

1例肝癌合并肠癌术后小肠脱出患者的护理

孙笑笑

安徽医科大学第一附属医院, 安徽 合肥

收稿日期: 2026年5月15日; 录用日期: 2026年6月14日; 发布日期: 2026年6月24日

摘要

总结1例肝细胞癌合并乙状结肠腺瘤术后发生小肠脱出患者的护理经验。患者因“肝占位”入院, 先后行肝穿刺活检、腹腔镜下肝部分切除 + 乙状结肠部分切除 + 胆囊切除术, 术后拔除盆腔引流管后突发小肠脱出(约15 cm), 行急诊小肠部分切除 + 肠吻合术。护理要点包括: 急性期小肠脱出的紧急处理与病情监测、切口与脱出组织护理、疼痛护理、肠功能恢复护理、并发症预防(疝复发、感染、深静脉血栓等)、心理护理及营养支持。同时给予系统的出院指导。经过精心护理, 疼痛评分、营养指标及焦虑评分均明显改善, 未发生严重并发症。本案例为腹部术后疝形成及小肠脱出的护理提供了参考。

关键词

肝癌, 肠癌, 术后并发症, 小肠脱出, 护理

Nursing Care of a Patient with Small Bowel Prolapse after Resection of Hepatocellular Carcinoma and Colorectal Adenoma

Xiaoxiao Sun

The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei Anhui

Received: May 15, 2026; accepted: June 14, 2026; published: June 24, 2026

Abstract

To summarize the nursing experience of a patient who developed small bowel prolapse after surgery for hepatocellular carcinoma combined with sigmoid colon adenoma. The patient was admitted for a “liver space-occupying lesion” and subsequently underwent liver biopsy, laparoscopic partial hepatectomy, partial sigmoid colectomy, and cholecystectomy. After removal of the pelvic drainage tubes, sudden small bowel prolapse (approximately 15 cm) occurred, and emergency partial enterectomy with

intestinal anastomosis was performed. Key nursing interventions included emergency management and condition monitoring during the acute phase, care of the incision and prolapsed bowel, pain management, promotion of bowel function recovery, prevention of complications (such as hernia recurrence, infection, and deep vein thrombosis), psychological care, and nutritional support. Systematic discharge guidance was also provided. Following comprehensive nursing care, pain scores, nutritional indicators, and anxiety scores improved significantly, and no serious complications occurred. This case provides a reference for the nursing management of postoperative hernia formation and small bowel prolapse after abdominal surgery.

Keywords

Liver Cancer, Colorectal Cancer, Postoperative Complication, Small Bowel Prolapse, Nursing 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

腹腔镜手术后腹壁切口疝是常见的并发症之一，发生率约为 10%~20% [1] [2]。小肠经引流管戳孔脱出是其中一种罕见但严重的类型，约占腹壁切口疝的 1% 以下，然而一旦发生可迅速进展为嵌顿疝、肠坏死，甚至危及患者生命 [3]。该并发症多发生于术后早期拔除引流管后，因腹内压突然增高(如咳嗽、排便)或引流管戳孔愈合不良，导致小肠经腹壁缺损处膨出体外 [4]。其临床表现包括突发性下腹胀痛、排便不畅，以及可见的肠管脱出，严重时可伴有血运障碍、肠管发紫、蠕动消失等征象 [5] [6]。小肠脱出的病因复杂，可分为原发性和继发性，原发性与患者自身腹壁薄弱、胶原代谢异常有关，继发性常与多次手术、切口感染、营养不良、腹腔高压等因素相关 [7]-[9]。流行病学调查显示，腹腔镜术后戳孔疝的总发病率约为 0.5%~5%，但一旦发生小肠脱出，急诊手术率和死亡率显著升高 [10]。目前对于该类罕见并发症的诊断、治疗和护理尚缺乏标准化方案，给临床医护人员带来了严峻挑战。本报告旨在通过 1 例肝细胞癌合并乙状结肠腺瘤术后小肠脱出患者的急救与护理过程，探讨该并发症的护理对策，为临床护理实践提供参考。

2. 临床资料

2.1. 一般资料

患者，女性，51 岁，因“体检发现肝占位一周”于 2026 年 3 月 1 日入院。既往乙肝病史 20 余年。腹部增强 CT 提示：肝占位性病变。门诊拟“肝占位性病变”收入我科。本研究已获得患者本人及家属的知情同意，患者同意将其临床资料用于学术研究与发表。文中已对所有可能涉及患者身份的信息进行了匿名化处理，符合医学伦理学要求。

2.2. 治疗及转归

患者于 3 月 6 日在局麻下行经皮肝穿刺活检术，术后病理示：肝细胞癌(中分化)。3 月 12 日在全麻下行“腹腔镜下肝部分切除术 + 腹腔镜下乙状结肠部分切除术 + 腹腔镜下胆囊切除术”，术毕安返。术中切除肠管组织病理示：直肠管状腺瘤。术后予抗炎、保肝支持治疗。术后恢复尚可，腹腔引流为少量淡黄腹水样液体。3 月 21 日 11:25 左右拔除左、右盆腔引流管，过程顺利。当日 20:15 患者出现下腹

胀痛、排便不畅，查体腹部稍膨隆、轻压痛、叩诊鼓音。20:55 患者排便后，床旁查视见敷料有体液浸润，揭开见约 15 cm 小肠膨出体外，血运稍差、温度稍低、蠕动稍差。立即予床边尝试还纳失败，胃肠外科会诊考虑小肠血运差，建议手术。与家属沟通后，行急诊小肠部分切除术 + 肠吻合术。术后恢复良好，术后患者生命体征逐渐平稳，于 3 月 22 日病情稳定，后续继续给予抗炎及对症支持治疗。

3. 临床护理

3.1. 护理评估

患者拔除盆腔引流管后出现下腹胀痛、排便不畅，随后排便时发生小肠脱出，脱出肠管长约 15 cm，血运稍差、温度偏低、蠕动减弱。查体示腹部稍膨隆、轻压痛、叩诊鼓音，无腹膜刺激征。术后实验室检查示血红蛋白 93 g/L (轻度贫血)，白蛋白 37.2 g/L (偏低)，中性粒细胞百分比 90.6% (提示感染风险)。患者既往有乙型肝炎病史 20 余年，先后接受经皮肝穿刺活检、腹腔镜下肝部分切除 + 乙状结肠部分切除 + 胆囊切除术，腹壁存在多次穿刺及手术切口，腹壁薄弱。拔管后因排便用力致腹内压突然增高，引流管戳孔愈合不良，导致小肠经腹壁缺损处膨出。患者存在疝复发、切口感染、肠梗阻、深静脉血栓等潜在并发症风险，且因突发小肠脱出及肿瘤病史，伴有明显焦虑情绪。

3.2. 护理诊断

根据护理评估结果，确立了八大核心护理问题。

- 1) 急性疼痛：与小肠嵌顿、切口牵拉、组织缺血有关。
- 2) 组织完整性受损：与小肠脱出、切口损伤、敷料刺激有关。
- 3) 肠功能障碍：与肠管嵌顿、手术创伤、麻醉抑制有关。
- 4) 疝复发风险：与腹壁切口缺损、腹压增高、切口愈合不良有关。
- 5) 感染风险：与肠管暴露、切口损伤、肿瘤消耗致免疫力低下有关。
- 6) 焦虑/恐惧：与疾病突发、肠管脱出、肿瘤预后担忧有关。
- 7) 营养失调：低于机体需要量，与肿瘤消耗、术后禁食、肠道吸收障碍有关。
- 8) 潜在并发症：肠管坏死、感染性休克、切口感染、肠梗阻、深静脉血栓。

3.3. 护理措施

3.3.1. 紧急处理与病情监测(小肠脱出急性期)

首先，立即协助患者取屈膝仰卧位或低半卧位，以减轻腹壁张力，同时禁止站立、走动及用力按压脱出肠管。其次，严格无菌操作：用无菌生理盐水纱布覆盖脱出小肠，外层包裹无菌敷料，避免干燥和污染，并严禁自行还纳。随后，遵医嘱准备急诊复位或手术物品，配合胃肠外科医生行床边小肠还纳；在此过程中，需密切观察肠管血运变化，若出现肠管发黑、温度骤降或蠕动消失，应立即提示肠坏死可能[11]。复位后，应持续心电监护，每 15~30 分钟监测生命体征 1 次，待病情平稳后改为每 1~2 小时 1 次；同时重点观察腹痛性质、腹胀程度及引流液性状，警惕肠坏死和感染性休克。此外，还需准确记录 24 小时出入量，监测血常规、电解质及肝肾功能，及时纠正水电解质紊乱。

3.3.2. 切口与脱出组织护理

首先，复位后应每日换药 2 次，保持切口及敷料清洁干燥，严格执行无菌操作，并仔细观察切口有无红肿、渗脓或裂开[12]。其次，遵医嘱使用抗生素预防感染，密切观察体温及切口愈合情况，必要时送检分泌物[13]。此外，为避免腹压增高，应指导患者咳嗽或打喷嚏时用手按压切口及脱出组织区域，同时禁止用力排便、大笑及提重物。最后，术后根据腹壁缺损情况，遵医嘱佩戴医用腹带(3~6 个月)，晨起及

活动时佩戴,睡眠时可取下[14]。

3.3.3. 疼痛护理

首先,采用数字评分法(NRS)每日评估疼痛程度,并遵医嘱给予镇痛药物,同时密切观察有无不良反应。其次,在非药物镇痛方面,可协助患者取舒适体位(如半卧位,膝下垫软枕),并通过听音乐、深呼吸等方式转移注意力。此外,翻身或搬动患者时动作应轻柔,避免压迫切口及修复区域。

3.3.4. 肠功能恢复护理

术后禁食至胃肠蠕动恢复(肠鸣音 ≥ 3 次/分、肛门排气),遵医嘱逐步过渡饮食:温水 \rightarrow 流质 \rightarrow 半流质 \rightarrow 软食。同时,结合结肠癌伴肝转移病史,饮食遵循高蛋白、高热量、高维生素、低脂原则,少量多餐。此外,观察排气、排便情况,若出现持续性腹胀、停止排气排便、腹痛加剧,警惕肠梗阻。最后,术后早期协助翻身、活动四肢,术后 1~2 天根据病情下床缓慢行走,促进肠蠕动[15]。

3.3.5. 并发症预防护理

针对疝复发,术后 3~6 个月内应避免重体力劳动(提重物 ≤ 5 kg)及剧烈运动,积极治疗慢性咳嗽和便秘,保持大便通畅,并控制体重。针对感染,需严格执行无菌操作,密切监测体温及血常规指标,同时加强口腔与皮肤护理。针对深静脉血栓,应指导患者进行踝泵运动和主动活动下肢,必要时遵医嘱使用抗凝药物[16]。针对肠坏死及休克,需持续观察腹痛、体温、血压和心率变化,一旦发现异常,应立即通知医生。

3.3.6. 心理护理

主动沟通,耐心解释小肠脱出原因、复位流程及预后,缓解恐惧。结合结肠癌伴肝转移病史,客观讲解治疗方案,增强治疗信心[4] [17]。鼓励家属陪伴,给予心理支持。严重焦虑、抑郁时联系心理医生干预。采用焦虑自评量表(SAS)对患者焦虑程度进行评估,并根据评估结果实施针对性心理干预。

3.3.7. 营养支持护理

禁食期间遵医嘱静脉输注营养液(葡萄糖、氨基酸、脂肪乳等),从而纠正营养不良、低蛋白血症[18] [19]。待患者恢复饮食后,则应及时增加优质蛋白(鱼肉、鸡蛋、牛奶、豆制品)、维生素摄入,同时注意避免高脂食物。此外,定期监测体重、白蛋白、血红蛋白等指标,以便动态评估营养支持效果。

3.4. 护理评价

经过上述护理措施,患者术后第 1 天疼痛评分为 6 分,经镇痛处理后第 3 天降至 3 分以下,出院前维持在 1~2 分,脱出小肠经急诊手术处理后恢复良好,切口愈合良好,未发生切口感染、腹腔感染;患者术后第 2 天恢复肠鸣音,第 3 天首次排气,第 4 天恢复排便;术后 3~6 个月随访未出现疝复发;患者入院时白蛋白为 37.2 g/L,经营养支持后出院前升至 40.5 g/L;血红蛋白由 93 g/L 改善至 102 g/L,各指标呈逐步改善趋势;采用焦虑自评量表(SAS)进行评估,干预前评分为 58 分,提示中度焦虑,干预后降至 42 分,焦虑状态明显改善。患者于术后第 7 天康复出院。

4. 讨论

既往文献报道,小肠脱出多见于妇科手术或单一腹部手术后,如阴式全子宫切除术后阴道穹窿破裂或腹腔镜戳孔疝等[6] [10]。与既往病例相比,本例患者同时接受肝部分切除、乙状结肠部分切除及胆囊切除,多手术叠加导致腹壁多处穿刺及切口缺损,腹壁完整性破坏更为明显,提示多手术叠加可能是小肠脱出的重要危险因素之一。在护理策略方面,既往研究多侧重局部伤口护理及感染控制,而本例在常

规护理基础上,进一步强化腹压管理、营养支持及心理干预,体现了以风险预防为导向的多维度综合护理模式的优势。

从病理生理机制分析,小肠脱出的发生通常是腹壁缺损与腹腔压力骤增共同作用的结果。一方面,多次腹腔镜操作及引流管留置可导致局部筋膜层愈合延迟或薄弱,形成潜在缺损;另一方面,在排便、咳嗽等情况下腹内压突然升高,使腹腔内容物沿压力梯度从薄弱处突出。此外,本例患者存在低蛋白血症(白蛋白 37.2 g/L)及轻度贫血,提示机体修复能力下降,进一步增加切口愈合不良及疝形成的风险。一旦发生肠管脱出并出现嵌顿,可迅速进展为肠壁缺血、坏死甚至感染性休克,因此早期识别和干预具有重要意义。

综合本例及相关文献分析,小肠脱出并非偶发事件,而是多种危险因素共同作用的结果。其高危因素主要包括:①多次腹部手术或多穿刺通道;②引流管留置及拔除时机不当;③营养不良(低蛋白血症、贫血);④腹内压骤增(如剧烈咳嗽、用力排便);⑤切口愈合不良或感染。提示临床中应重点识别此类高危患者,在引流管拔除后加强观察,尤其在排便、咳嗽等腹压升高时段进行重点监测,并采取预防措施预防腹压骤增,如指导正确排便、积极处理便秘及咳嗽等,从而降低小肠脱出的发生风险。

在护理实践中,本例的成功经验提示:急性期应快速反应并严格执行无菌操作,及时评估肠管血运情况,为手术决策争取时间;术后应加强生命体征及腹部体征监测,动态评估肠功能恢复情况;同时,通过规范的疼痛管理、个体化营养支持及系统的心理干预,有助于促进患者整体康复。此外,应重视健康教育,指导患者避免腹压骤增行为,规范佩戴腹带并定期随访,以降低疝复发及相关并发症风险。本案例体现了“评估-诊断-干预-评价”的系统化护理思路,为腹部术后小肠脱出患者的临床护理提供了参考。

5. 小结

肝癌合并肠癌术后小肠脱出是危急重症,及时识别、紧急处理和系统化护理是救治成功的关键。本案例通过急诊手术联合精细化护理,包括急性期管理、切口护理、肠功能康复、并发症预防及心理支持,患者转归良好。提示护理人员应提高对引流管拔除后并发症的警惕性,强化术后腹压管理及健康教育,以降低疝复发风险。

参考文献

- [1] Perim, V., Nogueira, R., Kasakewitch, J.P.G., da Silveira, C.A.B., Nguyen, D.Q., Lima, D.L., *et al.* (2025) Incisional Hernia Incidence Following Laparoscopic versus Open Abdominal Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hernia*, **29**, Article No. 152. <https://doi.org/10.1007/s10029-025-03347-2>
- [2] Wu, T., Du, M., Zhang, T., Chen, X. and Liu, Z. (2026) Comparisons of Global Incidence and Risk Factor Profiles of Hepatocellular Carcinoma and Intrahepatic Cholangiocarcinoma. *Annals of Hepatology*, **31**, Article ID: 102139. <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2025.102139>
- [3] den Hartog, F.P.J., van Egmond, S., Poelman, M.M., Menon, A.G., Kleinrensink, G., Lange, J.F., *et al.* (2023) The Incidence of Extraction Site Incisional Hernia after Minimally Invasive Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Colorectal Disease*, **25**, 586-599. <https://doi.org/10.1111/codi.16455>
- [4] 陈丽平, 许利建, 徐翠芳. 结直肠癌患者术后造口并发症的危险因素分析及针对性护理干预效果研究[J]. 西南医科大学学报, 2026(3): 392-397.
- [5] Hong, Y.H., Paik, H., Kim, S.K., Lee, J.R. and Suh, C.S. (2024) An 8-mm Trocar-Site Hernia at a Drainage Insertion Site after a Three-Port Robotic Myomectomy: Case Report and Review of Literature. *Journal of Surgical Case Reports*, **2024**, rjae189. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjae189>
- [6] 岳辰, 赵琳, 毕建蕾. 阴式全子宫切除术阴道穹窿破裂合并小肠脱出 1 例[J]. 大连医科大学学报, 2017, 39(6): 612-614.
- [7] Agaba, E.A., Rainville, H., Ikedilo, O. and Vemulapali, P. (2014) Incidence of Port-Site Incisional Hernia after Single-

- Incision Laparoscopic Surgery. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, **18**, 204-210. <https://doi.org/10.4293/108680813x13693422518317>
- [8] Alhambra-Rodríguez de Guzmán, C., Morandeira-Rivas, A.J., Herrero-Bogajo, M.L. and Moreno-Sanz, C. (2020) Incidence and Risk Factors of Incisional Hernia after Single-Incision Endoscopic Surgery. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, **30**, 251-255. <https://doi.org/10.1089/lap.2019.0728>
- [9] 陈双, 唐健雄, 周太成, 等. 腹壁切口疝诊疗指南(2024 版) [J]. 中国普通外科杂志, 2025, 34(3): 397-408.
- [10] Deerenberg, E.B., Henriksen, N.A., Antoniou, G.A., Antoniou, S.A., Bramer, W.M., Fischer, J.P., *et al.* (2022) Updated Guideline for Closure of Abdominal Wall Incisions from the European and American Hernia Societies. *British Journal of Surgery*, **109**, 1239-1250. <https://doi.org/10.1093/bjs/znac302>
- [11] 祝小亮, 戴建强, 邓小玲. 1 例小肠小网膜裂孔疝并嵌顿患者的护理[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(9): 140-141.
- [12] 朱云霞, 王锋锋, 徐金美. 优质护理在腹腔镜治疗腹壁缺损患者术后的干预效果分析[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2021, 15(1): 113-116.
- [13] 陈漂漂, 杨琼, 马翠玲. 专科护士主导的“1+1+X”协同服务对肝血管瘤破裂术后并发肠梗阻 1 例的护理[J]. 中国乡村医药, 2025, 32(12): 48-50.
- [14] 朱瑞, 安虹, 于帅洋. 围术期护理在手助腹腔镜肝部分切除术中的应用观察[J]. 罕少疾病杂志, 2019, 26(2): 95-96.
- [15] 薛庆霞. 分析并研究结肠癌合并肠梗阻手术治疗护理效果[J]. 中外女性健康研究, 2017(10): 110+116.
- [16] 董丽丽. 基于加速康复外科理念的个性化护理在肝癌围手术期的应用效果研究[J]. 当代医药论丛, 2026, 24(7): 163-165+168.
- [17] 李叶青, 谭巍, 韩熙. 基于自我效能感的护理干预对腹腔镜下肝部分切除术患者术后康复及自我效能的影响[J]. 山西医药杂志, 2023, 52(21): 1669-1672.
- [18] 欧阳凯燕, 刘淑清, 郭燕, 等. 5E 模式下的分阶段饮食干预对原发性肝癌患者术后康复的影响[J]. 护理实践与研究, 2025, 22(10): 1528-1534.
- [19] 黄晓娇, 谭艳, 戚熠. 基于证据的肝癌患者术后饮食管理科普作品的研制及应用[J]. 中华护理教育, 2025, 22(8): 1013-1019.