

1例卵巢癌IIIC期合并皮炎的患者围手术期疑难护理问题护理体会

荆 敏

山东大学齐鲁医院妇科二区, 山东 济南

收稿日期: 2026年2月19日; 录用日期: 2026年3月12日; 发布日期: 2026年3月25日

摘 要

目的: 总结1例卵巢癌IIIC期合并皮炎的患者围手术期间的护理体会。方法: 针对其肌无力、皮肤完整性受损、焦虑与恐惧、预防吸入性肺炎及窒息等疑难护理问题, 通过制定个性化护理措施, 患者住院期间肌无力症状未再进展, 同时无跌倒坠床事件发生; 皮疹、红斑症状明显好转, 无压力性损伤事件发生; 出院时焦虑、恐惧症状较术前明显减轻; 住院期间无吸入性肺炎、窒息等并发症的发生。结果: 经过28 d的治疗及精心护理, 患者顺利出院。结论: 对于卵巢癌IIIC期合并皮炎的患者, 要密切观察患者病情, 并通过系统化、个性化的护理, 提高疗效, 减少并发症发生。

关键词

卵巢癌, 皮炎, 围手术期, 个案护理

Perioperative Nursing Challenges and Insights in a Case of Stage IIIC Ovarian Cancer with Dermatomyositis

Min Jing

Department of Gynecology II, Qilu Hospital of Shandong University, Jinan Shandong

Received: February 19, 2026; accepted: March 12, 2026; published: March 25, 2026

Abstract

Objective: To summarize perioperative nursing experiences in a patient with stage IIIC ovarian cancer complicated by dermatomyositis. **Methods:** Addressing complex nursing challenges including muscle weakness, compromised skin integrity, anxiety and fear, and preventing aspiration pneumonia and

suffocation, personalized care measures were implemented. During hospitalization, muscle weakness did not progress further, and no falls or bed falls occurred. Rash and erythema symptoms improved significantly, with no pressure injury incidents. Anxiety and fear symptoms were markedly reduced at discharge compared to preoperative levels. No complications such as aspiration pneumonia or asphyxia occurred during hospitalization. Results: After 28 days of treatment and meticulous care, the patient was discharged successfully. Conclusion: For patients with stage IIIC ovarian cancer complicated by dermatomyositis, close monitoring of clinical status and systematic, personalized nursing care are essential to enhance treatment efficacy and reduce complication incidence.

Keywords

Ovarian Cancer, Dermatomyositis, Perioperative Period, Case Care

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

卵巢癌(Ovarian cancer)是全球女性癌症和癌症死亡的第八大原因[1]。是继宫颈癌和子宫癌之后,卵巢癌(OC)在妇科癌症中排名第三[2]。其中 IIIC 期已出现腹膜后淋巴结或腹腔内广泛转移,其标准治疗方案为肿瘤细胞减灭术联合以铂类为基础的辅助化疗[1]。尽管治疗策略不断进步,但该期别患者的长期预后仍不乐观。

皮炎(Dermatomyositis, DM)是一种主要累及皮肤和肌肉的自身免疫系统性疾病,常表现为独特性皮肤损害及双侧近端肌无力,肌无力常为对称性,并可发生肺部等其他内脏器官损害,其发病率为 1/10 万~6/10 万[3] [4]。皮炎人群患恶性肿瘤的风险为普通人群的 5~7 倍,且近年来皮炎患者并发恶性肿瘤的患病率逐渐升高[5]。在西方国家,最常见的 DM 相关恶性肿瘤包括肺癌、卵巢癌、乳腺癌和结直肠癌,非霍奇金淋巴瘤的发病率也逐年增加;而在中国,则以肺癌、乳腺癌和胃癌最为常见[5]。

2. 临床资料

2.1. 诊疗经过

患者女,53 岁。2025-02-10 无明显原因出现面部颈部红斑,伴有皮疹,瘙痒,后转为刺痛。2025-02-13 出现感冒,表现为咽痛,无发热、咳嗽,于当地诊所进行输液治疗后好转。1 周前出现四肢乏力,开始不能爬楼,不能起蹲,后逐渐出现平地不能行走,无心慌、胸闷,无恶心、呕吐,无头晕、头痛。2025-02-19 于本院皮肤科就诊。皮肤科给予药物:甲泼尼龙、泮托拉唑钠肠溶片口服;醋酸地塞米松乳膏外用;辅以营养神经,护胃等对症治疗,效果不佳,为求进一步诊疗收住神经内科。

患者自发病以来,神志清,精神可,饮食睡眠可,小便正常,大便 2~3 天/次,体重无明显减轻。肌力:右上肢近端肌力 4 级,远端肌力 4 级;左上肢近端肌力 4 级,远端肌力 5 级;左下肢近端肌力 2 级,远端肌力 4 级。右下肢肌力 3 级,右下肢近端肌力 3 级,远端肌力 2 级。

辅助检查:2025-02-22 大腿软组织(MR),双侧大腿肌群多发异常信号,考虑肌炎/肌病可能。2025-02-22 胸部 CT,双肺多发小结节,转移待排,请结合临床、密切随诊复查;双肺少许纤维灶;冠状动脉钙化双肾肾盂轻度扩张。2025-02-21 肌电图,肌源性损害(部分肌伴少量 CRD 放电)。腹盆 CT:双侧附件区囊

实性占位，伴腹膜后淋巴结肿大，右下腹多发占位、腹膜增厚、双肺多发结节，考虑卵巢肿瘤并多发转移可能，请结合临床。妇科超声：盆腔及双附件区多发包块(0-RADS 分类：5 类，考虑妇科肿瘤性病变)；腹腔多发低回声结节(转移灶?)。胸腹盆平扫后增强：双肺多发小结节，转移待排，请结合临床、密切随诊复查；冠状动脉钙化；胆囊炎；双侧附件区囊实性占位，伴腹膜后淋巴结转移、腹膜转移，考虑卵巢上皮源性恶性肿瘤。2025.2.26 盆腔穿刺提示(右下腹穿刺活检)查见低分化癌，结合免疫组化，符合女性生殖系统来源，考虑为低分化子宫内膜样腺癌。

神经内科给予激素、抑酸保护胃黏膜、补钙、补钾等治疗。

2025.3.5 转入妇科。完善入院检查，排除手术禁忌症。2025.3.11 行子宫切除 + 右附件切除术 + 盆腔淋巴结清扫 + 大网膜切除 + 盆腹腔转移病灶切除术。术后给予抗炎、补液、保肝，同时给予激素、抑酸保护胃黏膜、补钙、补钾治疗。

跌倒坠床评分 46 分，为高风险；自理能力评分 35 分为重度依赖。

术后三日患者无力症状较前加重，难以下床活动，伴下肢疼痛。

术后六日出现吞咽困难。

2025.3.20 (术后九日)出院(未行化疗)。

2.2. 护理经过

神经内科住院期间给予神经内科护理常规、二级护理、留陪人、低盐低脂饮食。

转入妇科后，术前给予妇科护理常规、二级护理、留陪人、低盐低脂饮食。给予患者相应的用药指导。协助患者完善术前检查及化验。患者为跌倒高风险患者，对患者及家属详细宣教，预防跌倒。给予皮肤护理。

术后针对压力性损伤、跌倒、非计划拔管、VTE、营养等给予详细宣教，且均采取相应的预防措施。

术后三日患者无力症状较前加重，难以下床活动，伴下肢疼痛。协助患下床活动，采取 VTE 预防措施，警惕 VTE 的发生。按摩下肢，缓解下肢疼痛。

术后六日出现吞咽困难。给予饮食指导，预防吸入性肺炎、窒息。

2025.3.20 (术后九日)出院。给予详细的出院指导。告知患者出院后注意休息，加强营养，禁止性生活，预防感染，按时复诊。

3. 疑难护理问题及相应的护理措施

3.1. 疑难护理问题一：肌无力与原发病有关

皮炎是肢体近端肌、颈肌及咽肌等肌群出现炎症、变性，导致对称性肌无力或伴有肌痛，慢性进展者伴有一定程度的肌萎缩，以致病人常不能完成平举、上举、下蹲、站起、梳头、穿衣、上下楼梯等日常活动，严重影响病人的躯体功能和生活质量。

该患者患有皮炎，且伴随卵巢癌 IIIc 期，该患者皮炎住院期间进展较快。右上肢和左上肢的肌力在 4~5 级之间。右下肢和左下肢的肌力，在 2~4 级之间。且患者术后 3 天无力症状较前明显加重，难以下床活动，伴下肢疼痛。

住院期间应指导患者进行肌力训练同时预防跌倒。

3.1.1. 肌力训练

莫选菊[6]等学者发现中低强度肌力训练能提升稳定期皮炎病人的肢体肌力，改善其躯体功能，从而提高病人的生存质量。具体方法如下。

训练前患者取坐位或仰卧位。坐位时使用无轮、无扶手、高 40~44 厘米且带靠背的椅子以保证安全。

第一环节：使用弹力带进行上肢肌力训练。起始姿势为肩关节外展 90°、肘屈 90°，在肘上方上臂前内侧施加阻力，缓慢完成肩水平内收。后续动作均在腕关节近端施加阻力，包括：前臂旋后伸直，屈肘至 90°；前臂中立位伸直，屈肘至 90°；前臂旋前伸直，屈肘至 90°；前臂中立位屈曲，伸肘至完全伸展。第二环节：使用沙袋和弹力带进行下肢肌力训练。患者坐位，髌膝屈曲 90°，沙袋固定于小腿远端施加阻力，缓慢伸膝至完全伸展；弹力带置于足掌(踝中立位)完成跖屈；弹力带放于足背(踝中立位)完成背屈；仰卧位双腿伸直，缓慢完成双腿同时抬高。所有动作需缓慢进行，终点保持约 8 秒后缓慢还原。每动作 8 次/组，共 2 组，组间休息 1 分钟。第三环节：放松。训练后进行 10 分钟上下肢大肌群静力牵拉，缓解肌肉疲劳。

终止标准：训练中出现无法耐受的肌肉疼痛、胸闷、低血糖等不适时立即停止。

3.1.2. 跌倒预防

这位患者被评估为跌倒高风险人群，在住院治疗期间，必须采取有效措施预防跌倒和坠床事件的发生。具体预防举措如下。

时刻确保病房地面干燥且干净，一旦发现地面有水渍、杂物等，需马上清理，防止患者因地面湿滑或被杂物绊倒；病床旁边的通道保证没有任何障碍物，让患者能够顺利通行。同时，把床头呼叫器放在患者伸手就能拿到的地方，方便患者及时呼叫医护人员；到了晚上，打开地灯或者小夜灯，保证病房内有充足的光线，避免因光线太暗导致患者看不清路而摔倒；根据患者的身体状况，将病床高度调整到合适程度，以患者坐在床边时双脚能够平放在地面上为准，一般来说，病床高度不超过 50 厘米。

教会患者下床的“三部曲”，即先在床上平躺一会儿，再慢慢坐起来，坐在床边让双脚垂地适应一下，感觉没有头晕等不适后，再缓缓站起来；患者在去厕所或者下床活动的时候，一定要有护士或者家属在旁边陪同，给予必要的协助和保护；提醒患者要穿防滑的鞋子，不要穿拖鞋，降低因鞋子打滑而跌倒的可能性；向患者及其家属详细说明患者存在跌倒的风险以及相应的预防办法，提高他们的防范意识，让他们一起参与到预防跌倒坠床的工作中来。

3.2. 疑难护理问题二：皮肤完整性受损与皮疹有关

皮炎具有特异性的皮肤表现。该患者颈前和上胸部均有红斑或紫红斑。住院期间做好皮肤护理同时指导患者出院后进行自我皮肤护理。

3.2.1. 皮肤物理预防

为维持皮肤处于良好状态，应注重保持其清洁与干燥，同时预防皮肤发生机械性损伤。需注意避免裸露部位直接暴露于日光下，日常应定期修剪指(趾)甲，以减少因搔抓导致的皮肤损伤。清洁皮肤时建议使用温水，避免水温过高，并不宜使用肥皂类清洁剂。

在护理操作中，需协助患者定期更换体位，辅以背部叩击，并使用气垫床减压。将床头抬高 30°有助于促进呼吸道分泌物排出，从而降低坠积性肺炎的发生风险[7]。进行静脉输液时，宜优先选用静脉留置针，以最大限度减少穿刺次数。

患者出院后，应指导其持续落实防晒措施。外出时须佩戴宽檐帽、穿着防晒服装，做好严格的光防护，并限制日光暴露时间。在紫外线较强时，应选择广谱且防晒系数较高的防晒剂进行防护。

3.2.2. 皮肤药物预防

外用激素对于皮损有一定疗效，必要时应用外用激素进行治疗。

针对不同身体部位的皮肤损伤，激素类药物的选择有所差异。头皮、躯干以及四肢等部位的皮损，

通常适宜选用中效或者强效的激素类药物；而面部、腋窝、腹股沟等皮肤相对较薄的部位出现皮损时，一般常选择弱效激素类药物，且建议每日使用2次[8]。

在药物剂型的选择上，躯干、四肢等部位常用软膏、乳膏这类剂型；头皮等部位则多选用泡沫剂、洗剂、溶液等剂型。要是需要进行长期治疗，可以逐步减少用药的次数，降低所使用激素的效价，或者采用间隔疗法，比如治疗2周后停药2周，以此减少局部和全身可能出现的不良反应[8]。

另外，使用皮肤屏障修复剂和保湿剂有助于减少皮肤水分的流失，缓解瘙痒症状。对于中度和重度的皮损情况，推荐将MMF或MTX作为一线治疗药物[8]。

3.3. 疑难护理问题三：焦虑、恐惧担心疾病预后有关

患者因肌肉无力且伴有疼痛，工作与生活均受到严重影响。激素治疗不仅疗程漫长，恢复速度迟缓，还会对患者的体形产生不良影响，且病情极易反复发作。此外，肌肉活检等具有创伤性的检查，会给患者带来身体上的痛苦。在这些因素的共同作用下，患者几乎普遍存在紧张、焦虑、恐惧等心理问题。

鉴于此，医护人员需及时与患者及其家属展开沟通，以耐心、细致的态度向他们介绍病情，让患者充分了解该病的特性以及治疗方式。通过与患者深入交谈，助力他们走出焦虑、恐惧的心理困境，树立起战胜疾病的坚定信心。

有效的心理干预措施，能够在很大程度上缓解皮肌炎合并间质性肺炎患者的焦虑、恐惧等负面心理。因此，在患者情绪较为稳定的时候，医护人员应针对患者及其家属，补充讲解疾病发病原因、治疗护理方法、日常注意事项等相关知识，以及自我护理技巧等，引导他们以正确的态度对待疾病。在讲解过程中，要耐心解答患者及其家属提出的各类问题，进一步缓解他们的紧张情绪。同时，可采用同伴教育的方式，或者向他们介绍以往成功治愈的病例，以此增强患者及其家属战胜疾病的信心，促使他们积极配合医护人员的治疗与护理工作。

心理护理

协助患者重新构建对疾病的正确认知，同时以科学、易懂的方式向他们阐释病情。用日常能理解的话来解释皮肌炎和肿瘤之间的联系，比如提到副肿瘤综合征时，要说明这并不意味着皮肌炎就是肿瘤的直接表现或肿瘤复发的明确信号，避免因过度强调这一点而让患者陷入恐慌。可以分享一些成功的治疗故事，比如“有患者通过免疫治疗有效控制了皮肌炎，随后进行的肿瘤手术也取得了很好的效果”，用这样的实例给患者带来希望。

对于患者可能存在的错误认知，比如认为皮肌炎是自己造成的，要明确告知他们“皮肌炎的发生并非您的过错”，以此减轻他们的自责心理。

在情绪管理方面，要引导患者进行情绪疏导，赋予他们应对情绪的力量，接纳他们可能出现的负面情绪。鼓励患者表达内心的愤怒或悲伤，可以说：“遇到这样的事情，换做是谁都会感到难过，您愿意和我分享一下您现在的感受吗？”对于因皮肌炎导致的体象问题，如皮疹或激素引起的面部变化，可以建议他们使用遮瑕产品进行护理，或者用头巾等装饰品来提升对外观的自我掌控感。

帮助患者关注那些他们能够控制和改变的因素，一起制定一些小而具体的目标，比如“今天您自己完成一次上肢的抬举训练”，通过实现这些小目标来增强患者的自我效能感。

强调家庭和社会支持的重要性，对家属进行教育指导。告诉家属不要过度保护患者，比如不要代替患者完成所有自理活动，而是要鼓励患者保持力所能及的独立角色，比如参与家庭决策。提醒家属避免“乐观偏差”，不要总是说“别想太多，肯定会好起来的”，而是要允许患者表达自己的脆弱和不安。还可以推荐患者加入皮肌炎或肿瘤患者的社群，比如“中国皮肌炎关爱中心”，让他们在与病友的交流

中减少孤独感，获得更多的支持和理解。

病情恶化时，避免虚假安慰，采用“希望导向沟通”[9]，如“我们无法完全预测未来，但会全力帮您缓解症状，让每一天更有质量。”

3.4. 疑难护理问题四：潜在并发症：吸入性肺炎、窒息

皮肤炎患者常常会出现吞咽困难的症状。在这种情况下，若咽喉反射无法及时将误吸入的食物清理出去，病情严重的患者就可能继发吸入性肺炎，甚至会因窒息而危及生命[10]。对皮肤炎合并间质性肺炎患者开展有针对性的吞咽功能评估，并依据评估所划定的等级进行吞咽功能训练，能够有效降低这类患者发生吸入性肺炎的几率。通常在患者入院后及时评估其吞咽功能，避免吸入性肺炎、窒息等并发症的发生，临床上通常采用日本洼田饮水试验进行评估[11]。

3.4.1. 日本洼田饮水试验

进行洼田饮水试验[11]时，首先要让患者保持端坐的姿势，然后让其饮用 30 毫升的温开水，在此过程中仔细观察患者饮用所需的时间以及是否出现呛咳的情况。该试验的分级标准如下：I级：患者能够一次性顺利且不发生呛咳地喝完 30 毫升温开水；II级：患者需要分两次饮用，但每次饮用时都不会出现呛咳；III级：患者可以一次性喝完，不过饮用过程中会出现呛咳；IV级：患者需要分成两次以上才能喝完，且饮用时有呛咳现象；V级：患者频繁出现呛咳，很难将水全部咽下。

3.4.2. 预防呛咳、吸入性肺炎、窒息

针对洼田饮水试验评定为III~IV级的中度吞咽障碍术后患者，本团队联合营养科制定并实施了一套分层递进式营养支持方案。在膳食调整方面，方案参照国际吞咽障碍食物标准(IDDSI)[12]，将饮食调整为第4级(细泥型)主食(如按 1:3~1:4 粉水比调制的米糊、山药泥)及第3级(中度增稠)液体。蛋白质类食物提供过滤去孔的蒸蛋羹、去刺过筛的鱼肉泥等；蔬果则制成泥状并过筛去纤维。所有口服液体均需使用增稠剂，从初试阶段的“蜂蜜状”(IDDSI 2级)过渡至维持阶段的“布丁状”(IDDSI 3级)，并以 10 ml 注射器垂直流出后剩余 4 ml 作为稠度合格标准。营养支持上，依据患者 60 kg 体重设定每日 1500~1800 kcal 热量及 72~90 g 蛋白质的摄入目标，采用每日 6 餐制，每餐容量 150~200 ml，并在糊状餐中常规添加口服营养补充剂以确保达标。

在进食管理与效果监测方面，实施严格的过程质控，使用刻度器具量化每口进食量(从 1~3 ml 逐步增至 5~10 ml)，并指导患者采用“点头吞咽”等技巧提升吞咽效率，餐后彻底清洁口腔。同时建立动态调整机制：每日观察进食反应与血氧变化，每周复查洼田饮水试验及血清营养指标，据此调整食物质地与配方。此外，床旁常规配置吸引装置，以应对可能发生的误吸窒息等紧急状况，保障患者安全[10]。

4. 护理效果追踪

积极给予肌力训练，尽可能的延缓了患者肌无力的进展，同时无跌倒坠床事件发生；患者皮疹、红斑症状明显好转，无压力性损伤事件发生；患者出院时焦虑、恐惧症状较术前明显减轻；患者住院期间无吸入性肺炎、窒息等并发症的发生。

5. 出院指导

对于本例合并肿瘤与自身免疫性疾病的患者，出院指导需依托妇科、风湿免疫科及皮肤科等多学科协作，核心目标是在抗肿瘤治疗与自身免疫状态稳定之间取得平衡，从而降低治疗相关感染风险，并提升患者长期生活质量。

5.1. 治疗与随访管理

患者应严格遵循肿瘤科(化疗/靶向治疗)及风湿免疫科(糖皮质激素/免疫抑制剂)医嘱,不可自行调整或停药。随访期间需定期监测肿瘤标志物(如 CA-125)及影像学评估肿瘤控制情况;同时关注肌力变化、皮疹范围及肌酶谱等免疫相关活动指标。若出现发热(体温 $> 38^{\circ}\text{C}$),应立即就医,并考虑预防性使用升白细胞及抗感染药物。

5.2. 症状监测与预警

需重点向患者说明,如出现以下症状应及时返院就诊:肌无力进行性加重、新发或扩大的皮疹、吞咽困难、活动后气短(警惕免疫相关性肺炎);新发或加重的腹痛、腹胀等肠梗阻表现;以及发热、寒战、严重腹泻或出血倾向等感染或骨髓抑制信号。

5.3. 生活与康复支持

营养方面建议给予高蛋白、易消化饮食,注意饮食卫生以预防感染。皮肤护理需严格防晒并加强保湿;肌肉功能方面可在耐受范围内进行温和锻炼,以维持肌力。同时保证充足休息,避免过度劳累,并鼓励患者接受心理社会支持,必要时参与同类患者团体,增强康复信心。

5.4. 其他关键注意事项

诊疗信息应确保在肿瘤科与风湿免疫科之间及时共享。疫苗接种方面禁止使用活疫苗,任何疫苗接种前需经两科医生共同评估。此外,患者在其他任何科室就诊时,均须主动告知双重病史及当前用药方案。

本例通过构建以多学科团队为基础、以患者安全为中心的出院指导体系,借助明确的治疗与监测计划、症状预警机制及系统性健康教育,旨在保障治疗延续性,减少并发症发生,最终促进患者整体预后改善。

6. 讨论

皮炎炎作为一种与恶性肿瘤高度相关的自身免疫性疾病,其与卵巢癌的共存,尤其是对于已进展至 III C 期的患者,构成了围手术期管理的复杂挑战。此类患者的护理不仅需着眼于肿瘤手术本身,更需综合管理皮炎炎相关的多系统损害及其对手术应激的叠加影响。

本案例中,患者术后三日出现肌无力加重,术后六日出现吞咽困难,提示病情进入一个短暂的“恶化期”。结合临床背景分析,可能的原因包括:一是手术应激诱发的全身性炎症反应激活免疫系统,加剧皮炎炎的肌肉病变;二是围手术期激素撤减导致体内激素水平相对不足,诱发类固醇撤减综合征或皮炎炎复发。两者共同作用,形成“免疫激活 + 激素波动”的双重打击,导致病情波动。

面对这一恶化期,护理团队采取了动态评估、康复训练适时调整、吞咽功能严密监控、心理支持强化及多学科协作快速响应等综合干预措施,有效控制了病情进展,避免了并发症的发生,凸显了系统化、个体化护理在应对此类疑难问题中的核心价值。

首先,肌无力的动态管理是护理的关键环节。皮炎炎所致的进行性肌无力,叠加大型肿瘤减灭手术的创伤应激,显著增加了患者术后活动受限、深静脉血栓形成、肺部并发症及跌倒的风险。本案例中,患者术后肌无力症状一度加重,提示护理需具备高度预见性。我们依据循证证据[6],在确保安全的前提下,于术前即引入并指导个体化的中低强度肌力训练。该训练方案不仅着眼于维持现有肌力,更旨在通过规范动作延缓功能衰退。同时,将防跌倒措施(如环境改造、下床“三部曲”宣教、专人陪伴)整合为标

准化流程并严格执行，最终实现了在肌力波动期间“零跌倒”的目标。这证实了，对于此类患者，康复干预与安全防护必须同步、早期实施，方能有效维持其基础功能状态，为术后恢复创造条件。

其次，皮肤完整性的维护需兼顾疾病特性与治疗需求。皮炎的特征性皮损本身即存在破损风险，而手术应激、术后强迫体位及激素治疗等因素进一步增加了发生压力性损伤的隐患。本案例采取的“物理防护”与“药物干预”相结合的策略具有针对性。物理防护(如使用气垫床、调整体位、减少穿刺)侧重于消除外部机械力损伤；而基于皮损部位和严重程度的阶梯性药物护理指导，则体现了对皮炎皮肤病变内在病理生理的遵循[8]。这种内外兼护的模式，确保了患者从住院至出院的皮肤护理连续性，使皮损得到有效控制且未发生继发性损伤，为手术切口愈合提供了良好的局部环境。

再者，心理护理需要超越常规疏导，进行认知重构与赋能。患者面临恶性肿瘤与慢性、损容性自身免疫病的双重打击，其焦虑、恐惧源于对疾病认知的模糊、对治疗副作用的担忧以及对未来的不确定性。本案例的护理实践表明，简单的安慰效果有限，需采用“希望导向沟通”[9]等结构化方法。通过以患者能理解的语言科学解释病情关联、纠正错误归因、引导关注可控因素、鼓励情绪表达，并充分调动家庭与社会支持系统，我们帮助患者逐步建立起更具适应性的疾病认知与应对方式。这种深层次的心理支持，对于提升患者治疗依从性和生活质量至关重要。

最后，对吞咽功能的主动评估与干预是预防致命性并发症的前哨。吞咽困难是皮炎常见且危险的并发症，在围手术期因麻醉、疼痛、虚弱等因素更易被诱发或加重。本案例严格遵循了吞咽障碍的筛查流程，采用洼田饮水试验进行客观分级[11]，并依据结果实施阶梯化的饮食管理与安全进食指导。对于高风险患者，早期识别并采取肠内营养支持与床边吸引准备，是预防吸入性肺炎与窒息的关键屏障。这体现了对于此类患者，常规的术后饮食宣教远远不足，必须将吞咽功能评估作为一项常规且动态的护理评估项目。

本病例的另一核心难题，在于平衡皮炎的基础免疫抑制治疗与围手术期康复需求。糖皮质激素及免疫抑制剂在控制自身免疫反应的同时，不可避免地术后组织修复与感染防御构成挑战。

面对这一矛盾，护理团队通过精细化观察与主动干预，在“免疫控制”与“术后安全”之间寻求动态平衡。首先，建立“伤口观察日志”，每日评估切口有无红肿、渗液、愈合不良等征象，并指导患者避免增加腹压的动作，以降低切口张力。其次，严格执行手卫生与无菌操作，动态监测体温及感染指标，针对高风险环节实施靶向干预：协助翻身叩背预防肺部感染，吞咽障碍者立即启动安全进食路径防止误吸，加强皮肤黏膜护理以降低机会性感染风险。同时，联合营养科制定高蛋白饮食方案，吞咽困难期及时调整为糊状饮食，既保障组织修复所需能量，又维护呼吸道防御屏障。此外，密切观察激素相关副作用并及时反馈医师，为药物剂量调整提供依据；督导患者按时服药，防止因自行停药诱发皮炎反跳。

7. 结论

综上所述，卵巢癌 IIIc 期合并皮炎患者的围手术期护理是一项多维度、高复杂性的工作。成功的管理依赖于对两种疾病相互影响的深刻理解，以及在此基础上制定的整合性护理方案。本个案通过聚焦肌无力、皮肤损害、心理应激及吞咽障碍四大核心问题，实施早期、系统、个性化的护理措施，有效稳定了患者病情，预防了相关并发症，保障了手术安全并促进了术后康复。这提示我们，对于此类复杂共病患者，应建立以护士为主导的多学科协作团队，强化围手术期风险评估与预见性护理，将专科护理、康复支持及心理社会干预贯穿始终，从而最终改善患者的整体预后与生存质量。

参考文献

- [1] Caruso, G., Weroha, S.J. and Cliby, W. (2025) Ovarian Cancer: A Review. *JAMA*, **334**, 1278-1291.

<https://doi.org/10.1001/jama.2025.9495>

- [2] Tanha, K., Mottaghi, A., Nojomi, M., Moradi, M., Rajabzadeh, R., Lotfi, S., *et al.* (2021) Investigation on Factors Associated with Ovarian Cancer: An Umbrella Review of Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of Ovarian Research*, **14**, Article No. 153. <https://doi.org/10.1186/s13048-021-00911-z>
- [3] 李玟, 张泽昊, 姜婷, 等. 抗MDA5抗体阳性皮肌炎患者预后影响因素研究及生存分析[J]. 现代预防医学, 2022, 49(15): 2875-2880.
- [4] 李宗广, 俞飞超, 吴超杰, 等. 以肺部症状为首发表现的MDA5抗体阳性皮肌炎的临床特征与预后分析[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2023, 43(4): 525-530.
- [5] 许悦, 杨扬, 范松青. 皮肌炎自身特异性抗体与皮肌炎相关性恶性肿瘤的研究进展[J]. 中南大学学报(医学版), 2023, 48(12): 1890-1898.
- [6] 莫选菊, 张晓, 彭继海, 等. 肌力训练对稳定期皮肌炎/多肌炎病人躯体功能和生活质量的影响[J]. 护理研究, 2019, 33(3): 413-417.
- [7] 李艳军, 胡宁, 杜娟. 9例特发性炎症性肌病患者的临床护理[J]. 当代护士(中旬刊), 2012(7): 14-15.
- [8] 中国医疗保健国际交流促进会皮肤科分会, 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心. 成人皮肌炎诊疗中国专家共识(2022年)[J]. 中华皮肤科杂志, 2022, 55(11): 939-948.
- [9] 肖鸿, 刘晓晓, 李园. 以希望理论为导向的干预模式对乳腺癌化疗患者应对方式及心理状况的影响[J]. 临床护理杂志, 2024, 23(3): 43-46.
- [10] 谷绿梅, 罗兰霞, 何燕, 等. 皮肌炎合并间质性肺炎呼吸道管理的研究进展[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2020, 13(4): 554-556.
- [11] 张海娣, 李庆英, 梁雪兴. 皮肌炎患者吞水试验及吞咽困难的护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(14): 217.
- [12] 吕孟菊, 柳俊杰, 李雪琳. 吞咽障碍患者饮食管理方案的构建[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(12): 1427-1434.