

1 例胃癌合并艾滋病患者行腹腔镜下毕 II 式手术的围术期护理

杨玲 韩荣

天津市第二人民医院

DOI:10.12238/bmtr.v7i6.17009

[摘要] 总结 1 例胃癌合并艾滋病患者围手术期的护理经验。术前实施多学科协作诊疗全面评估患者病情, 制定诊疗护理方案, 做好消毒隔离及术前准备, 给予心理护理, 加强对患者的评估。术后从病情观察、疼痛护理、管道护理、艾滋病隔离护理、饮食指导等方面针对肿瘤治疗和免疫缺陷的双重特点实施个体化的护理措施, 并做好出院指导及随访。患者经腹腔镜手术治疗后, 住院 12 天, 术后无并发症及职业暴露, 顺利出院。

[关键词] 胃癌; 艾滋病; 腹腔镜手术; 毕 II 式吻合; 围术期护理

中图分类号: R473.7 文献标识码: A

Perioperative Nursing of a Patient with Gastric Cancer Complicated with AIDS who Underwent Laparoscopic Type II Surgery

Ling Yang, Rong Han

Tianjin Second People's Hospital

[Abstract] Summarize the perioperative nursing experience of a patient with gastric cancer complicated with AIDS. Before the operation, a multidisciplinary collaborative diagnosis and treatment approach is implemented to comprehensively assess the patient's condition, formulate a diagnosis, treatment and nursing plan, carry out disinfection, isolation and preoperative preparations, provide psychological care, and strengthen the assessment of the patient. After the operation, individualized nursing measures were implemented in terms of disease observation, pain care, pipeline care, AIDS isolation care, dietary guidance, etc., in accordance with the dual characteristics of tumor treatment and immune deficiency, and discharge guidance and follow-up were well done. After laparoscopic surgery, the patient was hospitalized for 12 days. There were no complications or occupational exposures after the operation, and the patient was discharged smoothly.

[Key words] Gastric cancer; AIDS; laparoscopic surgery; Billroth II anastomosis; perioperative nursing

引言

胃癌是全球常见的恶性肿瘤之一, 外科手术仍是其根治性治疗的主要手段^[1-2]。随着微创技术的发展, 腹腔镜胃癌根治术因其创伤小、恢复快等优点已成为临床常规术式。然而, 当胃癌患者合并艾滋病 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 时, 其外科治疗与护理面临着一系列独特的挑战。

艾滋病是由人类免疫缺陷病毒 (HIV) 引起的严重免疫缺陷性疾病。即使通过高效抗逆转录病毒治疗 (HAART) 使病毒载量得到有效控制, 患者的免疫功能仍可能存在不同程度的缺陷, CD4+ T 淋巴细胞计数降低, 使其成为机会性感染的高危人群^[3]。围术期的应激反应、麻醉及手术创伤可进一步抑制免疫功能, 增加术后感染、伤口愈合延迟、吻合

口漏等并发症的风险^[4]。此外, 这一患者群体常伴有不同程度的心理问题, 如病耻感、焦虑和抑郁^[5-6]。从医疗安全角度来看, 手术团队 (包括外科医生、麻醉医生及手术室护士) 面临着更高的职业暴露风险, 因此, 严格执行标准预防措施至关重要^[7]。我院外科于 2025 年 2 月收治 1 例胃癌合并艾滋病患者。经过多学科专家的积极诊治并为其提供针对性护理, 患者围手术期病情平稳。现将护理经验报告如下。

1 病例简介

患者男, 62 岁, 于入院半月前因进食后剑突下胀满不适, 就诊外院, 行胃镜检查, 病理提示中-低分化细胞癌, 就诊于我院。流行病学情况: 既往艾滋病, 梅毒病史。查体:

CD4+T 淋巴细胞 240.84 个/ μ l, 高敏 HIV-RNA 定量 1.03×10^5 cp/ml, 规律服用抗病毒药物。入院诊断为: 1. 胃部

恶性肿瘤; 2.艾滋病; 3.隐形梅毒。PET-CT 结果回报: 除胃窦部肿瘤外可见胃幽门右前旁散在 FDG 摄取轻度增高淋巴结, 高度可疑淋巴结转移。术前多学科会诊, 进行相关讨论, 完善术前准备后给予全麻下行腹腔镜远端胃切除、毕 II 式胃空肠吻合术+腹腔淋巴结清扫术。手术历时 6h。

保留胃管, 保留左右两侧腹腔引流管, 保留 PICC 导管, 保留尿管。术后 2 日腹部左右两侧腹引管伤口换药, 无红肿渗液, 拔除尿管, 协助患者下地活动, 促进胃肠功能恢复。并嘱患者少量饮水口服抗 HIV 病毒药物。术后 10 日拔除胃管和右侧腹腔引流管, 术后 11 日拔除左侧腹腔引流管。术后 12 日出院。出院后继续抗病毒治疗, 1 月返院行术后化疗。延续性小组继续随访, 跟踪宣教, 指导康复训练, 无功能障碍及并发症发生。

2 围术期护理

2.1 术前护理

2.1.1 建立多学科协作小组

术前组织重症医学科、感染与免疫科、手术室、麻醉科、营养科及 PICC 导管小组进行术前相关讨论, 确定具体的手术方式, 了解手术风险, 制度手术方案及相关护理措施。重点关注感染与免疫科医生关于患者免疫状态和抗病毒治疗方案的意见。确保护理计划与整体治疗策略同步。

2.1.2 严密消毒隔离, 防止医源性传播

将患者安置在独立病室, 采取血液、体液隔离, 遵循标准预防原则^[8]。

2.1.3 营养支持与胃肠道准备

患者入院时存在轻度营养不良 (BMI 18.5 kg/m²), 遵医嘱给予口服肠内营养制剂进行营养支持。严格执行术前胃肠道准备: 术前 3 天进流质饮食, 术前 1 天晚遵医嘱予以温盐水洗胃, 以减轻胃黏膜水肿、清洁胃腔, 为吻合创造条件^[9]。术前晚及术日晨行清洁灌肠。

2.1.4 心理护理与隐私保护

患者初知胃癌诊断时情绪低落, 并流露出对医护人员因其 HIV 阳性身份而可能产生歧视的担忧。住院期间, 焦虑筛查量表评分 5 分, 表明患者有轻度广泛性焦虑症状。因此护理人员采取主动、关怀的态度, 和患者及家属进行充分沟通, 解释手术必要性及安全性, 强调所有医疗活动都将严格保护其隐私, 并一视同仁地提供优质护理, 逐步消除了患者的顾虑, 建立了信任的护患关系^[10]。

2.1.5 职业防护准备

术前与手术室护士长充分沟通, 提前告知患者情况, 确保手术室准备好充足的防护用品, 如双层手套、护目镜、防护面屏等^[11]。

2.2 术中护理配合 (手术室护士)

安全核查与体位管理: 严格执行手术安全核查制度。合理安置患者于术式体位, 妥善固定, 避免压疮和神经损伤。患者在全麻下行腹腔镜下胃癌根治术, 腹腔淋巴结清扫术, 手术时间 6 小时, 出血量约 50ml, 术中输入液体量 1500ml。接触患者血液、体液的器械、敷料等, 术后按感染性医疗废物处理规程进行处理, 并做好明确标识。

2.3 术后护理

2.3.1 生命体征监测

持续监测生命体征, 给予鼻导管吸氧 2L/min。观察有无腹痛、腹胀、腹膜刺激征, 警惕吻合口漏、出血等并发症。由于患者免疫功能低下, 特别加强了体温监测和血常规复查, 密切观察切口情况, 及早发现感染迹象^[12]。在患者麻醉清醒、生命体征趋于平稳后采取半卧位。

2.3.2 疼痛护理

有效的疼痛管理不仅可以减轻疼痛引起的相关应激, 缓解患者的紧张和焦虑情绪, 也有助于患者进行早期活动, 促进胃肠道功能早期恢复, 减少并发症的发生。护理人员使用数字疼痛评估表 (Numerical Rating Scale, NRS) 进行评估, 患者术后返回病房后, NRS 评分为 4 分, 遵嘱给予镇痛泵及非甾体类镇痛剂氟比洛芬酯注射液静脉滴注, 并向患者普及疼痛的相关知识。通过综合评估, 患者疼痛峰值分别在变换体位及伤口换药半小时内。根据患者情况, 遵嘱保留自控镇痛泵 72h, 集中治疗性操作时间, 调整止痛药于伤口换药前半小时使用。此外, 当患者下床活动时, 适当调整腹部伤口处绷带的松紧度, 这也有助于缓解术后伤口的疼痛感。播放柔和的轻音乐, 音乐能让患者感到舒适, 分散患者的注意力, 从而减轻疼痛和焦虑^[13]。根据 NRS 疼痛评估结果逐渐递减止痛药频次。患者疼痛得到有效缓解, NRS 评分为 1 分。

2.3.3 管道护理

术后留置胃管行胃肠减压, 可减少手术切口和吻合口的张力, 促进愈合。保持胃管通畅, 使之处于负压引流状态, 观察并记录胃管引流液的颜色、性状和量。正常胃液为无色半透明或微浊液体, 该患者术后 24h 内引流出咖啡样液体。若术后短期内从胃管引流出大量鲜血, 需及时与医师联系。吻合口瘘是术后严重的并发症, 所以在护理中将腹部情况纳入病情观察重点, 在护理过程中注意倾听患者主诉, 及早发现病情变化。术后留置 2 根引流管, 采用高举平台法做好管路的双重固定, 每班测量引流管外露刻度并做好记录, 防止导管滑脱。交接班时观察引流管位置情况, 避免打折、受压等情况, 确保引流管通畅。每日观察引流物的颜色、量。在护理上严格执行手卫生, 避免导管相关性感染。术后 10d 和 11d, 患者检测血常规正常。患者腹部无压痛、反跳痛, 引流管内引流液清晰、量少、无脓性分泌物, 即拔除腹腔引

流管。

2.3.4 营养支持与恢复进食

艾滋病患者在接受胃部毕 II 式手术后,其营养管理面临独特的临床挑战。这类患者不仅需要应对手术本身带来的代谢应激,还需克服 HIV 感染所致的免疫抑制和慢性炎症状态,这使得围术期营养干预成为影响手术效果和长期预后的关键因素^[14]。患者术后逐步经口肠内营养阶段,停用胃肠减压,保留胃管,激活肠道功能,避免增加胃肠负担。①选择预消化型肠内营养制剂(能全力),每日 6-8 餐,每餐量从 50~100ml 开始(约 1-2 汤匙),根据耐受情况(无腹胀、腹痛、恶心)逐步增加至 150~200ml/餐。②食物温度 37-40℃(接近体温),告知患者过冷或过热会刺激胃肠黏膜引发痉挛。③进食时取半坐卧位(床头抬高 30°~45°),避免平卧位进食。进食后观察 30 分钟。术后第 10 天,胃肠道功能进一步恢复,拔除胃管,改为半流质饮食,适当增加食物稠度,但告知患者仍需避免粗糙、难消化食物。①少量多餐:每日 5-6 餐,每餐量 200~300ml(约半碗),避免一次进食过多导致胃肠道负荷过重。推荐食物:大米粥(熬制米粒软烂)、小米粥、烂面条(煮至无硬芯,切断成短段),蒸蛋羹(不加油脂,搅拌细腻)、豆腐脑(去卤汁,避免过咸)、鱼肉泥(选刺少的鱼,蒸熟后碾成泥,不加酱油)、煮烂的胡萝卜泥、南瓜泥(去皮、煮至能压成泥,不加纤维粗的蔬菜如芹菜、韭菜)。②进食后平卧 20-30 分钟,避免进食时喝水,防止食物被稀释后快速排空,观察进食后 15-30 分钟是否出现心慌、头晕、腹胀、腹泻。通过科学的饮食过渡,既能满足营养需求,又能保护吻合口,促进胃肠功能适应,为后续恢复至软食、普食奠定基础。

2.3.5 出院指导及随访

患者出院后可逐步增加活动量(如上下 1 层楼梯),4 周可恢复轻体力劳动(简单家务),避免久坐久站(每 30 分钟变换体位)。在饮食方面遵循少量多餐。严格遵医嘱按时服用抗病毒药物,不可擅自停药或调整剂量。采用多学科联合随访,出院后 5 天通过电话形式,外科评估手术效果、感染与免疫科评估 HIV 治疗疗效、营养科评估患者体重及膳食结构。并提醒患者 1 月后按时化疗。患者无功能障碍及并发症的发生。在随访记录中保护患者隐私,采用匿名编码,所有检查结果仅本人及授权家属可查询。

3 小结

有效的 MDT 协作需要明确各专业的职责边界与衔接节点。营养师负责制定个体化配方及监测胃肠道耐受性;感染与免疫科医师监控 CD4+ 动态、规避营养-药物相互作用;外科医师则评估手术创伤程度、确定最佳喂养途径^[15-17],为艾滋病合并胃癌患者提供专业化的诊疗及护理。贯穿始终的

严格执行的感染控制措施;精细化围手术期护理;确保抗病毒治疗的延续性和免疫状态的密切监测;强化出院指导和延续性随访。通过系统化、个性化的护理干预,能够有效降低并发症风险,促进患者康复,改善预后。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.胃癌诊疗指南(2022 年版)[J].中华医学杂志,2022,102(16):1169-1210.
- [2] Huang C, Liu H, Hu Y, et al. Chinese Laparoscopic Gastrointestinal Surgery Study (CLASS) Group. Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: Five-Year Outcomes From the CLASS-01 Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2022 Jan 1;157(1):9-17.
- [3] Guerrini GP, Esposito G, Magistri P, et al. Robotic versus laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: The largest meta-analysis. Int J Surg. 2020 Oct;82:210-228.
- [4] Baluch A, Maass H, Rivera C, et al. Current perioperative management of the patient with HIV[J]. Middle East J. Anesthesiol, 2009, 20(2): 167-177.
- [5] Rai R, El-Zaemey S, Dorji N, et al. Exposure to Occupational Hazards among Health Care Workers in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 2603.
- [6] Stephenson C, Mohabbat A, Raslau D, et al. Management of common postoperative complications[C]//Mayo Clinic Proceedings. Elsevier, 2020, 95(11): 2540-2554.
- [7] Wygowski P, et al. (2016) 'Occupational HIV risk for health care workers: risk factor and the risk of infection in the course of professional activities', Therapeutics and Clinical Risk Management, 12, pp. 989-994.
- [8] 陈晓.艾滋病患者社会支持状况分析与护理对策[J].中国护理管理,2008,8(1):2-23.
- [9] 王萍,李卡.胃癌患者术前胃肠道准备的研究进展[J].护理学杂志,2019,34(18):104-107.
- [10] 张先庚,刘梦婕,李鑫,等.HIV 感染者/AIDS 患者病耻感的研究进展[J].中国艾滋病性病,2022,28(5):603-606.
- [11] World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level [M]. World Health Organization, 2016.
- [12] 陈凛,李涛.艾滋病病毒感染者/艾滋病患者围手术期管理专家共识[J].中国实用外科杂志,2021,41(11):1211-1216.
- [13] 李凯礼,李蕊,王雪强.音乐治疗改善疼痛的研究进展[J].中国康复医学杂志,2022,37(1):112-116.

[14] 张晓农,胡续光,李洪秀,等.围手术期免疫增强型肠内营养剂对全胃切除患者的影响[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2010,04:431-436.

[15] 陈颖君,卞晓洁,凡银银,等.肝门部胆管癌多学科营养评估在围术期管理中的价值[J].肝胆外科杂志,2021(6).

[16] 房莹,田丽槟,林萱,等.探究区域医联体 MDT 模式对围产期妇女营养干预及妊娠结局的影响[J].西部医学,2023(9).

[17] 夏伊达肖开提,姚俊英,迪拉热·迪里木拉提,等.多学科协作诊治模式下营养干预在老年消化系统疾病患者围术期的应用[J].新疆医科大学学报,2023(9).

作者简介:

杨玲 (1988-), 女, 回族, 天津市人, 本科学历, 天津市第二人民医院, 护士长, 研究方向为临床护理、护理管理。