

# 胃癌合并糖尿病患者围手术期护理方法的研究

方少梅 郭乐 谢琼

广州市红十字会医院胃肠外科, 广东 广州 510240

**摘要:** 目的: 探讨胃癌合并糖尿病患者围手术期护理方法。方法: 将在我院行择期手术治疗的 66 例胃癌合并糖尿病患者随机分为对照组和试验组, 分别对两组实施围手术期常规护理和围手术期综合护理干预, 比较两组术前 1d、术后 12h、24h 的血糖水平、术后 1 周的机体营养状况及并发症发生情况。结果: 两组术前 1d 的血糖水平比较无明显差异 ( $P>0.05$ ), 试验组术后 12h、24h 的血糖水平均较对照组低 ( $P<0.05$ ), 术后 1 周的血红蛋白、血清清蛋白、血清转铁蛋白均较对照组高 ( $P<0.05$ ), 并发症发生率较对照组低 ( $P<0.05$ )。结论: 围手术期综合护理干预为胃癌合并糖尿病患者安全、有效的围手术期护理模式。  
**关键词:** 胃癌; 糖尿病; 血糖; 围术期护理

胃癌为我国人群发病率居首位的恶性肿瘤疾病, 糖尿病为我国人群发病率居首位的代谢性疾病, 两种疾病的主要发病群体均为中老年人<sup>[1-2]</sup>。流行病学调查结果显示, 伴随着人口老龄化进程的不断加快, 我国人群的胃癌、糖尿病发病形势均日益严峻, 胃癌合并糖尿病患者的发病数量也呈现出不断增加趋势<sup>[3-4]</sup>。两种疾病的合并发生, 不仅导致疾病治疗难度增加, 也对临床护理提出了更高要求<sup>[5]</sup>。为进一步改善危害合并糖尿病患者围手术期护理质量, 本研究选取 66 例胃癌合并糖尿病患者作为研究对象, 探讨胃癌合并糖尿病的围手术期护理方法, 现将研究内容报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象为我院 2016 年 10 月至 2018 年 3 月收治的 66 例胃癌合并糖尿病患者。纳入标准: (1) 明确诊断为糖尿病 (2 型)、胃癌; (2) 具有手术治疗指征, 行择期手术治疗。排除标准: (1) 合并严重糖尿病并发症; (2) 存在手术治疗禁忌症。应用随机数字表法将 66 例患者分为对照组和试验组。统计学处理结果显示两组一般资料均衡性良好 ( $P>0.05$ ), 见表 1, 本研究在获取患者及其家属知情和同意后实施。

表 1 两组一般资料统计分析 ( $n; \bar{x} \pm s$ )

组别	性别 (男/女)	年龄 (岁)	糖尿病病程 (年)	肿瘤分期 (I/II)
试验组	21/12	53.1 ± 4.4	4.5 ± 0.9	14/19
对照组	22/11	53.6 ± 4.2	5.1 ± 1.0	12/21
$\chi^2/t$	0.067	0.598	3.247	0.254
P	0.796	0.551	0.002	0.614

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

采用围手术期常规护理模式对对照组患者实施护理, 具体包括术前健康宣教、术后体位护理、营养支持、用药指导等。

#### 1.2.2 试验组

采用围手术期综合护理干预模式对试验组患者实施护理, 除基础护理措施外, 采取的具体护理措施还包括:

(1) 术前心理干预: 术前多数患者会因担心预后产生负性情绪。护理人员术前访视患者, 适时告知患者疾病治疗、护理相关知识, 帮助患者缓解不良情绪, 使患者能够积极配合治疗<sup>[6]</sup>。

(2) 术前血糖控制: 糖尿病的发生本身即可对机体多个器官及系统的功能造成损害, 导致胃癌手术治疗风险增加<sup>[7]</sup>。因此, 在术前对患者血糖进行有效控制是降低患者手术并发症的有效措施。护理人员严密监测患者血糖值变化, 发生异常情况立即通知医师。目前国内学术界普遍认为机体空腹血糖为 5.5~8.3mmol/L, 餐后血糖 <11.1mmol/L 时可以耐受手术<sup>[8]</sup>。

(3) 术后心理干预: 胃癌手术具有创伤性大的特点, 患者术后不可避免的会出现疼痛, 加之以前的生活方式被强迫改变, 较易产生焦虑、抑郁等不良情绪<sup>[8]</sup>。既往大量实践研

究证实, 不良情绪的产生会导致肾上腺素和糖皮质激素分泌增加, 引起血糖升高<sup>[9-10]</sup>。因此, 对胃癌合并糖尿病患者实施术后心理干预十分必要。护理人员积极与沟通, 关注患者情绪变化, 了解患者产生负性情绪的原因, 给予患者针对性心理疏导。如一部分患者因难以耐受疼痛产生焦虑情绪, 护理人员教会患者一些能够缓解疼痛的方法, 如观看喜剧、与病友交流等。

(4) 术后血糖控制: 长期观察发现, 除心理因素外, 还存在多种因素可能导致胃癌合并糖尿病患者术后血糖升高, 如麻醉因素、手术疼痛等。因此, 在术后仍应严密监测患者血糖变化。

(5) 术后引流管理: 引流管堵塞、弯折导致的引流液回流是引起手术切口感染的主要原因<sup>[11]</sup>。术后护理人员加强查房, 检查患者引流管使用状况。同时注意观察患者引流液颜色、性质、量的变化, 出现异常情况立即通知医生。

(6) 术后营养支持: 术后患者机体处于高分解代谢状态, 葡萄糖利用能力明显下降, 蛋白质分解速度加快<sup>[12]</sup>。为避免患者发生营养不良, 我院在术后 24h 内给予患者肠内营养, 定量缓慢滴入营养液, 营养液主要成分为膳食纤维, 谷物淀粉。

(7) 并发症预防及护理: 术后做好患者的呼吸道管理, 预防呼吸系统并发症, 定期对患者实施肢体按摩, 预防压疮、肢体深静脉血栓。加强手术切口监测, 及时为患者更换敷料, 预防切口感染。

### 1.3 观察指标

本研究比较试验组、对照组术前 1d、术后 12h、24h 的血糖水平、术后 1 周的机体营养状况、并发症发生情况。

机体营养状况检测指标包括血红蛋白、血清清蛋白、血清转铁蛋白。

### 1.4 统计学方法

应用 SPSS 18.0 版本统计学软件包进行数据统计分析, 计数资料描述形式为 (%), 采用  $\chi^2$  检验资料差异, 计量资料描述形式为 ( $\bar{x} \pm s$ ), 采用 t 检验资料差异, 以  $P<0.05$  为差异显著性检验水准。

## 2 结果

### 2.1 术前 1d、术后 12h、24h 的血糖水平比较

试验组术前 1d 的血糖水平与对照组比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 术后 12h、24h 的血糖水平均低于对照组 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组术前 1d、术后 12h、24h 的血糖水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ ;  $n=33$ ; mmol/L)

组别	术前 1d	术后 12h	术后 24h
试验组	6.4 ± 1.1	7.1 ± 1.4	7.0 ± 1.3
对照组	6.5 ± 1.3	9.0 ± 1.5	8.8 ± 1.7
t	0.337	5.319	4.831
P	0.737	0.000	0.000

## 2.2 术后1周的机体营养状况比较

试验组术后1周的血红蛋白、血清清蛋白、血清转铁蛋白水平平均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表3。

表3 两组术后1周的机体营养状况比较 ( $\bar{x} \pm s$ ;  $n=33$ ;  $g/L$ )

组别	血红蛋白	血清清蛋白	血清转铁蛋白
试验组	107.1 ± 7.3	276.5 ± 9.8	2.6 ± 0.3
对照组	100.8 ± 7.8	269.2 ± 8.5	2.0 ± 0.3
t	3.388	3.233	8.124
P	0.001	0.002	0.000

## 2.3 并发症发生情况比较

试验组并发症发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表4。

表4 两组并发症发生情况比较 ( $n, \%$ )

组别	例数	切口感染	吻合口漏	酮症酸中毒	发生率
试验组	33	0	1	0	1 (3.0)
对照组	33	3	2	1	6 (18.2)
$\chi^2$	-	-	-	-	3.995
P	-	-	-	-	0.046

## 3 讨论

调查结果显示, 围手术期并发症的发生为导致胃癌合并糖尿病患者预后变差的主要原因<sup>[13-14]</sup>。因此, 加强胃癌合并糖尿病患者的围手术期护理具有重要临床意义。伴随着创新护理理念的发展, 近年来疾病的围手术期护理模式也在不断改进和完善<sup>[15]</sup>。我院结合胃癌合并糖尿病的疾病特点以及自己和他人的护理经验, 制定了胃癌合并糖尿病围手术期综合护理干预模式。本研究以围手术期常规护理模式为对照, 评价该种护理模式的应用效果。结果显示试验组患者术后12h、24h的血糖水平及并发症发生率均较对照组患者低, 术后1周的血红蛋白、血清清蛋白、血清转铁蛋白水平平均高于对照组患者。根据上述研究结果得出, 围手术期综合护理干预模式在控制胃癌合并糖尿病患者血糖、改善患者机体营养状态方面的应用优势更明显, 且能够降低患者手术风险事件发生率, 利于患者疾病早日康复。

分析试验组患者能够获得上述护理效果的原因可能为: 我院为胃癌合并糖尿病患者所制定的围手术期综合护理干预模式, 将综合护理理念和护理干预理念同时融入, 以患者为中心, 强化基础护理, 同时针对患者具体情况(护理诊断结果), 采取个体化、连续性的护理措施。如针对患者术前、术后不同的心理状态, 对患者实施个体化心理疏导, 根据患者机体营养状态, 为患者制定营养支持方案等。不仅能够有效避免围手术期常规护理模式存在的盲目性强的应用局限性, 且能够保障护理措施的有效性, 最大程度地满足患者疾病康复对临床护理的需求<sup>[16]</sup>。因此, 能够获得更满意的临床护理效果。

综上所述, 本研究得出我院为胃癌合并糖尿病患者制定的围手术期综合护理干预模式, 能够有效改善患者血糖状

况和机体营养状况, 并能减少患者术后风险事件的发生, 护理效果确切、可靠, 是一种值得在临床上得到推广应用的护理模式。

## 参考文献

- [1] 孔春兰, 包新慈. 胃癌伴糖尿病病人术后早期肠内营养的护理[J]. 肠外与肠内营养, 2015, 22(2): 127-128.
- [2] 刘金, 闫丽娟. 胃癌合并糖尿病患者的围手术期护理研究现状[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(11): 856-858.
- [3] 申屠敏皎, 钱振渊, 孙元水. 早期肠内营养在胃癌合并糖尿病患者术后的应用及护理[J]. 中华临床营养杂志, 2014, 22(2): 112-114.
- [4] 方方, 许勤. 基于健康理论的全程健康教育对胃癌合并糖尿病患者术后生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(10): 74-77.
- [5] 陈会鸽. 胃癌合并糖尿病(II型)患者的围手术期护理[J]. 河南外科学杂志, 2015, 21(1): 137-137.
- [6] 张良玉. 控制血糖护理在老年胃癌合并糖尿病患者围手术期中的应用[J]. 河南医学研究, 2017, 26(4): 767-768.
- [7] 樊慧, 廖春艳, 张红梅. 1例胃癌合并糖尿病、高血压术后并发化脓性腮腺炎病人的护理[J]. 全科护理, 2015, 13(26): 2663-2664.
- [8] 姜月秋. 早期肠内营养在胃癌合并糖尿病患者术后的应用及护理对策分析[J]. 糖尿病新世界, 2017, 20(3): 96-97.
- [9] 潘锋铿. 胃癌合并糖尿病患者术后早期肠内营养与全肠外营养对术后恢复的影响比较[J]. 中国实用医药, 2016, 11(11): 103-105.
- [10] 盛莉, 康延海, 王琳, 等. 胃癌并发糖尿病患者感染病原菌分布与对 Smad 通路蛋白影响研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(7): 1544-1545.
- [11] 周丽荣, 潘燕, 付汉东. 胃癌合并糖尿病患者的代谢情况与胃癌临床特征的相关性[J]. 现代肿瘤医学, 2016, 24(10): 1572-1574.
- [12] 苏艳. 42例胃癌伴糖尿病病人术后早期肠内营养的护理[J]. 全科护理, 2016, 14(8): 820-821.
- [13] 高建新, 孟化, 路夷平. 腹腔镜下不同胃肠道重建方式对胃癌合并糖尿病患者术后血糖的影响[J]. 腹腔镜外科杂志, 2017, 22(8): 592-595.
- [14] 王绪清. 分析控制血糖护理在老年胃癌合并糖尿病患者围术期中的应用及效果[J]. 中国医药指南, 2016, 14(12): 216-216.
- [15] 王健, 孙光瑞, 韩秀娟, 等. 胃癌合并糖尿病手术后早期肠内营养的护理对策[J]. 糖尿病新世界, 2014, 34(12): 54-54.
- [16] 康志霞. 控制血糖护理在老年胃癌合并糖尿病患者围术期中的应用效果[J]. 医药与保健, 2017, 25(2): 174-175.