

1 例腹腔镜胃癌患者的围手术期护理

曹慧霞

(河南大学淮河医院胃肠疝与腹壁外科 河南开封 475000)

【摘要】总结1例腹腔镜胃癌患者围手术期的护理措施及效果。为腹腔镜胃癌患者的个体化精准护理提供依据。包括心理评估护理、术前准备、术后严密观察病情,切口引流管的观察及护理、个体化营养支持、多模式疼痛管理、早期活动方案及术后并发症的观察。经过精心的治疗与护理,患者康复出院,患者生活质量良好,未出现并发症。

【关键词】腹腔镜胃癌根治术;围手术期护理;疼痛管理;营养支持;并发症护理

Perioperative Nursing Care for a Laparoscopic Gastric Cancer Patient by

Cao Huixia

(Department of Gastrointestinal Hernia and Abdominal Wall Surgery, Huaihe Hospital, Henan University, Kaifeng, Henan 475000)

[Abstract] This study summarizes the perioperative nursing measures and outcomes for a laparoscopic gastric cancer patient, providing evidence for individualized precision nursing care in such cases. The nursing interventions included psychological assessment, preoperative preparation, postoperative close monitoring of the patient's condition, observation and care of the incision drainage tube, individualized nutritional support, multimodal pain management, early mobilization plan, and postoperative complication monitoring. Through meticulous treatment and nursing care, the patient recovered and was discharged with good quality of life, without any complications.

[Key words] laparoscopic radical gastrectomy; perioperative care; pain management; nutritional support; complication management

胃癌是指起源于胃黏膜上皮细胞的恶性肿瘤。它通常从胃的内层开始,逐渐向胃壁深层侵犯,并可能通过淋巴、血液扩散到身体的其他部位。胃癌是全球常见的消化道恶性肿瘤,好发年龄在50岁以上,男性发病率明显高于女性,男女比例约为2:1。腹腔镜胃癌根治术凭借其微创、视野清晰、出血少、恢复快等优势,已成为治疗早期及进展期胃癌的标准术式之一^[1],其核心在于减少手术应激、维持生理功能、促进患者快速康复。故腹腔镜胃癌围术期护理需根据患者的护理评估资料来制定切实可行的个体化护理计划,并积极做好术前、术后及并发症预防等方面的临床护理与健康宣教,为手术的顺利完成提供保障^[2-3]。2026年03月05日本院胃肠疝与腹壁外科病区收治1例胃癌患者,以下是对腹腔镜胃癌围手术期护理的探讨,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者秦*银,男,69岁,2月前因“食欲不佳,纳差(饭量较前减少一半),伴反酸、烧心、恶心、干呕”至尉氏县人民医院就诊行胃镜示:贲门癌?病理活检:考虑腺癌。为进一步诊治于2026-01-09来我院消化科就诊,完善相关检查:胃贲门部、胃底占位,考虑胃癌,胃小弯侧增大淋巴结。

后完善相关分子检测示:Her-2(1+),PD-L1 CPS 5, MLH1, PMS2, MSH2, MSH6均表达(PMMR)。经胸外科及肿瘤科综合评估后建议行术前新辅助治疗,排除禁忌症后于2026-01-17、2026-02-11行“信迪利单抗 200mg”免疫治疗2周期,于2026-01-20、2026-02-13开始“奥沙利铂 230mg d1+替吉奥 60mg(早3粒晚4粒)”方案化疗2周期。现为行进一步治疗来我院就诊,门诊以“胃恶性肿瘤”收入我科。患者生命体征示:T:36.3℃,脉搏:78次/分,呼吸:18次/分,血压:125/72mmHg,体重:60Kg,身高:178cm。发病以来精神可、神志清、睡眠可,饮食如上述,大小便正常,体重减轻5Kg。查体见:腹部平坦,无腹壁静脉曲张,无胃肠型及蠕动波。全腹触诊质软,无压痛,无反跳痛,无包块;肝脏肋下未触及,脾肋下未触及,Murphy征阴性。腹部叩诊呈鼓音;肝区无叩击痛,肾区无叩击痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常,未闻及血管杂音。患者无“高血压”“糖尿病”等慢性病史,无“肝炎”“结核”等传染病史,无心脏、脑血管疾病病史,无“哮喘”等病史。无手术史,无重大外伤史,无输血、献血史,无食物、药物过敏史,预防接种随当地进行。

1.2 治疗及转归

完善相关检查,尤其是血常规、血型鉴定、心肾功能、凝血酶原时间、上腹部CT、下腹部CT等检查,排除手术禁

忌症。患者于2026年03月11日10:25在全麻下行“腹腔镜胃癌根治术”，于17:10返回病房。查体：神志清，生命体征平稳。患者诉术处疼痛，可耐受。手术受压部位完好无破损，无压红，腹部术处敷料包扎清洁固定好，无渗出。患侧伤口周围皮温正常，无青紫，无肿胀。腹部留置创腔引流管引流通畅，引流出暗红色血性液体。术后给予红光治疗、心电监护、氧气吸入；给予氟比洛芬酯注射液、艾普拉唑等静脉用药；给予吸入用布地奈德混悬液及富马酸福莫特罗吸入溶液压缩雾化吸入；给予补钾补液等营养支持治疗；给予禁食禁水，胃肠减压；于03月12日停用心电监护及吸氧应用，于04月03日停止禁食禁水，于04月10日停止胃肠减压，于04月23日拔除腹部创腔引流管，于04月23日好转出院。

2 护理

2.1 术前护理

(1) 术前评估：术前详细了解患者的病史，完成常规护理评估。发现问题及时与医生沟通，为手术做准备。

(2) 适应性训练：指导患者练习床上翻身、使用便器。术前一周开始每天步行30分钟，床上踝泵运动。训练术后早期下床活动（三步法：摇高床头坐起→床沿坐腿下垂→辅助下站立行走）。

(3) 心理护理：在患者入院后积极主动与患者及家属沟通，掌握患者病情及其不良心理状态^[4]，与患者多交流，针对患者的年龄、性格、文化程度向患者介绍手术治疗的必要性，术前向患者进行宣教，包括疾病及手术相关知识，腹腔镜胃癌根治术后注意事项等，耐心回答患者及患者家属提出的问题，消除患者紧张焦虑的情绪；说明术后可能出现的并发症，增强患者的信心。同时邀请手术医生详细向患者讲解腹腔镜胃癌根治术的手术入路、手术操作流程以及腹腔镜手术的优点等，消除患者对手术的恐惧，增强患者战胜疾病的信心。

(4) 皮肤准备：患者需剃除术区毛发，清洁手术区域皮肤，防止术后切口感染。

(5) 呼吸道准备：指导患者行呼吸功能锻炼：如深呼吸及有效咳嗽、咳痰等，开展适度的有氧运动，提高心肺功能储备。劝告患者戒烟，保持室内空气流通，室内严禁吸烟，减少探视人员及探视时间，降低患者感染风险。

(6) 胃肠道准备：术前1-2天进食流质或无渣饮食。遵医嘱进行肠道准备，但应避免过度脱水。术前12h禁食，术前4h禁水，防止麻醉或手术过程中呕吐引起窒息或吸入性肺炎。对于伴有幽门梗阻者，在禁食基础上，术前3日起

每晚用温生理盐水洗胃，以减轻胃粘膜的水肿。术前3日给患者口服肠道不吸收的抗生素，必要时清洁灌肠。

(7) 改善营养状况：采取个体化营养支持：对于存在营养不良风险的患者，给予高蛋白、高维生素、高热量、低脂肪、易消化和少渣食物。对于不能进食者，应遵医嘱予静脉输液，补充足够的热量，必要时输血浆或全血，以改善患者的营养状况，提高其对手术的耐受性。

2.2 术后护理

(1) 一般护理：观察患者的生命体征、神志、腹部体征及患者尿量、切口渗血、渗液和引流液的情况。

(2) 体位：术后取平卧位，待患者血压平稳后给予低半卧位，以保持腹肌松弛，减轻腹部切口张力，减轻疼痛，有利于呼吸及引流。

(3) 疼痛护理：评估伤口疼痛的性质、程度。教会患者正确表达疼痛及缓解疼痛的方法，坐起时帮助患者保护伤口；运动时轻柔缓慢，防止牵拉引流管等。必要时给予止痛药物：如患者自控镇痛泵，遵医嘱给予止痛药物，有效镇痛是早期活动的前提。提供舒适安静的病房环境，保证患者休息良好。伤口处进行红光理疗，可缓解疼痛，促进伤口愈合。

(4) 禁食和保持有效的胃肠减压：拔除胃管前禁食，拔除胃管后当日可饮少量水或米汤；如无不适，第二日进半量流质饮食，每次50-80ml；第三日进全量流质饮食，每次100-150ml；进食后无不适，第四日可进半流质饮食。食物宜温、软、易于消化，忌生、冷、硬和刺激性食物，少量多餐。开始时每日5-6餐，逐渐减少进餐次数并增加每次进食量，逐渐恢复正常饮食。

(5) 引流管护理：①妥善固定并准确标记各引流管，避免脱出，一旦脱出后不可自行插回；②保持引流通畅，防止受压、扭曲、折叠等，经常挤捏各引流管以防堵塞；若堵塞，可在医师指导下用注射器抽取生理盐水试冲洗引流管；③观察并记录引流液的颜色、性状和量等。留置胃管可起到胃肠减压的作用，以减轻胃肠道张力，促进吻合口愈合。护理时还应注意：部分患者胃管需接负压吸引装置，维持适当负压，避免负压过大损伤胃粘膜；术后24小时内可由胃管引出少量血性液体或咖啡样液体，若有较多鲜红色血性液体，应及时报告医师并配合处理；术后胃肠减压量减少，肠蠕动恢复，肛门排气后，可拔除胃管。

(6) 营养支持：①肠外营养支持：术后胃肠减压期间及时输液补充患者所需的水、电解质和营养素，必要时输人血白蛋白或全血，以改善患者的营养状况，促进伤口愈合。②肠内营养支持：对术中放置空肠喂养管的胃癌根治术患者，术后早期经喂养管输注肠内营养液^[5]。护理时：①妥善固定喂养管；②保持喂养管通畅；③控制营养液的温度、浓

度和速度；④观察有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻和水电解质紊乱等并发症。

(7) 输液护理：保持静脉输液通畅，记录术后 24 小时出入水量，及时了解患者各项检查结果，为合理输液提供依据，避免水电解质平衡失调。

(8) 鼓励早期活动：除年老体弱或病情较重者，鼓励并协助患者术后第一日坐起轻微活动，第二日协助患者于床边活动，第三日可在病室内活动。患者活动量根据个体差异而定，早起活动可促进肠蠕动恢复，预防术后肠粘连和下肢静脉血栓等并发症。

2.3 并发症护理

(1) 术后胃出血：①严密观察患者的生命体征和神志变化；②加强对胃肠减压引流液的颜色、性质和量的观察，若术后短期内从胃管引流出大量鲜红色血液，持续不止，须及时报告医师；③遵医嘱应用止血药物、用冰盐水洗胃或输新鲜血等；④若经非手术治疗不能有效止血或出血量 > 500ml/h 时，积极完善术前准备。

(2) 十二指肠残端破裂：①立刻进行手术术前准备；②术后持续负压吸引，用氧化锌软膏保护引流管周围皮肤；③经静脉或空肠造瘘管提供营养支持，遵医嘱使用广谱抗生素抗感染，积极纠正水、电解质和酸碱平衡失调。

(3) 吻合口破裂或吻合口瘘：①弥漫性腹膜炎的吻合口破裂患者须立即手术，做好急诊手术准备；②形成局部脓肿、外瘘或弥漫性腹膜炎患者，进行局部引流，注意及时清洁瘘口周围皮肤并保持干燥，局部涂以氧化锌软膏、皮肤保护粉或皮肤保护膜进行保护；③禁食、胃肠减压；④合理应用抗生素和给予肠外营养支持，纠正水电解质紊乱和维持酸碱平衡。经上述处理后多数患者吻合口可在 4-6 周自愈，若经久不愈，需再次手术。

(4) 胃排空障碍（胃瘫）：禁食、胃肠减压，给予肠外营养支持，纠正低蛋白血症，维持水电解质和酸碱平衡，应用胃动力促进剂，也可用 3% 温盐水洗胃。

(5) 术后梗阻：禁食、胃肠减压、营养支持，若非手术治疗无效，应以手术解除梗阻。

参考文献：

- [1]李国新.腹腔镜胃癌根治术中国专家共识(2023版)[J].中华胃肠外科杂志, 2023, 26(1): 1-10.
- [2]陈凇.加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J].中华外科杂志, 2018, 56(1): 3-6.
- [3]江志伟.加速康复外科临床应用现状与展望[J].中国实用外科杂志, 2020, 40(1): 37-40.
- [4]刘毓姝, 姜涛, 刘慧光.胃癌患者围手术期的心理护理[J].现代肿瘤医学, 2021, 19(3): 76.
- [5]黎介寿.临床肠外及肠内营养支持[J].中华消化外科杂志, 2020, 14(1): 1-3.

(6) 倾倒综合征：早期倾倒综合征：指导患者少食多餐，避免过咸过甜过浓饮食，禁食低碳水高蛋白饮食；进餐后平卧 20 分钟。术后半年到一年逐渐自愈。极少数严重者需手术治疗；晚期倾倒综合征（低血糖综合征）：低碳水高蛋白饮食，少量多餐，出现症状时稍进饮食，尤其是糖类，即可缓解。

(7) 出院指导：①饮食指导：坚持少量多餐，细嚼慢咽，循序渐进增加食量。选择高蛋白、高维生素、低糖、易消化的食物。避免生冷、坚硬、辛辣刺激、过甜过油腻的食物及饮料。进食后平卧 20-30 分钟，可预防或减轻倾倒综合征。②活动与休息：鼓励患者每日散步，从 30 分钟开始，逐步增加。逐渐增加活动量，避免重体力劳动和剧烈运动 1-3 个月。保证充足睡眠。③药物指导：遵医嘱服用药物（如铁剂、维生素 B12、抗肿瘤药物等）。解释药物作用、副作用及注意事项。④复查与监测：强调定期复查的重要性。告知患者如出现剧烈腹痛、发热、呕血黑便、腹胀呕吐、体重持续下降等异常情况，应立即就医。⑤心理与社会支持：出院后 24-48 小时内进行电话随访。鼓励患者加入康复病友群，推送康复知识，提供在线咨询。寻求家庭和社会支持，保持乐观心态，逐步回归正常的生活和工作。

3 小结

胃癌是全球常见的消化道恶性肿瘤，腹腔镜胃癌根治术在保证肿瘤根治效果的前提下，能最大程度地发挥微创、精准、快速康复的优势，是现代胃癌外科治疗的首选和主流术式。腹腔镜胃癌围手术期护理质量的高低直接影响到患者的治疗效果、并发症的发生及康复效果。护理人员需要及时总结和发现新型术式的护理要点，分享护理经验，充分发挥护理的重要性，以此可有效预防和减少并发症的发生。患者能顺利度过手术危险期，有助于提高患者的生存质量，达到预期治疗效果。对患者及家属开展持续、个性化的健康教育是保障患者出院后康复质量的关键。