

胃窦癌根治术后反复出血合并多并发症患者的全程精细化护理

黄丽娜

广州市白云区人民医院 广东 广州 510000

【摘要】：总结1例胃窦癌根治术后反复出血合并失血性休克、肺部感染、腹腔感染、谵妄、低蛋白血症患者的护理经验。护理要点：建立出血风险预警机制，实现首次出血快速响应；采用早期识别腹腔再出血；精准执行抗感染治疗，联合气道廓清技术控制肺部感染；分阶段实施营养支持，维护代谢平衡；动态平衡出血与血栓风险；早期识别谵妄并实施心理干预。经40天精细化护理，患者康复出院。该经验可为同类病例提供参考。

【关键词】：胃肿瘤；术后出血；多管道护理；谵妄

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.032

胃癌是全球常见消化道恶性肿瘤，术后出血是最凶险的并发症之一，起病急骤，可致失血性休克甚至死亡^[1]。本文报告1例胃窦癌根治术后反复出血、合并复杂并发症的救治护理过程，总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男，56岁，因“确诊胃窦腺癌1月余”于2025年10月10日入院。术前分期cT4aN+M0，合并幽门梗阻，曾行1周期化疗，既往乙肝携带史。入院查体：T 36.6℃，P 77次/分，R 18次/分，BP 106/70 mmHg，皮肤黏膜稍苍白。入院诊断：胃恶性肿瘤（cT4aN+M0）、幽门梗阻、右肺下叶感染、低蛋白血症、贫血、乙肝携带、输液港置入状态。

1.2 治疗与转归

第一阶段（10月10日-13日）：入院CT示右肺下叶新发感染，予抗感染。10月13日9:03，患者在医生办公室突发呕血，量约300ml，色暗红，伴乏力、头晕。急查血常规示血红蛋白（HGB）降至49g/L，呕吐物潜血阳性，诊断为上消化道大出血、重度贫血。立即启动抢救，予心电监护、吸氧、禁食、留置胃管，并紧急申请输注红细胞悬液。

第二阶段（10月14日-22日）：10月14日行急诊胃大部分切除术，术后转ICU。10月16日转回普外科，患者神志清楚，生命体征平稳，携带胃管、鼻肠管及5根腹腔引流管。10月19日盆腔引流管引流量由150ml增至400ml，色鲜红，HGB下降，提示腹腔再出血。10月22日行二次剖腹探查止血术，术后再转ICU。

第三阶段（10月24日-11月19日）：10月24日转回普外科，携带胃管、鼻肠管及6根腹腔引流管。予抗感染（美罗培南+万古霉素+米卡芬净）、雾化化痰、分阶段营养支持。10月31日出现谵妄，予奥氮平及心理干预。11月19日康复出院，住院40天。出院诊断：胃恶性肿瘤（pT4aN2M0）、手术后腹腔出血、重度贫血、低蛋白血症、凝血功能异常等。

2 护理

2.1 术前预康复与出血风险预警

患者存在营养不良（白蛋白32.4g/L）及肺部感染，实施预康复^[2]：呼吸功能训练、营养干预（NRS2002评分4分）、出血预警（Caprini评分6分）。提前做好急救用物，明确分工，将患者列为高风险对象进行重点交接。10月13日突发呕血时，1分钟内启动应急响应。

2.2 首次出血应急处理与手术衔接

患者呕血后立即平卧、头偏一侧，清除口鼻腔分泌物，建立双静脉通路，予禁食、胃肠减压、心电监护、吸氧、留置胃管、紧急输血。遵医嘱经胃管注入4℃生理盐水50ml+肾上腺素2mg、蛇毒血凝酶4u及蒙脱石散3g，以收缩局部血管、减少出血。首次输血后HGB升至59g/L，次日晨降至34g/L，提示活动性出血，护士及时向医生反馈，为急诊手术提供依据。术后与ICU护士详细交接。

2.3 术后再次出血早期识别与多管道管理

10月16日患者由ICU转回普外科病房时，携带胃管、尿管、鼻肠管及多根腹腔引流管（脾窝、盆腔、吻合口等）。转科后采用“三色标识法”管理引流管^[3]：红色（腹腔高危管）、绿色（营养管）、黄色（尿管）。每班记录引流量及性状，绘制趋势图。10月19日发现盆腔引流管引流量由150ml增至400ml、色鲜红，HGB由72g/L降至55g/L，立即报告。遵医嘱加强止血、加快输血，并予生长抑素3mg+奥美拉唑40mg微量泵持续24h泵入。持续观察至10月22日行二次手术，术后详细记录出血动态。

2.4 感染防控与抗感染治疗

患者住院期间先后出现肺部感染、腹腔感染及可疑真菌感染，炎症指标波动显著，痰液性状呈现典型的白色拉丝状，提示多重耐药菌及真菌混合感染可能。普外科病房护士在感染防控中承担了病情监测、精准给药及气道护理的多重任务^[4]。

（1）抗感染药物精准输注：二次术后予美罗培南（q8h）、万古霉素（q12h）、米卡芬净三联治疗，微量泵控制速度，密

切观察有无过敏反应^[5]。11月4日降级为哌拉西林钠他唑巴坦钠，重点观察肠道菌群失调表现。

(2) 气道廓清与雾化化痰：术后痰液粘稠，予氨溴索+布地奈德雾化吸入每日2次，雾化后排背。10月24日痰NGS示大肠埃希菌及白色念珠菌，增加雾化至每日3次，联合振动排痰仪（25Hz，10min，每日2次）。咳痰明显减轻。

(3) 感染指标动态监测：每日追踪白细胞、CRP、PCT及真菌G试验^[5]。10月24日白细胞升至 $16.24 \times 10^9/L$ ，CRP升至122.7mg/L，提醒医生调整抗生素为美罗培南+万古霉素。11月4日白细胞 $8.56 \times 10^9/L$ ，CRP 18.08mg/L，降级为哌拉西林舒巴坦。11月6日胸部CT示感染有效控制。

(4) 伤口与引流管感染预防：每日更换引流管敷料，碘伏环形消毒。抗返流引流袋每周更换1次，胃肠减压瓶每日更换，胃管、鼻肠管固定敷料每3天更换，输液港敷料每周更换。10月30日拔除胃管及鼻肠管，11月4日拔除尿管，11月6日拔除所有腹腔引流管，拔管后伤口愈合良好。

2.5 分阶段营养支持与代谢平衡维护

分四阶段干预^[6]：

出血活动期（10月16日-28日）：禁食、全肠外营养，监测肝功能及电解质。10月21日ALT升至159U/L，调整脂肪乳剂量。同期血钾3.8~4.25mmol/L，血钠138.4~139.7mmol/L，处于正常范围下限。

肠内营养启动期（10月29日-11月3日）：10月29日胃管无血性液体后予葡萄糖氯化钠胃管注入；10月30日拔除胃管及鼻肠管，开始流质。10月30日血钠降至133.9mmol/L，予含钠液体补充及饮食加盐。11月4日血钠升至134.2mmol/L。

经口进食过渡期（11月4日-6日）：患者腹胀，排除肠梗阻后予健胃消食口服液，少量多餐。11月6日血钠135.9mmol/L，

改为半流质饮食。

康复期（11月6日-19日）：高蛋白、易消化饮食，增加富钾食物。11月20日血钾3.89mmol/L、血钠139.4mmol/L，血红蛋白91g/L，白蛋白33.1g/L，体重增加2.3kg。

2.6 出血与血栓风险的动态平衡管理

患者Caprini评分最高9分，出血与血栓风险并存。分层预防^[1]：出血活动期——沙袋压迫腹部，暂停抗凝药物，指导床上踝泵运动（每次20组，每日4次），定时翻身；出血稳定期——血管超声排除血栓后，启用间歇充气加压装置（每日2次，45mmHg），继续踝泵运动；康复期——穿戴弹力袜，鼓励肢体功能锻炼，多饮水。10月31日D-二聚体26.99mg/L，APTT 60.1秒，护士警惕矛盾性高凝状态，提醒医生行下肢血管超声，结果无血栓。住院期间未发生血栓事件。

2.7 谵妄早期识别与心理危机干预

10月31日患者出现烦躁、胡言乱语，RASS量表动态评估（每日3次）。护理措施：白天集中治疗，减少夜间干扰；指导家属正向语言交流（肯定性语言、引导回忆积极经历，每次5-10分钟）；播放患者喜爱的轻音乐^[7]。11月1日予奥氮平5mg/晚口服，11月4日因白天嗜睡、进食减少，心身医学科会诊减量至2.5mg/晚^[8]。经综合干预，患者情绪稳定，出院前未再出现谵妄。

3 小结

本文报告1例胃癌术后反复出血合并多并发症患者的精细化护理经验。护理涵盖术前预康复、出血早期识别与急救衔接、多管道精细化管理、感染防控、分阶段营养支持及谵妄心理干预。护士需具备敏锐观察能力，熟练掌握出血风险评估，在多管道维护中兼顾抗凝与出血的平衡，重视患者心理需求。通过全程化、个体化护理及多学科协作，促进患者顺利康复，为同类病例提供参考。

参考文献：

- [1] 李子禹,吴舟桥.胃癌术后出血的预防及处理[J].中国普外基础与临床杂志,2021,28(06):704-707.
- [2] 祁克蓉,董洪芳,孙文君.循证护理对进展期胃癌根治术患者的应用效果探讨[J].中国社区医师,2021,37(34):141-142.
- [3] 段珍奇,吴莲香,陈燕,等.胃肠肿瘤术后患者多管道安置规范流程的建立与临床应用[J].微创医学,2020,15(06):712-714+735.
- [4] 张佳欣,张梦茹,秦玉领.护理干预减少普外科患者手术后肺部感染的研究[J].中国防痨杂志,2025,47(S2):238-240.
- [5] Li Q,ShuQian Z,Ning Z.Effects of cooperative nursing and patient education on postoperative infection and self-efficacy in gastrointestinal tumors.[J].World journal of clinical cases,2021,9(7):1610-1618.
- [6] 李颖颖.基于营养风险筛查的标准营养支持治疗对胃癌术后患者恢复情况的影响[J].实中西医结合临床,2021,21(20):90-91+95.
- [7] 刘丽萍,张萍,朱桦,等.成人术后谵妄预防与护理专家共识[J].中华急危重症护理杂志,2025,6(07):837-842.
- [8] 邱丽芳,郑丽仙,黄惠清,等.老年胃癌患者术后谵妄风险因素分析及其风险评估模型的构建[J].中国医药指南,2021,19(33):1-3.