1 例 NK/T 细胞淋巴瘤合并消化道出血患者的个体化护理体会

邵奕蔚

上海交通大学医学院附属瑞金医院血液科　上海

【摘要】本文全面总结分析 1 例 NK/T 细胞淋巴瘤化疗后出现严重消化道出血、骨髓抑制等多重并发症患者的个体化护理实践体会。患者因低热 1 月余来院，活检确诊为 NK/T 细胞淋巴瘤，行程序性死亡受体 1（PD1）+吉西他滨+奥沙利铂（Gemox）+左旋门冬酰胺酶（LASP）方案化疗，化疗后出现 IV 度骨髓抑制、消化道出血等危急情况。医护团队以个体化护理理念为中心，围绕“营养不良与摄入不足”“消化道出血长期禁食与强饥饿感”“骨髓抑制期白细胞低下与预防口腔感染”的矛盾，实施精细化出血观察、个体化营养支持等护理干预措施，有效控制病情，助患者度过出血急性期及骨髓抑制期。希望本案例能为同类患者提供临床护理实践参考经验。

【关键词】细胞淋巴瘤；消化道出血；个体化护理；NK/T

【收稿日期】2026 年 9 月 1 日　　【出刊日期】2026 年 10 月 2 日　　【DOI】10.12208/j.ijnr.20260501

Personalized nursing experience of a patient with NK/T-cell lymphoma complicated with gastrointestinal bleeding: A case report

Yiwei Shao

Department of Hematology, Ruijin Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai

【**Abstract**】This article comprehensively summarizes and analyzes the individualized nursing practice experience of a patient with NK/T-cell lymphoma who developed multiple complications such as severe gastrointestinal bleeding, bone marrow suppression, infection, and malnutrition after chemotherapy. The patient visited our hospital due to low-grade fever for over a month and was diagnosed with NK/T-cell lymphoma through biopsy. Chemotherapy with the Programmed Death 1 (PD1) + Gemcitabine + Oxaliplatin (Gemox) + L-Asparaginase (LASP) regimen was administered, and the patient subsequently experienced grade IV bone marrow suppression, active gastrointestinal bleeding, Staphylococcus aureus infection, and severe malnutrition. The medical and nursing team, centered on the concept of individualized care, implemented meticulous bleeding observation, individualized nutritional support, catheter maintenance, oral mucosa protection, and psychological support based on the contradictions of “malnutrition and insufficient intake”, “long-term fasting due to gastrointestinal bleeding and intense hunger”, and “low white blood cell count during bone marrow suppression and prevention of oral infection”. These measures effectively controlled the patient’s condition and helped them survive the acute bleeding period and bone marrow suppression period. It is hoped that this case can provide certain clinical nursing practice reference experience for similar patients.

【**Keywords**】Cellular lymphoma; Gastrointestinal bleeding; Individualized nursing care; NK/T

1 案例导入

姓名：患者（匿名）

性别：男

年龄：76 岁

民族：汉族

入院时间：2026 年 3 月 20 日

1.1 简要病史

主诉：低热 1 月余。

现病史：患者于 2026 年 2 月起无明显诱因出现低热症状；后行 PET-CT 检查，提示右鼻腔软组织占位，后行内镜下鼻腔病损切除术，术中见右侧鼻腔鼻道大量新生物，质脆，易出血；病理活检示淋巴样细胞异型增生伴大量坏死，疑为淋巴瘤，考虑 NK/T 细胞淋巴瘤累及骨髓；

作者简介：邵奕蔚（1999-）男，汉族，上海嘉定人，本科，护师，研究方向：血液系统癌症护理。

入院诊断：结外 NK/T 细胞淋巴瘤（鼻型）。

入院时情况：生命体征平稳，存在跌倒风险及营养风险，卧床活动；血常规检查提示白细胞计数 4.10×10^9/L，血小板计数 184×10^9/L，血红蛋白 118g/L。

化疗过程：2026 年 3 月 23 日完善骨髓穿刺，拟定 PD1+Gemox+LASP 方案化疗，化疗后第 1 天（3 月 24 日）出现发热、恶心呕吐，予抗感染及止吐对症治疗；

消化道出血发生经过：3 月 30 日，患者家属主诉患者腹泻、大便次数增多、粪便黑色伴腹痛。联系消化科会诊，予以禁食（可少量饮水），口服凝血酶止血，生长抑素 3mg 泵注 Q12h，奥美拉唑 50mg 泵注 Q8h。3 月 31 日，患者病情加重，留置导尿、24 小时心电监护，予院级预报压疮。明确诊断为消化道活动性出血合并凝血功能异常、IV 度骨髓抑制。患者为一级护理，告病重，24h 心电监护。

后续治疗：4 月 1 日起严格禁食，继续抑酸、止血、抗感染、输血（红细胞、血小板、血浆）等治疗；联系营养科会诊，制定全肠外营养（TPN）方案。4 月 6 日咽拭子发现金黄色葡萄球菌感染，遵医嘱调整抗生素治疗方案。患者大便隐血持续阳性，截至 4 月中旬，患者仍处于消化道出血急性期合并骨髓抑制期，病情危重。

1.2 护理问题情境

该患者为 NK/T 细胞淋巴瘤晚期，化疗后出现严重并发症，主要护理问题突出。一、营养不良与机体摄入不足的矛盾，患者因消化道出血长期禁食，化疗及肿瘤消耗致重度营养不良风险；二、消化道出血长期禁食与强饥饿感的矛盾，患者长时间不能经口进食，饥饿感强，且因出血原因不明、反复便血，心理极度焦虑；三、骨髓抑制期细胞低下与预防口腔感染的矛盾，患者化疗后处于IV度骨髓抑制期，长期禁食、口腔黏膜干燥，易发生口腔黏膜破损、感染及牙龈出血。

2 分析主要护理问题

2.1 首优护理问题

组织灌注量改变（出血风险）：与消化道活动性出血、血小板极度低下、凝血功能异常有关。

营养失调（低于机体需要量）：与消化道出血禁食、肿瘤高消耗有关。

有感染的危险：与骨髓抑制（白细胞 0.61×10^9/L）、留置导管（PICC、导尿管）、长期卧床有关。

口腔黏膜完整性受损的风险：与血小板低下、白细胞缺乏、长期禁食致口腔干燥有关。

焦虑（患者及家属）：与疾病预后差、反复便血、禁食痛苦、治疗费用高等有关。

皮肤完整性受损的风险（压疮）：与长期卧床、无法自行翻身、营养不良有关。

活动无耐力：与贫血（血红蛋白最低 63g/L）、出血后血容量不足、体力极度消耗有关。

2.2 分析首优护理问题的原因

患者需平衡出血与抗凝/营养的矛盾：活动性出血需禁食止血，但禁食会加重营养不良，护理需兼顾出血监测与肠内营养支持。

患者免疫功能低下，IV 度骨髓抑制致防御能力丧失，侵入性操作增加感染风险，需全程严格无菌操作。

患者心理需求与治疗限制存在矛盾：长期禁食致假性饥饿，病情反复引发焦虑，需通过共情沟通和心理干预缓解不良情绪。

3 预期护理目标

针对患者出血问题，护理需确保 48 小时内生命体征平稳、出血控制。禁食期予全肠外营养（TPN），出血停止 24 小时后恢复肠内营养，逐步过渡至经口饮食[1]。同时需预防导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染及口腔黏膜溃烂出血，做好心理疏导减轻焦虑，避免新发压力性损伤，引导配合床旁肢体被动活动。

4 运用的相关护理技术

4.1 精细化出血监测与容量管理

每 1-2 小时记录患者意识、心率、血压、末梢循环、尿量，计算休克指数（＞1.2 时及时预警医生），观察大便的颜色、性状、次数、量[2]；遵医嘱禁食（可少量饮水），输血前严格核对血型及交叉配血，输血中观察有无不良反应；拔除不必要管路，减少穿刺操作，注射后按压时间延长至 10 分钟以上。

4.2 个体化营养支持

患者禁食期间，采取全肠外营养（TPN）方案，每日能量目标 1450-1700kcal，蛋白质 70-85g，严格无菌配制，经 PICC 持续泵入 20-22 小时。这个过程，每 4-6 小时监测患者血糖，防止出现高血糖；同时每天监测患者肝功能、血脂、电解质情况。定时观察有无导管感染迹象（穿刺点红肿、发热），TPN 管路专用，不用于采血或输注其他药物[3]。

考虑到长期 TPN 易导致肝损害，因此尽早尝试为患者恢复肠内营养，在其出血停止 24 小时后，遵医嘱启动温凉流质饮食，从 20mL 起始，每 2-4 小时一次，观察有无腹痛、便血复发；记录 24 小时出入量，维持尿量＞2000mL/天，促进代谢产物排出。

每周测量其三头肌皮褶厚度，患者从 4.5mm 降至 2.9mm，后稳定在 3.0mm 左右；每周检测 3 次患者血

清白蛋白、前白蛋白、血红蛋白，最终患者白蛋白由最初的 31.91g/L 逐步上升至 35.2g/L。

长期禁食患者不可避免出现饥饿感，为缓解饥饿感提出几项护理措施：（1）遵医嘱口服冰 NS+去加肾上腺素 Q8h，每次 5-10mL 口服，缓解口干与空腹感。（2）口腔湿润护理：使用润唇膏/无菌水喷雾湿滑口唇、口腔减少干燥引发的“假饥饿”。（3）营养支持与护胃抑酸：TPN 保证热量与糖分摄入，避免低血糖引发的心慌、烦躁；艾司奥美拉唑泵注，减少空腹刺激。（4）合理安排 TPN 用药时间，采取分时段优先输注，10：00-12：00/16：00-18：00 优先安排输注。（5）信息透明：告知患者呈上升趋势的检验指标情况，为患者树立信心。（6）家属协作：避免在患者床边进食食物，减少食物相关的话题讨论[4]。

4.3 骨髓抑制期口腔黏膜护理

针对患者 IV 度骨髓抑制、禁食口腔干燥的高危情况，实施强化口腔护理方案，使用“放化疗患者口腔评估表”，每日评估口腔黏膜完整性、出血、疼痛、干燥程度，患者初始评分 15 分（中度风险），口腔黏膜可见散在出血点、干燥脱屑[5]。

每日用生理盐水棉球为其行口腔护理 2 次，动作极轻柔，避免损伤；同时使用 0.12%氯己定棉球擦拭牙齿及牙龈每日 2 次预防感染；采取重组人白细胞介素 11 漱口液，嘱患者含漱 3 分钟后吐出，每日 3 次，最终患者口腔出血点减少，黏膜湿润度改善，住院期间未发生严重口腔黏膜炎。

4.4 感染综合防控与导管管理

患者骨髓抑制期感染金黄色葡萄球菌，护理重点为多重耐药菌防控，包括单间隔离、专用医疗设备消毒、规范 PICC 维护、导尿管管理及翻身拍背防坠积性肺炎，期间未发生导管相关血流感染，拔管后排尿正常。

4.5 心理支持

患者长期禁食，身心压力极大，及时为其进行心理疏导，告知患者现在禁食是为了让消化道出血的地方快速愈合，每天医生都会评估出血情况，指标一好转就会通知进食；期间在出血得到控制时，第一时间告知患者这一消息，并向其展示逐渐转好的化验单，增强患者治疗自信心[6]。

4.6 皮肤与活动管理

患者 Braden 评分 11-12 分，属极高危，医护人员使用气垫床，每 2 小时为其翻身，翻身时避免拖拽，每日引导患者床上被动活动，如做关节屈伸练习，预防挛缩；指导患者深呼吸、有效咳嗽，防止肺不张[7]。

5 护理总结

本例患者为 NK/T 细胞淋巴瘤化疗后出现 IV 度骨髓抑制、消化道活动性出血、金黄色葡萄球菌感染、重度营养不良等多种严重并发症，病情错综复杂，护理难度极高，在为期近一个月的救治过程中，医护团队以个体化护理理念为中心，重点围绕患者营养与摄入、禁食与饥饿、感染与免疫力这些重点问题来展开相应护理工作[8]。

先重点控制患者出血症状，确保患者生命体征稳定，休克指数正常，黑便次数减少，住院期间未发生失血性休克。

营养状况方面，在患者禁食 17 天后启动肠内营养，患者耐受良好；在发现患者金黄色葡萄球菌感染时，第一时间予以对症治疗，使之病情迅速得到控制，最终体温正常，未发生导管相关感染及口腔黏膜严重感染[9]。

综合而言，虽然患者仍处于疾病晚期，但通过本次个体化护理干预，有效帮助患者度过了最危险的出血期和骨髓抑制期，为其后续的抗肿瘤治疗顺利开展奠定了基础。

6 护理心得

应突破医嘱局限，结合患者病理生理机制与个体差异，制定动态调整的个体化临床护理方案。

护理中的矛盾相互转化，如禁食止血与营养不良的平衡，医护需主动评估并制定个体化饮食过渡方案。

灵活运用护理方法，如用重组人白细胞介素 11 漱口液解决血小板低下患者口腔护理难题；心理护理需用通俗语言解释病情并结合化验结果增强患者信心。

多学科协作制定护理方案，医护人员作为执行者和沟通媒介，整合各方意见体现团队协作价值。

参考文献

[1] 黄嘉莉. 优化急诊护理对肿瘤合并上消化道出血患者心理状态及营养指标的改善作用[J].当代医药论丛,2026,24(11):179-181.

[2] 杨雪良,刘婷婷,王晓曼,等.儿童成熟 B 细胞非霍奇金淋巴瘤合并消化道穿孔的临床特征及预后[J].中华医学杂志, 2024, 104(27):2568-2571.

[3] 王梦茹,文帅,孙玉. 基于心理状态评估量表下个体化护理干预在食管癌放化疗患者中的应用[J].食管疾病,2026,8(01):70-75.

[4] 马宝静,王静,李玉,等. 针对重症监护患者饥饿感护理的研究综述[J]. 实用临床护理学电子杂志,2022,7(14):82-

84.

[5] 于姝姝. 协同护理干预在淋巴瘤患者中的应用价值分析[J].中国典型病例大全,2026,20(01):1339-1343.

[6] 毕静,林媛媛,宋慧慧. 基于认知重建技术的心理护理对淋巴瘤患者的影响[J].心理月刊,2025,20(20):181-183.

[7] 罗丽云,黄芳. 淋巴瘤化疗患者实施全程管理护理的效果[J].中国实用乡村医生杂志,2025,32(09):73-77.

[8] 吴晓芳,王虹燕,盛袁萍. 急诊护理干预对肿瘤合并上消化道出血患者心理状态及营养指标的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(01):102-105.

[9] 唐淑娟,董博,梁芳. 优化急诊护理流程在治疗老年肿瘤合并急性上消化道出血中的应用观察[J].老年医学与保健,2020,26(06):1069-1072.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

OPEN ACCESS