

· 临床护理 ·

# 食管癌合并糖尿病患者围术期护理

夏梅, 张世琼, 王华, 陈巧

(第三军医大学西南医院心胸外科, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.021

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)12-1192-02

食管癌是临床常见的消化道恶性肿瘤之一,手术切除肿瘤是治疗食管癌的有效方法<sup>[1]</sup>,对于同时合并糖尿病患者,手术风险大大增加,其手术死亡率及术后并发症的发生率明显高于无合并症者。这类手术创伤大,加之糖尿病本身体内物质代谢紊乱,机体抵抗力低下,导致术后恢复时间延长,而且极易发生各种并发症,因此,必须重视围术期护理,以提高手术成功率,减少术后并发症的发生。

## 1 临床资料

本组从 2005 年 1 月至 2009 年 12 月,共收治 81 例合并糖尿病的食管癌患者,其中男 63 例,女 18 例;年龄 48~76 岁,平均 66.7 岁。根据 WHO 颁布的糖尿病诊断标准,全组均合并糖尿病,其中 1 型糖尿病 22 例,2 型糖尿病 59 例,伴有高血压病 5 例、冠心病 3 例、肺部疾病 8 例。全组病例均经实验室辅助检查明确诊断(包括上消化道钡剂造影、纤维胃镜、病理学诊断、胸部 X 线摄片、肺功能测定等),均行食管癌根治术。其中 3 例术后并发切口感染,经积极治疗痊愈;2 例并发吻合口瘘,死亡 1 例;并发肺部感染 2 例,因呼吸衰竭而行气管切开,并用呼吸机支持,经过治疗,1 例死亡;其余均痊愈。

## 2 护理措施

### 2.1 术前护理

**2.1.1 有效控制血糖,做好饮食指导** 有效控制血糖是进行手术的必要条件,围术期血糖的控制对术后并发症的预防及患者的康复至关重要。密切监测空腹血糖及餐后 2 h 血糖,并根据检测结果及时调整胰岛素剂量,以防低血糖反应发生和血糖过高,如患者出现面色苍白、大汗淋漓、脉速、烦躁不安,应立即测血糖并及时报告医师进行对症处理。将空腹血糖控制在 7.25~8.34 mmol/L 即可进行手术<sup>[2]</sup>。本组患者术前空腹血糖控制在 6.14~7.65 mmol/L,餐后 2 h 血糖为 8.14~9.78 mmol/L。控制血糖的同时要加强饮食护理,食管癌合并糖尿病患者的饮食较之单纯食管癌患者的要求更为严格<sup>[3]</sup>,既要保证患者充足的营养,又要控制含糖食物的摄入,使患者的血糖控制在比较理想的水平。嘱患者进糖尿病饮食,对饮食不足和不能进食者,经静脉途径补充,做到既严格控制饮食,又保证营养的供给,以改善全身情况,促使术后切口和食管吻合口愈合。

**2.1.2 呼吸功能训练与咳嗽、排痰训练** 由于手术的创伤、疼痛和胸腔引流管的刺激等因素,术后患者的呼吸将变得更浅、更快,使原有的肺功能进一步下降,极易产生呼吸功能不全。因此,术前的呼吸功能训练是保证手术成功的重要环节<sup>[4]</sup>。本研究中主要采用以下几种方法,(1)深呼吸训练:鼓励患者做缓慢尽力的深吸气,在吸气末停滞 1~2 s 后缓慢呼气,每分钟以 8~12 次为宜。每日 3~4 次,每次练习 10 min。(2)束胸训练:用胸带绑住患者胸部,紧度以患者不感到憋气、呼吸困难为宜。以制造术后生理环境,使患者增加手术的耐受能力和适应性。(3)有效咳嗽训练:告诉患者术后咳嗽、排痰的重要性,指导患者取坐位或半坐卧位,上身稍向前倾,嘱患者深吸气后屏

住呼吸,使膈肌抬高以增加胸内压,并使肋间肌收缩,再用力咳嗽。咳嗽时应引起胸腔震动,使气管深部的痰液咳出,将小气道痰液汇入大气道,避免只用喉头震动引起的咳嗽。

**2.1.3 预防肺部感染** 患者入院后,注意保暖,保持病房空气中一定的温、湿度(温度 22~25 ℃,湿度 50%~60%)。定期空气消毒,防止感冒引起的肺部感染,加重肺部疾病。对吸烟者,嘱其停止吸烟至少 2 周,同时要保证适当的水分和营养的摄入。对于合并有老年慢性支气管炎及咳嗽、咳痰等症状者,作者予口服止咳化痰药,同时予吸入用复方异丙托溴铵溶液高频雾化吸入 2~3 次/天。

**2.1.4 加强心理疏导,增加依从性** 焦虑和恐惧是患者最常见的心理反应,患者常产生不同程度的焦虑、恐惧甚至绝望。焦虑、抑郁等不良情绪与血糖控制不佳有明显相关性<sup>[5]</sup>。针对患者的情况,可指导家属共同关心、照顾患者,并请相关手术成功的患者介绍其亲身感受,增强患者信心,解除顾虑,以最佳心理状态接受手术。

**2.2 术后护理** 患者进入监护室后,应严密监测心电、血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度。

**2.2.1 呼吸道护理** 合并糖尿病的食管癌患者术后机体抵抗力低下,加之切口疼痛,术后有不同程度呼吸困难,易并发肺部感染、呼吸衰竭等并发症。术后常规予雾化吸入、加强气道湿化,并用盐酸氨溴索高频雾化化痰,配合机械辅助排痰,改变体位,翻身拍背等措施来促使痰液排出。

**2.2.2 血糖的监测与护理** 糖尿病患者术后血糖水平波动很大,血糖过高容易导致高渗性酮症酸中毒,而胰岛素使用过量又可能出现致命性低血糖,而且术后高血糖也是短期感染并发症的参与因素<sup>[6]</sup>,所以,严格的血糖控制和监测尤为重要。在血糖监测过程中患者往往在术后急性应激期内即术后 48 h 内血糖变化很大,血糖不容易控制,并发症往往出现在这段时间<sup>[7]</sup>。作者的护理体会:(1)严格控制输注速度和糖量,术后 48 h 葡萄糖的使用范围 100~150 g/d,经输注泵 24 h 匀速输入。急性应激期过后(一般为 48 h)逐步增加用糖量,最高不超过 1.2 g·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup>。(2)术后 48 h 内使用单独的静脉通道持续泵入胰岛素,同时加强血糖监测频率,每 1~2 h 监测 1 次血糖,直至相对稳定,一旦血糖超出正常范围应立即汇报医师,遵医嘱调整胰岛素用量。(3)密切观察有无潜在并发症如高渗性昏迷、酮症酸中毒、低血糖。糖尿病患者由于麻醉和手术创伤后胰高血糖素分泌增多,胰岛素抵抗或分泌相对不足,可引起血糖增高,导致高渗性昏迷和酮症酸中毒,术后在严密监测血糖基础上注意观察患者神志,如出现反应迟钝、嗜睡、血压下降、脉细速、呼吸深大、呼气带烂苹果味、尿少等症状,应立即通知医师,积极配合抢救。

**2.2.3 预防控制感染** 糖尿病患者白细胞吞噬能力低下,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,皮肤含糖量高,有利于细胞繁殖。合理应用抗生素是防止感染的

关键,选择有效抗生素,严格掌握药物的剂量和用药时间,以保持血液中药物的有效浓度。控制输液滴速,使出量略大于入量。做好消毒隔离,加强伤口换药,避免医源性感染,同时加强皮肤及口腔护理。此类患者术后禁食时间长,又处于高糖状态,患者极易患口腔并发症。因此,术后必须做好口腔护理,保持口腔清洁、湿润、无损伤。禁食期间每日口腔护理 3~4 次,进食后督促刷牙、漱口,及时清除口腔内食物残渣,预防口臭及口腔感染。

**2.2.4 营养支持** 糖尿病患者术后禁食期间机体处于高分解代谢状态,术后每日提供葡萄糖 150~200 g,以满足脑组织对葡萄糖的需要,减少体内蛋白质、脂肪的分解,防止酮症酸中毒,静脉补充足够能量、适量复方氨基酸和脂肪乳、微量元素等,以促进吻合口愈合<sup>[8]</sup>。作者常规选用中心静脉导管予肠外营养支持,静脉营养液在专业的配置台内配置,严格无菌且现配现用;营养液用输液泵 24 h 持续、均匀输入。

#### 参考文献:

[1] 褚晓冉,陈德凤.食管癌伴糖尿病 40 例围手术期护理·临床护理·

[J].解放军护理杂志,2001,18(3):258-260.

[2] 张国英,邓微,李晓玉.糖尿病患者围手术期血糖控制标准的探讨[J].中华全科医师杂志,2003,2(1):101-102.

[3] 李冬琴,赵惠君.食管癌合并糖尿病患者治疗后肺部感染的预防及护理[J].中国误诊学杂志,2001,1(8):789-791.

[4] 夏梅,秦志英.肺功能不全食管癌患者围术期护理[J].重庆医学,2004,13(12):1807-1808.

[5] 李桂琴,杨智华,穆丽娜,等.食管癌患者择术期心理状况及护理对策[J].新乡医学院学报,2004,121(1):66-67.

[6] 黄泽文,林晶.糖尿病胃肠道手术患者的营养支持[J].福建医药杂志,2006,28(1):43-44.

[7] 杨仰竹,温大翠,赵高平.合并糖尿病消化道肿瘤患者术后早期肠内营养支持的护理研究[J].护理实践与研究,2010,7(1):12-14.

[8] 穆建萍.饮食对糖尿病并发症影响的观察[J].齐鲁护理杂志,2003,9(12):947-949.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)

## 肺动脉夹层动脉瘤围术期 1 例的护理

张世琼,夏梅

(第三军医大学西南医院胸心外科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.022

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)12-1193-02

肺动脉夹层动脉瘤是一种非常罕见的疾病,其病程凶险,死亡率极高<sup>[1]</sup>。顾晓生和姚纪光<sup>[2]</sup>报道其猝死发生率达 33%。并在 1862 年 W alshe 首次报道(Watson 引用)<sup>[3]</sup>,该病一般见于先天性心脏病合并肺动脉高压患者<sup>[4]</sup>。肺动脉夹层的治疗一般以外科手术治疗为主,治疗措施包括肺动脉瘤成形术、血管置换术、动脉结扎术和肺叶或全肺切除术等<sup>[5]</sup>。2010 年 11 月本科成功为 1 例先天性心脏病合并肺动脉夹层动脉瘤患者实施了动脉导管封闭术,肺动脉夹层切除、人工血管置换术,三尖瓣成形术,术后患者顺利恢复出院。现将护理体会总结如下。

### 1 临床资料

**1.1 病例资料** 患者,男,35 岁,因“反复活动后心累、气促伴双下肢水肿 1 个月”入院。体格检查:发育正常,营养中等,嘴唇无紫绀,颈静脉充盈,肋骨清晰可见,双肺呼吸音稍粗,双下肺可闻及少量细湿啰音,未闻及干性啰音胸膜摩擦音。心界向左扩大,心尖搏动点位于第 6 肋间腋前线,可触及抬举性搏动,胸骨左缘第 3 肋间可触及震颤,心率 73 次/分,心律齐,心音有力, $P_2 > A_2$ ,胸骨左缘第 2、3 肋间可闻及 4~5/6 级以舒张期为主的连续性粗糙杂音,未闻及额外心音及心包摩擦音。腹软,无压痛、反跳痛和肌紧张,肝右肋下 3 指,脾肋下未触及,移动性浊音阴性。股动脉枪击音(+),水冲脉(+),毛细血管搏动征(+),双下肢轻度水肿。心脏彩超示先天性心脏病:(1)动脉导管未闭(导管内径较宽,呈漏斗状);(2)肺动脉主干瘤样扩张,管腔内血流紊乱,并可见条索样回声漂浮,考虑肺动脉瘤伴夹层可能;肺动脉收缩压重度增高,肺动脉瓣轻度反流;(3)三尖瓣重度反流;(4)二尖瓣前瓣回声增厚,二尖瓣轻度反流;(5)主动脉轻度反流,瓣口流速增快;(6)主动脉根部及升主动脉明

显增宽;(7)右室流出道增宽;(8)室间隔及左室后壁增厚;(9)全心增大明显,右室壁增厚;(10)下腔静脉汇入右房口处内径及三支肝静脉内径增宽。CT 提示肺动脉及主动脉增粗明显,动脉导管粗大,心脏改变明显。本例患者在全麻低温体外循环下行动脉导管封闭术,肺动脉夹层切除、人工血管置换术,三尖瓣成形术,手术顺利。体外循环转流时间 165 min,阻断主动脉 124 min,深低温停循环 15 min。

**1.2 结果** 术后 ICU 监护 8 d,呼吸机辅助呼吸 124 h,无肺部并发症等发生。术后复查心脏彩超提示:降主动脉起始段与肺动脉分叉之间未见异常湍流,肺动脉、主动脉明显变细,心脏各腔室明显变细。患者顺利恢复出院。

### 2 护 理

#### 2.1 术前护理

**2.1.1 心理护理** 因手术复杂,危险性大,并发症多,术前与患者及家属沟通,告知患者及家属手术的意义和风险;同时介绍手术组成员的医疗水平,增强患者的信心,减少患者心理压力<sup>[6]</sup>,充分发挥其主观能动性,主动配合医护人员,接受手术治疗。

**2.1.2 控制病情,预防并发症** 绝对卧床休息,吸氧,持续心电监护,密切注意生命体征变化。应用硝普钠微量泵泵入,使收缩压控制在 13.3~16.0 kPa(100~120 mm Hg),严密观察四肢血压变化,为医生提供鉴别诊断的依据。避免患者情绪激动引起血压升高、心率增快促使夹层破裂致患者死亡。

#### 2.2 术后护理

**2.2.1 循环系统监测** 术后常因出血、心肌创伤、电解质和酸碱平衡失调等,使血流动力学不稳定、血压低,因此,严密监护是患者顺利恢复和降低围术期致死率的重要环节<sup>[7]</sup>,本例患者