抗药抗体监测。根据监测结果优化剂量、调整治疗间隔或是否加用免疫抑制剂。

3.3 提高用药依从性 通过多种方式提高患者用药依从性。①进行认知行为干预:采取教育、心理治疗、

应用视听觉提醒系统、奖励及契约制度、简化用药方案等策略。②加强健康教育:让患者充分认识遵医嘱用药的重要性,鼓励其参与用药决策,共同拟定用药方案。③促进社会支持:鼓励家属参与,防止患者漏服及错服药物,如使用专用药盒、将药物放置于醒目的位置等。

4 营养护理

4.1 筛查与评估的时机及工具 营养风险和营养不良是炎症性肠病患者普遍存在的问题,早期识别并改善患者的营养状况,建立多学科团队来评估及改善患者营养问题至关重要^[11]。推荐使用营养风险筛查工具(NRS2002)进行筛查,评分 ≥ 3 分提示有营养风险,再以患者整体营养状况评估表(PG-SGA)作为营养状况主观评定工具,根据评分结果给予营养治疗^[11-12]。

4.2 营养护理

4.2.1 方式 成立经过培训的专业营养小组,给予患者专业营养指导。营养治疗包括肠内营养(Enteral Nutrition, EN)和肠外营养(Parenteral Nutrition, PN)。肠内营养为首选治疗方式,分为全肠内营养及部分肠内营养;肠外营养应作为肠内营养的辅助手段,对于存在营养风险和营养不良的患者,或肠内营养无法补充 60% 的能量需求时,肠内营养需与肠外营养联合使用^[11]。根据患者的临床分期,计算所需的总能量和蛋白质供给量:活动期能量供给为 113.0~138.1 kJ/(kg·d),蛋白质需要量为 1.2~1.5 g/(kg·d)。

4.2.2 路径 肠内营养通过口服及管饲进行营养补充。最常用的方式是口服营养补充(Oral Nutritional Supplements, ONS),适用于长期维持缓解或添加营养改善营养状况的患者。可采取改良的模拟管饲方法少量多次口服,提高营养治疗的耐受性和依从性^[12]。管饲方法有鼻胃/肠管、内镜下经皮胃/空肠造口等,适合早期肠内营养输注量大、肠腔狭窄等患者,最常用的是鼻胃管。鼻饲管放置时间不宜超过 4 周,要密切观察长时间置管造成的鼻部溃疡、鼻窦炎等并发症,若管饲时间超过 4 周应选择内镜下经皮胃/空肠造瘘^[13]。输注方式有间断滴注、间歇推注及连续输注,合并肠道狭窄的患者常选择连续输注方式,用输注泵在 20~24 h 按时完成输注,可提高患者肠道耐受度。

4.2.3 制剂 根据病情选用不同的肠内营养制剂,肠内营养的配方有多种。①整蛋白(多聚配方):适用于消化吸收功能相对健全的患者。②要素饮食(氨基酸单体配方):可不需消化直接吸收,适用于肠道病变严重或有严重消化吸收功能不良的患者。③短肽(低聚配方):易消化吸收,适用于消化吸收功能不全的患者,但因其相对分子量较小,对肠内营养制剂的渗透

压影响较大,需加强肠道耐受性观察,必要时减慢速度、调整肠内营养配方^[13]。

4.2.4 密切监测相关并发症 肠内营养并发症包括恶心、呕吐、腹泻、腹胀等胃肠道并发症;血糖波动与水电解质异常等代谢并发症;营养液污染及吸入性肺炎等感染并发症;营养导管堵塞或易位、营养管连接错误等导管相关并发症。肠外营养并发症包括静脉炎、药物外渗、穿刺损伤或导管相关性感染、血栓等导管相关并发症;血糖波动及微量元素异常等代谢并发症及脏器功能损害等。

4.2.5 家庭营养支持 炎症性肠病患者需进行家庭营养支持,其对营养液输注及临床一代谢一营养监测方面有特殊要求,需专业营养支持小组、合适的患者、良好的社会及家庭支持等协作落实。多学科协作团队在患者出院前提供培训服务,选择最佳的喂养途径、营养配方、指标监测及配置技术设备,使患者或家属掌握操作技能,保证患者有效、安全、连续地进行营养支持^[13]。

4.3 饮食指导 以清淡易消化食物为主,酌情选择高热量、富含优质蛋白质、富含维生素、适量脂肪、少渣、少刺激性的食物,烹调方法以炖、煮、蒸为主,避免油炸和爆炒,少量多餐。有研究显示,维生素 C 和维生素 E 能抑制肠道黏膜的氧化损伤,减轻炎症反应^[14]。当铁、钙等元素摄入量低于正常量时,患者容易产生骨质疏松、贫血等问题。建议适量补充维生素 C、维生素 E、维生素 D 和钙剂以及其他微量元素和益生菌。根据患者病情及食物不耐受情况,制订个性化饮食方案,具体可参见《中国炎症性肠病饮食管理专家建议》^[15]。

5 心理护理

5.1 心理评估及干预 炎症性肠病患者的临床焦虑和抑郁发生率比普通人更高,且心理障碍与疾病进展之间存在显著相关性^[16]。推荐对患者进行焦虑、抑郁、心理治疗需求等方面的常规评估及干预^[17]。心理干预在改善患者疾病活动度、抑郁、焦虑和生活质量方面具有积极作用^[18]。多种干预方法被证实对患者心理问题有改善作用,包括认知行为疗法、催眠疗法、正念疗法、放松技巧、动机性访谈、家庭干预等^[19-21]。认知行为疗法在改善抑郁、焦虑、疼痛、睡眠障碍以及炎症性肠病相关心理困扰方面有积极作用。正念干预旨在培养管理压力的技能,放松训练可有效改善慢性疼痛。动机性访谈可改善患者用药依从性。积极心理学方法可提升患者心理弹性,以提高其整体生活质量和对疾病的适应性^[22]。

5.2 转介治疗 评估患者可能有心理问题时,建议转介心理科医生处理。使用药物治疗时,需观察其不良反应^[23]。

6 延续护理

炎症性肠病延续护理可显著延长疾病缓解持续

时间;改善疾病活动度;提高患者用药依从性、知识水平和生活质量;降低患者再就诊/入院率和治疗成本^[24]。

6.1 组建多学科协作团队 团队成员应包括消化科、胃肠外科、放射影像科、病理科、心理科、初级保健、眼科、风湿科、皮肤科、产科等医生,以及营养师、药剂师、炎症性肠病专科护士、造口护士、社会工作者等,团队成员都应具有炎症性肠病方面的专业知识^[2,18]。炎症性肠病专科护士是为患者提供多学科服务的重要成员,可在疾病发作期间为患者提供及时、高性价比的患者教育、疾病管理、治疗监测和持续性护理等^[25]。依具体情况提供个性化护理服务,鼓励患者积极参与疾病的管理和决策,提升自我管理能力和^[26]。

6.2 延续护理内容和方法

患者入院后应建立延续护理档案。延续护理计划应该考虑到急性期护理和长期结局^[27],需涵盖患者疾病相关症状、治疗方案、并发症观察、用药情况、营养状态、家庭营养支持、社会心理问题、健康维护、造口护理等^[2]。实施方式主要通过延续护理教育来实现,基于对患者的评估,针对其个人需求、喜好和应对能力,与多学科协作团队合作,为患者及其照顾者提供符合教育对象年龄、认知和教育水平的信息和知识指导,并满足文化和语言需要,确保信息和教育的科学有效性。可采取多样化的教育形式,如以团体、个人、家庭为中心,通过电话、书面信息、视听材料、特定的患者支持小组、“互联网+护理”的形式等。若患者提出的问题超出护士的专业能力和责任范围,应酌情将患者转介到多学科协作团队其他专业人员。

6.2.1 症状和并发症监测教育

向患者进行疾病复发和并发症监测相关知识教育^[2,28]。在常规监测的基础上,应密切关注可能出现的并发症,如营养不良、机会感染、深静脉血栓、骨质疏松、肠穿孔或梗阻性病变等。告知患者出现复发和并发症相关症状时,应及时就医寻求帮助。

6.2.1.1 用药指导 确保信息以简单的方式进行传达,总结、分类和书面信息补充等技术可以提高患者的用药知识和记忆力^[2]。非甾体类抗炎镇痛药可能会使克罗恩病进程恶化,应避免使用;计划口服避孕药的克罗恩病患者应与临床医生共同决策^[29];长期使用阿片类药物与炎症性肠病的不良预后相关,应考虑该类药物的替代选择和心理支持^[18]。

6.2.1.2 健康维护 健康维护是日常预防护理的组成部分。**①戒烟限酒:**吸烟的克罗恩病患者疾病发作、手术及术后复发风险更高^[18],应鼓励患者戒烟。停止吸烟后的溃疡性结肠炎患者疾病发作的风险增加,可能需要增加药物来控制疾病^[18]。避免过度饮酒。**②适当运动:**参与体力活动可提高生活质量^[30],降低静脉血栓及疾病发作的风险^[31],适度的体能锻

炼有助于提高营养治疗效果,增加骨密度和肌肉含量,延缓疾病复发^[13]。对于重度活动期患者,可指导行床上韵律操、使用拉力带及握力器等运动;中度活动期可进行定期耐力训练;轻度活动期建议每周进行 3~5 d 连续 20~60 min 低到中等强度的有氧运动,并至少进行 2 次阻力训练^[32]。有氧运动以步行为主,此外还可选择跑步、游泳、瑜伽、骑自行车等。抗阻运动包括器械练习和自由重量练习等。推荐运动强度为最大运动心率的 60%,以运动中不出现心悸、气促为宜。③癌变监测:炎症性肠病患者患结直肠癌的风险高于普通人群。指导起病 8~10 年的溃疡性结肠炎患者均应行结肠镜癌变筛查,并存原发性硬化性胆管炎者,从确诊开始每年行结肠镜复查^[3]。小肠克罗恩病炎症反应部位可能癌变,应重点监测小肠;结肠克罗恩病监测方法与溃疡性结肠炎相同^[3]。接受免疫抑制剂治疗的女性患者,应每年进行宫颈癌筛查;所有准备或正在应用免疫抑制剂或生物制剂的患者应每年接受皮肤科检查,尤其是黑色素瘤筛查。④骨质疏松监测:有骨密度异常高风险因素(长期糖皮质激素治疗;疾病持续活动期;BMI<20;年龄>75 岁等)的患者应进行骨密度测试,并定期进行负重运动,补充维生素 D 和钙剂等^[2]。

6.2.2 其他特殊情况下的教育 建议计划旅行的患者在旅行前接受适当的咨询和教育,了解可能出现的风险和问题。对使用免疫抑制剂的患者可使用标准化清单进行相关疫苗接种。告知患者旅行腹泻的相关预防措施,推荐赴异国旅行的患者随身携带足够的药物,不应停止免疫抑制治疗。建议计划怀孕的患者尽早进行孕前咨询^[33],在疾病缓解期进行孕育,推荐维持治疗的药物种类,继续药物维持治疗,促进患者和多学科协作团队的有效沟通和决策共享。

本《共识》从炎症性肠病的护理评估、症状护理、药物护理、营养护理、心理护理和延续护理 6 个方面对成人活动期炎症性肠病护理进行阐述,可指导临床护士对患者进行科学护理,以促进炎症性肠病护理的发展。

(承蒙广州医科大学附属第三医院李明松教授和华中科技大学同济医学院附属同济医院田德安教授对《共识》内容的审阅。特此致谢!)

参与编写的专家(按姓氏汉语拼音排序)

卞秋桂(江苏省人民医院);陈惠萍(中山大学附属第六医院);陈亚梅(上海市第十人民医院);范秀晶(广州医科大学附属第三医院);高媛(北京大学第一医院);关玉霞(中国医学科学院北京协和医院);何文英(河北医科大学附属二医院);胡雪慧(空军军医大学西京医院);黄婵(北京大学人民医院);黄丽红(华中科技大学同济医学院附属同济医院);黄美娟(中山大学附属第一医院);蒋蓉(四川省医学科学院/四川省人民医院);李春花(陆军军医大学新桥医院);李英(江苏省中医院);林征

(南京医科大学护理学院,江苏省人民医院);刘梅娟(南方医科大学南方医院);莫焱(广西医科大学附属第一医院);师瑞月(深圳市人民医院);汪晖(华中科技大学同济医学院附属同济医院);王倩(南京鼓楼医院);王霞(华中科技大学同济医学院附属同济医院);韦美皓(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);熊宇(华中科技大学同济医学院附属协和医院);张春华(武汉大学中南医院);张华(中南大学湘雅二医院);张华娟(广东省人民医院);张惠玲(山西省人民医院);张铭光(四川大学华西医院);张素(北京大学人民医院);赵豫鄂(华中科技大学同济医学院附属同济医院);郑娜(华中科技大学同济医学院附属同济医院);周云仙(浙江中医药大学);朱爱芳(山东大学齐鲁医院);朱秀琴(华中科技大学同济医学院附属同济医院)

参考文献:

- [1] Kaplan G G. The global burden of IBD; from 2015 to 2025 [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2015, 12(12): 720-727.
- [2] Kemp K, Dibley L, Chauhan U, et al. Second N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis [J]. *J Crohns Colitis*, 2018, 12(7): 760-776.
- [3] 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]. *中华炎症性肠病杂志*, 2018, 2(3): 173-190.
- [4] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 中国炎症性肠病患者静脉血栓栓塞症防治的专家共识意见 [J]. *中华炎症性肠病杂志*, 2018, 2(2): 75-82.
- [5] 李明松, 朱维铭, 陈白莉. 溃疡性结肠炎: 基础研究与临床实践 [M]. 北京: 高等教育出版社, 2015: 214-216.
- [6] 司龙妹, 刘飞, 张佩英, 等. 造口患者围手术期健康教育的最佳证据总结 [J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(3): 452-457.
- [7] 杨红, 冉志华, 刘玉兰, 等. 炎症性肠病合并机会性感染专家共识意见 [J]. *中华消化杂志*, 2017, 37(4): 217-226.
- [8] Farraye F A, Melmed G Y, Lichtenstein G R, et al. ACG clinical guideline: preventive care in inflammatory bowel disease [J]. *Am J Gastroenterol*, 2017, 112(2): 241-258.
- [9] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 中国炎症性肠病治疗药物监测专家共识意见 [J]. *中华炎症性肠病杂志*, 2018, 2(4): 253-259.
- [10] Feuerstein J D, Nguyen G C, Kupfer S S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on therapeutic drug monitoring in inflammatory bowel disease [J]. *Gastroenterology*, 2017, 153(3): 827-834.
- [11] Forbes A, Escher J, Hebuterne X, et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in inflammatory bowel disease [J]. *Clin Nutr*, 2017, 36(2): 321-347.
- [12] 中华医学会肠内肠外营养学分会, 中国医药教育协会炎症性肠病专业委员会. 中国炎症性肠病营养诊疗共识 [J]. *中华消化病与影像杂志(电子版)*, 2021, 11(1): 8-15.
- [13] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中华医学会肠外与肠内营养学会分会胃肠病与营养协作组. 炎症性肠病营养支持治疗专家共识(第二版) [J]. *中华炎症性肠病杂志*, 2018, 2(3): 154-172.

- [14] 翁一洁. 炎症性肠病患者肠道菌群失调分析及其与饮食关系的研究[D]. 广州:南方医科大学, 2016.
- [15] 李明松, 石汉平, 杨桦. 中国炎症性肠病饮食管理专家建议[J]. 中华消化病与影像杂志, 2021, 11(3):97-105.
- [16] Humbel F, Rieder J H, Franc Y, et al. Association of alterations in intestinal microbiota with impaired psychological function in patients with inflammatory bowel diseases in remission [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18(9):2019-2029.
- [17] Mikocka-Walus A, Andrews J M. It is high time to examine the psyche while treating IBD[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2018, 15(6):329-330.
- [18] Lamb C A, Kennedy N A, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults[J]. Gut, 2019, 68(Suppl 3):S1-S106.
- [19] 杨蕾, 卞秋桂, 林征, 等. 炎症性肠病患者焦虑和抑郁管理的证据总结[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(6):754-760.
- [20] Davis S P, Bolin L P, Crane P B, et al. Non-pharmacological interventions for anxiety and depression in adults with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Front Psychol, 2020, 11:538741.
- [21] 康宁宁, 马超, 王祺, 等. 家庭干预对炎症性肠病患者心理韧性及焦虑抑郁的影响[J]. 护理学杂志, 2018, 33(13):70-72.
- [22] Jordan C, Sin J, Fear N T, et al. A systematic review of the psychological correlates of adjustment outcomes in adults with inflammatory bowel disease [J]. Clin Psychol Rev, 2016, 47:28-40.
- [23] Keefer L, Palsson O S, Pandolfino J E. Best practice update; incorporating psychogastroenterology into management of digestive disorders[J]. Gastroenterology, 2018, 154:1249-1257.
- [24] Davis S P, Ross M S H, Adatorwovor R, et al. Telehealth and mobile health interventions in adults with inflammatory bowel disease: a mixed-methods systematic review[J]. Res Nurs Health, 2021, 44(1):155-172.
- [25] Martinez-Vinson C, Le S, Blachier A, et al. Effects of introduction of an inflammatory bowel disease nurse position on healthcare use [J]. BMJ Open, 2020, 10(5):e036929.
- [26] Ankersen D V, Weimers P, Marker D, et al. Individualised home-monitoring of disease activity in adult patients with inflammatory bowel disease can be recommended implemented in clinical practice: a randomized-clinical trial[J]. World J Gastroenterol, 2019, 25(40):6158-6171.
- [27] Andrews J M, Mountfield R E, van Langenberg D R, et al. Un-promoted issues in inflammatory bowel disease: opportunities to optimize care[J]. Intern Med J, 2010, 40(3):173-182.
- [28] Lichtenstein G R, Loftus E V, Isaacs K L, et al. ACG Clinical Guideline; management of Crohn's disease in adults[J]. Am J Gastroenterol, 2018, 113(4):481-517.
- [29] Khalili H, Granath F, Smedby K E, et al. Association between long-term oral contraceptive use and risk of Crohn's disease complications in a nationwide study[J]. Gastroenterology, 2016, 150(7):1561-1567.
- [30] 赵媛媛, 朱兰香, 陆绚, 等. 炎症性肠病患者体力活动水平与生活质量的相关性研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(8):46-49.
- [31] Davis S P, Crane P B, Bolin L P, et al. An integrative review of physical activity in adults with inflammatory bowel disease[J]. Intest Res, 2022, 20(1):43-52.
- [32] Hashash J G, Binion D G. Exercise and inflammatory bowel disease: insights into etiopathogenesis and modification of clinical course[J]. Gastroenterology Clin North Am, 2017, 46(4):895-905.
- [33] Selinger C P, Eaden J, Selby W, et al. Patients' knowledge of pregnancy-related issues in inflammatory bowel disease and validation of a novel assessment tool (CCP-Know) [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2012, 36(1):57-63.

(本文编辑 丁迎春)

• 敬告读者 •

警惕假冒《护理学杂志》工作人员及网站征稿、收费的声明

一直以来,相关网络、微信、邮箱经常出现某些谎称为《护理学杂志》编辑部人员,要求加作者为好友,或谎称文章录用或获奖,要求缴纳审稿费、版面费或奖项评审费等;有些通过盗用本编辑部名称和地址、伪造资质证书等违法手段,假借《护理学杂志》编辑部的名义收录稿件,以达到非法敛财的目的。为此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

1. 《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlzzz.com.cn> 或 <http://www.chmed.net>。从官方网站投稿是唯一途径。文章经审核合格被录用后,由投稿系统通过作者预留的邮箱发放录用通知和缴纳版面费通知,再无其他收费项目和其他途径。请作者明确,切勿受骗上当。
2. 《护理学杂志》的编辑人员不会要求作者加微信好友;本刊不允许个人通知作者缴纳费用,亦未设置个人账户收费。
3. 凡要求作者将论文版面费转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息、活动及后果均与本编辑部无关。

在此特提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿和缴纳费用,避免不必要的损失。

地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030

E-mail:jns@tjh.tjmu.edu.cn; 咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞