

## 食管癌合并糖尿病患者围手术期护理

马凤华, 张平平, 赵秀梅

山东大学齐鲁医院德州医院 山东德州

**【摘要】**食管癌是常见消化道恶性肿瘤,由于遗传和生活习惯等因素影响,其分布存在明显种族和年龄差异,我国是主要高发区。近年来,随着我国人口老龄化的发展,饮食结构、生活方式的改变,以及生活水平的提高,使食管癌合并糖尿病的患者越来越多。但是手术仍是目前食管癌的主要治疗方法,患者若血糖控制不佳,将影响手术效果,患者预后及结局,因此,围术期科学有效的护理对于提高患者生存质量非常重要。本研究主要综述国内外近年来有关食管癌手术,糖尿病护理方面的研究,探讨食管癌合并糖尿病患者围手术期的护理措施,从而为提高患者生存质量提高参考。

**【关键词】**食管癌;糖尿病;围手术期护理

**【收稿日期】**2025 年 2 月 21 日

**【出刊日期】**2025 年 3 月 25 日

**【DOI】**10.12208/j.cn.20250106

### Perioperative nursing of patients with esophageal cancer complicated with diabetes

Fenghua Ma, Pingping Zhang, Xiumei Zhao

Shandong University Qilu Hospital Dezhou Hospital, Dezhou, Shandong

**【Abstract】** Esophageal cancer is a common malignant tumor of alimentary canal. Due to hereditary and lifestyle factors, esophageal cancer distributes among obvious ethnic and age differences. In our country, it is a major prevalent area. In recent years, with the development of China's aging population, the change of diet structure, lifestyle, and the improvement of living standards, more and more patients with esophageal cancer combined with diabetes. However, surgery is still the main treatment method for esophageal cancer at present, and poor blood sugar control in patients will affect the surgical effect, patient prognosis and outcome. Therefore, scientific and effective perioperative nursing is very important to improve the quality of life of patients. This study mainly reviews the recent domestic and foreign research on esophageal cancer surgery and diabetes care, and discusses the perioperative nursing measures for patients with esophageal cancer complicated with diabetes, so as to improve the quality of life of patients.

**【Keywords】** Esophageal cancer; Diabetes mellitus; Perioperative nursing

流行病学相关监测数据显示,2022 年我国食管癌新发 22.40 万例,死亡 18.75 万例,分别占全部恶性肿瘤的 4.64% 和 7.28%。食管癌预后较差,近年来我国食管癌患者 5 年生存率虽然有所提高,但仍处于较低水平,如早发现、早治疗,5 年生存率可显著提高。

食管癌合并糖尿病患者因食管结构,营养不良,血糖的应激性增高,术后易出现肺部感染、吻合口瘘、低血糖、高血糖、高渗性昏迷等并发症。因此,为减少术后不良反应及并发症的发生,提高生存质量,增加生存时间,减轻痛苦,减少住院天数,为患者提供优质、高效的护理对改善其预后具有重要价值。

#### 1 入院护理

1.1 热情接待患者,介绍住院环境,医院规章制度,

主管医师和护士。劝说戒烟,讲解糖尿病基本常识,使其引起足够重视,并对此正确认识。告知糖尿病并非手术禁忌症,良好的围手术期管理和护理将帮助患者恢复,以缓解患者紧张、焦虑情绪,增强信心。

#### 1.2 健康教育

使用全程健康教育模式,成立健康教育小组,邀请内分泌专家担任健康教育顾问,组织健康教育培训。调查患者的具体病情、一般资料,疾病相关知识水平,给予针对性健康教育措施,如举办健康教育讲座、发放健康教育资料,一对一健康教育指导<sup>[1]</sup>,适时有针对性的发放健康小处方,提高健康教育效果<sup>[2]</sup>。

#### 2 术前预康复

术前改善患者身体状况,提高生理机能储备,提高

手术耐受能力, 促进术后康复<sup>[3]</sup>。

2.1 术前禁烟 2 周, 指导并培训患者进行腹式深呼吸和有效咳嗽训练, 改善呼吸功能, 提高肺通气量和氧含量, 预防肺炎及肺不张。

2.1.1 具体步骤: (1) 腹式深呼吸训练: 患者取仰卧位或坐位, 通过鼻缓慢吸气, 深吸气后屏气 3-5s, 然后缩唇, 经嘴缓缓呼气。吸气时挺腹, 呼气时收缩腹部。

(2) 有效咳嗽训练: 患者取坐位或半卧坐位, 完全闭声门, 在深吸气后屏气 1-2s, 先轻柔的连续咳嗽, 将痰液震至气管上部, 再通过胸腹力量用力咳嗽, 排出痰液。

2.1.2 下肢耐力训练爬楼梯训练: 患者在家属陪同下, 以平常登楼速度登台阶, 每 48 级台阶为 1 组, 连续进行 2~3 组, 每组间休息 3 分钟, 2 次/天, 30 分钟/次(包括休息时间), 运动过程中心率控制在(170-年龄)或(180-年龄)次/分钟范围内, 应循序渐进, 量力而行, 若有不适, 及时就地休息<sup>[3]</sup>。

2.2 术前预康复, 营养评估, 早期营养干预, 能优化高龄食管癌患者手术前的营养储备。

2.2.1 采用全程营养管理模式, 从肿瘤确诊开始, 营养筛查、评估、干预应贯穿到治疗和康复的全过程<sup>[4]</sup>。

2.2.2 强化营养支持, 了解患者有无特殊的饮食喜好、忌口, 根据患者血糖控制情况, 胃肠功能, 以及个人喜好, 为其制定合理的膳食计划, 注意营养搭配, 补充蛋白质、维生素和微量元素。除了嘱术前低盐低脂饮食外, 同时给予肠内营养或静脉营养支持, 并适当缩短术前禁食、禁饮时间; 术后向患者强调禁食的重要性, 禁食期间给予肠内外相结合的营养支持, 解除禁食后, 告诉患者以高蛋白、高维生素饮食为主。

2.2.3 控制血糖: 将空腹血糖稳定在 6.1-9.0 I/L 水平后考虑手术治疗。

2.2.4 但也有研究认为<sup>[5]</sup>, 术前过长时间的营养支持会刺激肿瘤生长与增殖, 故选择术前 3d 进行营养支持, 既能改善营养状态, 又不会增加肿瘤增殖的风险。

2.3 针对不同患者进行个性化护理, 做好宣传教育工作, 帮助其完成术前检查, 及时与患者及家属沟通, 尽快掌握目前身体状况, 制定治疗及护理计划。

术前通过发宣传手册及详细的讲解等方式向患者及家属介绍疾病有关知识, 讲解治疗的新进展及配合治疗的注意事项, 手术的必要性, 手术方式及术后可能出现的的不适和并发症, 介绍医院先进设备和监护水平, 使患者树立战胜疾病的信心。有针对性地给予心理护

理, 耐心解答患者提出的疑问, 以取信其信任, 建立良好的护患关系。

### 3 术后管理

#### 3.1 营养支持

3.1.1 早期营养支持, 既能满足患者生理需求, 控制手术对机体的侵袭, 肿瘤导致的高代谢状态, 还可以保护胃黏膜, 使胃肠功能恢复到正常状态, 提高机体免疫力, 对术后康复, 生活质量产生积极影响。但糖尿病患者鼻饲食物受到限制, 血糖波动也比较大, 营养不良情况加重。因此使用糖尿病专用营养制剂如瑞代, 可以最大限度地控制营养支持期间对血糖指标波动的影响<sup>[6]</sup>。

3.1.2 李彩惠<sup>[7]</sup>; 术后给予肠外营养支持, 待胃肠功能恢复后, 给予肠内营养支持。营养剂温度保持在 37℃左右, 使用输注泵控制滴速, 经鼻十二指肠营养管或空肠造瘘管匀速输入。输注浓度和速度应从低浓度、低速度逐步增加, 并采取持续给予的方式。首次给予营养剂 250 mL, 第二日 500mL, 第 3 天根据体重计算营养液量[肠内营养制剂量(瓶)=体重(kg) x (20~25 kcal/kg) /900 kcal]。为提高机体耐受性, 使用前 12 小时, 可经鼻肠营养管给予生理盐水 100~200mL。为防止误吸, 可将床头抬高 30°~35°, 鼻饲过程中每 2~4h 回抽检查胃内容物, 当>100ml 时减量或暂停输注; 翻身、扣背时亦暂停输注。

3.1.3 有研究<sup>[8]</sup>示持续营养支持至术后第 7 天, 复查 CT, 确认食管恢复良好后, 遵医嘱患者可以开始经口进食, 并联合空肠营养管。如患者进食情况良好, 无不适, 通常情况则可于 3 周内达到完全经口进食状态。

3.1.4 营养液使用期间部分患者会出现咽喉不适、腹泻等症状, 应及时调整注入速度和温度。密切监测体温变化, 出现发热迹象, 立即报告医师; 每隔 3-5 天化验一次电解质, 肝肾功能, 实时了解患者营养指标, 并给予营养评估, 有利于做下一步营养补给<sup>[9]</sup>。

#### 3.2 血糖控制

控制好血糖, 对于手术至关重要。通常血糖控制在 6~10 mmol/L, 对于继发感染者, 血糖应控制在 8mmol/L 以内。

3.2.1 血糖监测: 术后 24h 内, 每 2 小时测 1 次血糖, 根据血糖水平调整胰岛素用量, 预防高血糖和低血糖现象。术后第 2 天, 患者血糖逐步稳定后改为每 4 小时测 1 次血糖, 术后第 4 天, 可改为每 4~6 小时 1 次<sup>[7]</sup>。

#### 3.3 呼吸道护理, 多措并举做好术后气道管理

患者术后呼吸道分泌物增多, 加之术后刀口疼痛,

咳嗽无力等极易引起肺部感染和肺不张。因此,术后应遵医嘱按时给予抗炎镇痛及雾化吸入药物,及时协助患者进行有效的咳嗽、咳痰,鼓励并规范患者进行深呼吸等呼吸功能训练,协助患者翻身拍背。

### 3.4 引流管护理

3.4.1 食管癌术后引流管繁多,给患者带来诸多不适,特别是鼻胃管。耐心讲解术后留置各导管的必要性和必要性,引起患者及家属的重视,指导注意事项。妥善固定各导管,保持通畅,防止导管脱出,打折或移位。密切观察并记录引流液的颜色、量、性质。每班检查导管固定及周围皮肤情况,及时更换导管固定装置。

3.4.2 (1) 留置胃管目的是持续胃肠减压,引出胃液、血液及保护食管吻合口。十二指肠营养管是保障术后肠内营养支持的关键,可以注入营养物质和药物,满足患者术后营养和治疗的需要。如过早脱出可引起吻合口瘘等并发症。(2) 胸腔引流管的作用是引流胸腔内积血、积液,促进肺扩张,预防肺部感染。如脱出,易引起开放性气胸,严重者可发生呼吸、循环功能障碍。(3) 纵膈引流是引流纵膈内渗血渗液,保护心功能,降低心律失常的发生<sup>[10]</sup>。

### 3.5 疼痛护理

食管癌手术创伤大,术后疼痛既影响患者呼吸,又可引起体内升糖激素分泌增加从而导致血糖升高。因此,术后应有效镇痛,增加患者舒适度,及时准确评估患者疼痛情况,按疼痛分级给予相应处理。

### 3.6 术后活动护理

长期卧床易造成肌肉萎缩、静脉血栓形成等并发症,故患者好转后,早期指导患者下床活动,若患者无法下床,辅助患者进行翻身、曲腿等动作。术后第1天“三部曲”下床活动,为患者制定个体、量化活动目标。积极鼓励患者早期活动,加强锻炼,可有效提高免疫力,加速胃肠功能的恢复,增加肺通气量,改善病情症状,促进患者早日康复。

### 3.7 并发症的护理

食管癌术后病发症较多,如术后出血,肺不张,吻合口瘘等,糖尿病的存在使其发生率增加。应加强重视,做到早预防、早发现、早处理。

#### 3.7.1 术后出血

术后 24h 内严密监测患者生命体征,密切观察和准确记录引流液的颜色、量、性质。若出现引流不畅,引流量较多,血压下降,体温升高等异常情况立即报告医生,给予相应处理。术后每小时引流量若 $\geq 200\text{ml}$ ,持续 3 小时以上,应警惕活动性出血的可能。

#### 3.7.2 肺炎、肺不张

食管癌患者术后肺部感染发生最常见,考虑由于食管癌手术容易对患侧肺部及肺门造成牵拉和挤压,支气管分泌物不能有效排出;手术切口疼痛也会限制患者呼吸活动;术后留置胸腔引流管、胃管等增加了肺部感染发生的风险。因此,术后应加强祛痰、增加营养支持、改善心肺功能等措施,从而降低术后肺炎的发生率。肺不张是较常见的并发症,术后保持胸腔引流通畅,定时挤压引流管。每班听诊双肺呼吸音,协助患者咳嗽咳痰,翻身拍背,遵医嘱给予雾化吸入等,通过震动、稀释痰液,使之易于咳出。定时复查胸片,观察肺部情况。

#### 3.7.3 吻合口瘘的观察和护理

吻合口瘘是术后较严重的并发症,密切观察伤口敷料和刀口情况,局部有无红肿、脓液渗出等情况。定期复查血常规,测量体温是否有高热,发现异常及时报告医生。吻合口瘘一旦确诊应针对患者具体情况,采取积极的处理措施。再次开胸重建吻合术或是充分引流脓气胸,加强营养支持,使用抗生素抗炎等保守治疗<sup>[11]</sup>。

#### 3.7.4 预防和控制感染,严格遵循无菌操作原则

糖尿病患者白细胞吞噬能力下降,中性粒细胞功能异常,单核细胞活动能力下降,抗体生成减少,抗感染能力下降,术后遵医嘱给予足量抗生素。根据刀口敷料情况,及时换药,避免感染。根据病情尽早拔除尿管,缩短留置时间,保持会阴清洁,防止泌尿系感染。给予口腔护理,保持皮肤护理。

## 4 讨论

随着人口老龄化的发展,食管癌中老年人所占的比例不断增加,而老年人身体机能不仅处于衰弱状态,而且常合并多种慢性疾病,糖尿病是临床常见代谢性疾病,主要特征为高血糖,主要表现为多饮、多食、多尿,消瘦或体重减轻,同时伴有蛋白质、脂肪、电解质代谢紊乱等<sup>[12]</sup>。

研究报道<sup>[13]</sup>食管癌患者约 80%存在不同程度营养不良,在所有肿瘤中居第一位。营养不良可导致术后并发症和病死率升高,严重降低患者的生活质量、甚至减少生存时间。而且糖尿病患者常合并大血管和微血管并发症,而手术应激又可使血糖急剧升高,使手术风险增高,术后病死率增加,这就增加了术后管理的难度。因此,提高治疗、护理专业水平,针对不同患者提供个性化整体护理,加强患者基础护理及围手术期护理刻不容缓。

## 参考文献

- [1] 黄帅. 全程健集教育模式在批及有管理组有用价值体会. 中国农村卫生 2020,12(21),50-51.
- [2] 吴家会,王显平. 围手术期健康教育对食管癌患者术后并发症的影响研究.重庆医学 2008 年 6 月第 37 卷第 12 期.
- [3] 洪宇彤, 丘丽红, 杨猛, 何学婷, 刘莉. 术前预康复策略在高龄食管癌手术患者中的应用效果.Modern Nurse, October,2021,Vol.28,No.29.
- [4] 王艳莉,周秀耕,冯 晔,龚丽青,余 琪,刘子琪,王嘉,李少雷,杨跃,吴 楠,方 玉.全程营养管理在食管癌手术患者中的应用. 现代肿瘤医学 2022 年 11 月第 30 卷第 21 期.
- [5] 谭雪丽,江 超, 蒋蓉蓉. 营养风险筛查与干预对食管癌手术患者的影响.齐鲁护理杂志 2022 年 8 月第 28 卷第 16 期.
- [6] 王清, 官莉贞.食管癌合并糖尿病患者早期肠内营养与血糖控制的护理.糖尿病新世界.2020.23 (20) .29-31.
- [7] 李彩惠. 强化营养支持护理联合肠内营养乳剂对围手术期食管癌合并 2 型糖尿病患者的价值.《中外医学研究》第 21 卷第 1 期(总第 549 期)2023 年 1 月, 现代护
- [8] 吴菁菁, 黄琳. 空肠营养管对食管癌三野术后患者营养状况改善的研究.黔南民族医学学报 2020,33(04).279-281.
- [9] 寻引平. 早期营养支持治疗联合护理干预对食管癌患者术后康复的影响.中国药物与临床 2020,20(23),4040-4042.
- [10] 房玉芳, 孙娜.护理宣教方式对食管癌术后患者引流管认知影响.社区医学杂志.2020.18 (21) .1475-1478.
- [11] 路秀梅.117 例胸腔镜辅助食管癌切除手术患者的围手术期护理.当代护士(上旬刊).2020.27 (06) 51-52.
- [12] 王洪宁, 夏卫立.48 例糖尿病患者的护理体会.中国城乡企业卫生.2020.35 (10) .102-103.
- [13] 糜群.1 例糖尿病患者食管癌术后营养支持的护理.当代护士(中旬刊).2019.26 (02) .146-148.

**版权声明:** ©2025 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**