

# 一例毕Ⅱ式胃大部切除术后迟发性出血的个案护理实践与分析

萧结欣

广州市白云区人民医院 广东 广州 510425

**【摘要】**：本文针对1例56岁男性胃窦癌患者行毕Ⅱ式胃大部切除术后两次迟发性出血病例，总结护理经验：建立动态出血风险分层评估机制，实施止血干预、分阶段个体化康复护理、多模态心理支持、系统化健康教育，患者血红蛋白回升、腹腔引流液转淡黄，术后40天顺利出院，无感染、吻合口瘘等并发症。早期预警、精准干预、全程管理的护理路径可改善患者预后，为临床同类病例提供参考。

**【关键词】**：胃癌；并发症；迟发性出血；出血风险；管道护理；康复护理；心理支持

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.057

2025年10月10日收治1例留置鼻肠管的胃窦癌患者，对患者进行系统、规范的护理评估，确定主要护理问题，制定完整的个案护理计划，作出客观、有依据的护理评价，现将具体情况汇报如下。

胃癌是临床高发恶性肿瘤，手术切除为主要治疗方式，术后迟发性出血是严重并发症，指术后24小时至1个月内发生的消化道或腹腔出血，发生率约5.1%，二次手术率及病死率分别为73.3%和40.0%。其发生与手术操作、吻合口漏、凝血功能障碍等相关<sup>[1]</sup>，出血隐匿、早期识别困难，严重威胁患者生命。明确出血原因、实施规范护理，对降低出血风险、改善预后意义重大<sup>[2]</sup>。本文结合典型病例，总结胃癌术后迟发性出血护理要点。

## 1 临床资料

### 1.1 病程记录

患者男，56岁，因胃恶性肿瘤入院，有阑尾切除术史。10月13日突发呕血，血红蛋白49g/L，予禁食、止血、输血处理。10月14日内镜止血无效，胃管持续引流出鲜红血液，血红蛋白降至48g/L，急诊行远端胃大部切除+胃空肠吻合（毕Ⅱ式）+空肠吻合+腹腔粘连松解+淋巴结清扫术，术后转ICU，次日转回普通病房。10月19日腹腔引流管引流出鲜红色血液，血红蛋白进行性下降，保守治疗无效。10月22日行剖腹探查+止血术，术后入ICU，予禁食、抗感染、抑酸、输血、补白蛋白等治疗。10月23日拔除气管插管，10月24日转回普通外科。经营养支持、抗感染、输血等治疗，11月6日腹腔引流液转为淡黄色，可下床活动、自主排便排气，11月18日康复出院。

### 1.2 全身评估

术后第一天神志清，对答切题，心率119次/分，生命体征基本稳定。留置多条引流管，引流通畅。实验室检查：血红蛋白49g/L，红细胞比积17.3%，白蛋白27.9g/L，白细胞 $9.67 \times 10^9/L$ 。ADL评分10分，跌倒坠床风险4分，Braden压疮风险14分，疼痛评分4分，Caprini血栓风险9分，营养风

险评分5分。

### 1.3 局部评估

腹部平坦、质软，偶发腹痛，无压痛、反跳痛及包块，肠鸣音4次/分，有恶心无呕吐。

### 1.4 心理评估

焦虑自评量表55分，轻度焦虑，因肿瘤手术不确定性产生负面情绪，无自伤自杀倾向。

## 2 护理

### 2.1 止血干预

发现迟发性出血征象时，立即禁食水、胃肠减压，减少胃肠道刺激。经胃管注入冰盐水+去甲肾上腺素及蒙脱石散，夹管30分钟后接负压引流。建立多条静脉通路，持续泵注生长抑素6mg/d，静脉输注奥美拉唑40mg，每12小时一次，抑制胃酸分泌。妥善固定引流管，每小时观察引流液颜色、量与性状，鲜红色或每小时引流量 $>50ml$ 立即报告医生<sup>[3]</sup>。

### 2.2 生命体征监护

持续心电监护，每小时记录生命体征，异常时每15分钟监测一次。体温 $>38.5^\circ C$ 予药物与物理降温；心率、呼吸异常时排查管路，指导深呼吸，必要时高流量氧疗、雾化及吸痰。关注体位性血压变化，定期复查血常规与凝血功能，评估出血情况<sup>[4]</sup>。

### 2.3 出血风险评估与预警及吻合口瘘监测

建立个体化出血风险动态评估机制，结合既往出血史、手术方式、血管处理、术后凝血功能及C反应蛋白等进行风险分层，判定为出血高危，床头设置醒目标识，交接班重点交接，床旁备齐急救物品。告知患者及家属出血期间绝对卧床，禁止随意搬动，注意保暖，实现主动预警与防范。严密监测吻合口瘘，监测体温、腹痛症状，每日检查腹部体征，观察腹式呼吸，触诊有无腹膜刺激征，听诊肠鸣音。指导患者咳嗽时双手按压切口，缓冲腹内压，预防吻合口瘘。

## 2.4 营养支持、疼痛与睡眠管理

出血期间NRS-2002评估存在营养失调风险,联合营养科制定营养计划。肠外营养满足生理需求,维护TPN静脉通路,出血停止后启动肠内营养,先以5%葡萄糖氯化钠注射液25ml/h经鼻肠管泵入,耐受后提速,后续予能全素50ml/h泵入,每6小时用30ml温水冲管,记录大便情况。采用脸谱评分法评估疼痛,区分疼痛来源,肠道痉挛痛予间苯三酚解痉,配合按压切口、音乐、深呼吸等非药物镇痛。集中日间护理操作,夜间保持病室安静,保障连续睡眠<sup>[5]</sup>。

## 2.5 术后基础护理

出血活动期协助患者绝对卧床,平卧位头偏向一侧,防止呕吐物误吸。Braden压疮评估中危,使用气垫床、水垫与翻身枕,每2-3小时翻身拍背,预防皮肤损伤。出血控制后床头抬高至30°,减轻腹部张力,促进呼吸与吻合口愈合,鼓励床上翻身。输注血制品严格双人核查,初期密切观察15分钟,防范输血反应。生命体征平稳后指导踝泵运动,每2小时5-10分钟,预防深静脉血栓<sup>[6]</sup>。

## 2.6 饮食渐进管理

出血停止72小时后,按冷流质→温半流质→软食逐步过渡,先予少量冰生理盐水,再予米汤、稀藕粉,结合营养科意见制定个体化方案,少量多餐<sup>[7]</sup>。严格禁食辛辣、粗糙、坚硬食物,监测电解质、白蛋白,指导进食高蛋白食物促进修复。嘱患者小口慢咽,观察胃部反应,记录耐受情况并调整方案。

## 2.7 感染防控

全程遵循无菌原则,做好引流管、深静脉管道护理。定时监测体温,观察切口红肿热痛及引流液性状,监测白细胞、PCT、C反应蛋白,规范使用抗生素。指导患者及家属保持切口干燥

清洁,避免碰水与污染,渗液渗血及时告知。避免牵拉切口、用力排便、用力咳嗽等增高腹压的动作。

## 2.8 心理干预与社会支持

用焦虑自评量表(SAS)测评,患者有轻度焦虑,护士加强巡视,观察行为表情,及时心理疏导、陪伴沟通,缓解负面情绪,提高心理弹性<sup>[8]</sup>。播放舒缓音乐放松身心,讲解治疗及康复过程,增强治疗信心,提高依从性。

## 2.9 出院指导与随访管理

出院前讲解饮食、活动、出血征兆识别知识,嘱1个月内避免重体力劳动。定期复查血常规、胃镜及肿瘤标志物,建立随访档案,电话或微信随访,发放康复手册与紧急联系卡<sup>[9]</sup>。

## 3 结果

实施个体化护理方案后,患者血红蛋白从48g/L恢复至出院时91g/L,白蛋白从27.8g/L恢复至36.2g/L,疼痛评分由4分降至1分,ADL评分由10分升至80分,引流液由暗红转为淡黄,焦虑自评量表评分由55分降至30分。经多阶段护理、个体化康复、多模态心理支持及系统化健康教育,患者顺利康复出院。

## 4 小结

胃癌术后迟发性出血护理遵循“早期识别-紧急处理-全程管理”路径,通过严密监测高危因素、及时止血、个体化护理与多学科协作,可有效改善预后。细节化护理在体位、饮食、心理等方面应用价值显著。临床应优化风险预警,主动参与多学科讨论,采用直观方式开展健康教育,建立常态化情绪评估干预流程,提升护理质量与人文关怀。未来需持续探索标准化护理路径,结合实践完善方案,提升护理质量与患者康复效果。

## 参考文献:

- [1] 刘文韬,燕敏.胃癌术后迟发性出血原因分析及处理[J].中国实用外科杂志,2017,37(4):348-351.
- [2] 王君辅,李红浪.胃癌根治术后迟发性出血的原因分析及其防治[J].腹部外科,2018,31(1):33-37.
- [3] 欧阳亮群.早期胃癌ESD术后迟发性出血危险因素分析及护理对策[J].护理实践与研究,2021,18(15):2312-2315.
- [4] 谷启蓉,罗丹,李欣.1例复合手术治疗迟发性胰十二指肠切除术出血患者的围术期护理[J].医药前沿,2025,15(11):123-125.
- [5] 陈美琴,苏燕玲.胃癌手术患者开展护理团队策略下疼痛干预对术后疼痛的影响[J].基层医学论坛,2025,29(30):114-117.
- [6] 韦薛皎,韦雪菱,覃东明.1例左后纵隔神经鞘瘤切除术后合并急性消化道穿孔患者的个案护理[J].当代护士(下旬刊),2025,32(10):92-96.
- [7] 张宁,林晓君,杨雪凤.一例不完全性肠梗阻患者的营养护理个案[J].中国典型病例大全,2025,19(03):923-926.
- [8] 吴瑞珠,梁小明,闫俐俐,等.综合护理对胃癌手术患者术后疼痛、负面情绪及并发症的影响[J].智慧健康,2025,11(26):171-174.
- [9] 贾日婷,申梅芳,郭庆平,等.胃癌术后患者出院准备度的研究进展[J].长治医学院学报,2025,39(04):381-384.
- [10] 许媛,苏巧针,李文娟,等.胃癌根治术后上消化道出血的原因及护理对策分析[J].黑龙江中医药,2024,53(03):233-235.