

一例老年糖尿病直肠癌造口患者围术期的营养护理分析

王 娇 邹春莉*

昆明市延安医院 云南 昆明 650000

摘要: 本研究旨在探讨老年糖尿病直肠癌造口患者围术期的营养护理策略,老年患者因自身疾病复杂性,围术期的营养状况至关重要。术前通过全面营养评估,制定个性化饮食方案,纠正营养不良,术中严格把控无菌操作,减少感染风险,术后密切监测血糖与营养指标,调整营养支持方式,促进伤口愈合。结果显示,通过科学的营养护理可有效改善患者预后,缩短住院时间,降低并发症发生率,为临床护理提供参考依据。

关键词: 老年糖尿病直肠癌造口患者;围术期;营养护理;护理效果

结直肠癌作为消化系统常见的恶性肿瘤,其发病率近年来持续攀升,患者常表现出腹痛腹泻、便血、腹部异常包块及肠梗阻等典型症状,严重威胁生命健康^[1]。与此同时,糖尿病作为一种以糖代谢紊乱为特征的慢性疾病,在中老年群体中尤为高发。流行病学数据显示,二者的发病率呈同步上升趋势,致使合并发病的病例显著增多^[2]。这类患者由于两种疾病相互作用,不仅病情更为复杂,治疗难度也大幅增加,给临床干预带来严峻挑战。目前,手术切除仍是根治结直肠癌的核心手段,可有效清除病灶、延长患者生存期并改善生活质量。然而,糖尿病的存在会显著影响手术安全性,且血糖失控易引发切口愈合延迟、感染风险上升及心脑血管并发症等问题,极大增加了手术风险^[3]。因此,针对结直肠癌合并糖尿病患者,强化围手术期护理管理至关重要。通过科学规范的护理干预,不仅能优化手术治疗效果,还能促进患者术后快速康复,对提升整体治疗预后具有重要意义。本研究中即分析了1例老年糖尿病直肠癌造口患者的围术期恢复情况,并对此期间患者营养指标进行分析,重点关注患者的营养状况效果改善,具体报道如下:

1 临床资料

患者,女,76岁。主诉:因患者血糖升高10余年,“近期恶心、腹痛5天”,于2024年12月4日收入院,患者既往有“2型糖尿病”,予口服降糖药进行治疗,未规律监测血糖;高血压病史,血压控制可。现病史:近半年来未监测血糖,病程中逐渐出现肢体麻木。5天前无明显诱因出现恶心、腹痛,伴呕吐胃内容物4-5次,时有腹胀、大便带血,体重近3个月下降5%,一周内因疾病原

因处于禁食状态。既往史:有“2型糖尿病”,予口服降糖药进行治疗,未规律监测血糖;高血压病史,血压控制可。患者身高145cm、体重40KG, BMI: 19.02kg/m²。

2 护理问题

(1) 营养状态受个体化影响,需调整针对性护理路径;(2) 该患者受疾病因素的影响需要行回肠造口术,术后需行造口护理,恢复中需要有相应的营养补充;(3) 患者缺乏术后呼吸训练、早期活动、饮食管理等自我护理知识与技能。(4) 术后造口患者难以掌握造口护理方法及生活适应技巧。(5) 患者因疾病恐惧、手术创伤及术后造口等问题,出现焦虑、抑郁等负面情绪。

3 护理目标

(1) 收集患者的病史资料,营养风险筛查2002(NRS2002)进行快速营养风险筛查,患者评分为4分,该患者存在营养风险,结合个体化差异制定预后康复路径;(2) 肠道营养准备,维持机体恢复所需,稳定水电解质平衡;(3) 术中静脉补液维持循环稳定和电解质平衡,术后阶段(早期恢复、个体化调整、造口适应);(4) 患者行了直肠根治术+回肠造口术,术后胃肠道耐受度降低;(5) 创造良好的营养恢复环境;

4 护理措施

(1) 常规护理:对于合并糖尿病的直肠癌造口患者,围手术期的多维度管理至关重要。护理团队通过全面的病史采集,患者NRS2002评分4分,使用PG-SGA进行营养不良评估,患者评分为17分,提示患者为重度营养不良,需急切改善患者症状和营养支持治疗。随即启动医护与营养科的协作机制,遵循中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会提出的营养不良五阶梯治疗模式为患者制定营养支持方案。该患者的目标能量计算按照胃肠外科病人围手术期全程营养管理中国专家共识推荐,患者能量需求为25~30kcal/(kg·d),蛋白质需求量按照1.5~2.0g/

作者简介: 王娇, (1987年9月-), 女, 汉, 云南昆明, 主管护师, 本科, 研究方向: 胃肠肿瘤营养护理。

通讯作者: 邹春莉, (1983年2月-), 女, 汉, 云南昆明, 主管护师, 本科, 研究方向: 胃肠肿瘤外科护理。

(kg·d)^[4]。

鉴于患者存在不完全性肠梗阻、无法经口进食的状况，初期采用全肠外营养（TPN）方式保障机体营养需求。在此期间，护理人员严格记录出入量，实时监测血糖及电解质指标变化。12月7日，患者出现血钾降低，护理团队迅速协同医师实施补钾治疗，并通过动态监测血钾浓度与尿量调整干预措施。随着病情改善，12月10日肠梗阻症状缓解后，护理人员指导患者循序渐进恢复经口摄入，从少量多次饮水逐步过渡至流质饮食，并密切观察胃肠道反应。12月11日，营养支持策略调整为部分肠外营养（PPN）联合部分肠内营养（PEN），选用富含乳清蛋白的口服营养补充剂（ONS），指导患者采用分餐、慢饮的方式摄入，并持续评估胃肠道耐受性。12月16日复查显示，患者总蛋白提升至62.9g/L、白蛋白达35.6g/L、前白蛋白为243mg/L，多项实验室指标显著改善，营养不良状况得到有效纠正。

（2）在术前肠道准备阶段，严格遵循医嘱实施“低渣饮食联合肠道清洁剂”方案。确保患者充分理解饮食要点，护理人员采用一对一健康宣教模式，详细讲解低渣饮食的注意事项：明确告知患者需避免食用全谷物制品、带壳坚果，以及未经烹煮的生蔬菜与水果等高纤维食物；同时推荐选择精制米、精细白面、鲜嫩肉沫、蒸鸡蛋、豆腐等易消化吸收的食材。此外，在符合肠道准备规范的前提下，指导患者合理饮用清流质饮品，包括无渣纯果汁、电解质运动饮料、澄清清汤等，以此维持术前机体水电解质平衡状态，直至达到手术规定的禁食要求。

（3）在手术全程管理中，护理团队紧密协同麻醉及外科团队，严格遵循加速康复外科（ERAS）理念优化围术期流程。通过缩短术前禁食时间（固体食物术前6小时停止摄入，清流质术前2小时禁饮），减少患者饥饿感与代谢应激。术中依据手术时长及患者个体状况，精准调控静脉补液量，在维持循环稳定与电解质平衡的同时，严格限制晶体液过量输注。麻醉清醒后6-8小时或术后24小时内，若未出现恶心呕吐症状，即鼓励尝试少量啜饮清水（每次5-10ml）；术后首日，逐步引入清流质饮食，包括纯净水、米汤及无渣果汁，采取少量多次的摄入方式（每2小时50-100ml），并持续观察患者腹胀、恶心等胃肠道不适反应。术后2-3日，经营养科专业评估后，在流质饮食基础上，于餐间及晚餐后补充口服营养补充剂（ONS），每日3次，每次200ml，指导患者以小口慢饮方式摄入。术后3-4日，饮食逐步升级为半流质状态，选择米粥、软烂面条、蒸蛋羹、细嫩肉末、豆腐及细腻菜果泥等低渣易消化食物；术后5-7日起，根据患者耐受程

度，循序渐进过渡至软食，持续推进康复进程。因入院时空腹血糖控制不佳，考虑到患者高龄、合并糖尿病及即将接受直肠癌根治术+造口术，手术创伤及应激反应可能进一步加重血糖紊乱，遂邀请内分泌科会诊。经多学科讨论，采用小剂量胰岛素微量泵持续泵入，初始剂量设定为0.1U/（kg·h），根据每2小时末梢血糖监测结果调整泵速，目标将空腹血糖控制在8-10mmol/L，餐后血糖控制在10-13.9mmol/L，完成术前血糖控制。患者术后因肠道功能未恢复，需行肠外营养支持治疗。鉴于其血糖波动较大，继续使用胰岛素泵进行强化降糖治疗。在肠外营养液输注过程中，严格遵循“葡萄糖-胰岛素配比”原则（每输入1g葡萄糖搭配0.05-0.1U胰岛素），同时加强血糖监测，每4小时检测一次末梢血糖，并根据血糖变化及时调整胰岛素泵入剂量。治疗期间密切监测患者电解质水平，警惕胰岛素治疗导致的低钾血症；加强造口周围皮肤护理，预防因高血糖引起的感染及愈合不良。经过积极治疗，患者血糖逐渐平稳，术后恢复顺利。

（4）由于肠道吸收功能改变，患者的饮食搭配也应进行调整，像洋葱、芦笋、香料等食物容易加重造口异味，可指导患者适当食用酸奶、脱脂牛奶，以减轻异味。老年糖尿病合并直肠癌造口患者出院健康宣教中，应详细叮嘱造口袋清洁方法、更换频率、以及操作技巧，每日用温水（37-40℃）轻柔擦拭造口周围皮肤，避免使用含酒精、碘类消毒剂，防止皮肤干燥破损。根据造口底盘黏性和渗液情况，每3-5天更换一次；更换时确保皮肤干燥，可使用造口护肤粉、皮肤保护膜隔离刺激，粘贴底盘时从下往上按压，避免空气残留。造口排泄物通常为糊状或液体，若出现干结、出血或异味，需警惕肠梗阻或感染。每日监测空腹、三餐后2小时及睡前血糖，使用血糖仪记录数据，复诊时携带。日常饮食选择中，尽量少食易产气（洋葱、豆类）、刺激性（辣椒、酒精）、高糖高脂肪食物（油炸食品、奶油蛋糕等）及粗纤维食物（芹菜、玉米），防止腹胀、腹泻或堵塞造口。生活中选择宽松、柔软的棉质衣物，避免紧身裤或腰带压迫造口。出院后1周、1个月返院复查血糖、造口愈合情况及营养状态，后续遵医嘱调整治疗方案。由于患者住院期间输液缘故等，患者在后续为维持血糖稳定、促进造口健康及预防并发症，建议每日总饮水量1500-2000ml，适当的补充电解质水（如淡盐水、口服补液盐），建议饮食注意补充维生素B12及铁元素（如：蛋黄和瘦肉等），同时监测血糖，记录每日饮水量与排出量，若出现水肿、少尿等异常，及时复诊。

（5）在患者正式办理出院手续前，由专业营养师与

责任护士共同完成全面评估。经核查,患者营养指标处于稳定状态,体重维持在41kg,手术伤口愈合情况良好;造口排出物为黄色稀便,造口周围皮肤完整、无异常。同时,患者家属已熟练掌握造口护理操作流程与注意事项。结合患者的个体化差异,明确当前饮食阶段为软食,并由责任护士详细向患者及家属讲解适宜选择的食物种类、新食物引入原则及现阶段需规避的食物类型。基于食物交换份的基础上教会患者家属如何给予患者科学饮食,此外,为保障患者术后康复效果,医护人员为其预约造口门诊及营养门诊随访,首次随访安排在出院后1-2周,后续于出院1个月进行复诊。同时,引导患者家属添加科室官方微信,以便随时获取专业咨询服务,并多次强调定期随访对疾病康复及预防并发症的重要意义。

5 护理评价

临床总结发现,充足的营养支持能增强免疫力,减少造口周围感染、切口愈合不良等并发症,降低感染风险。

6 总结

由于直肠癌根治手术切除部分肠道,需行造口术而改变了正常排便路径,肠道吸收面积减少,容易出现腹泻、营养不良(如维生素、电解质缺乏),对消化吸收的正常运作造成影响^[5]。随着肠道结构改变可能影响消化液分泌,导致脂肪、蛋白质等吸收障碍,进一步加重营养流失,所以才需要针对性开展营养护理。营养不良可能导致造口水肿、狭窄或回缩,影响造口功能及患者生活质量^[6]。而合理营养可改善患者体力状态,减少因虚弱引起的焦虑、抑郁情绪,帮助其更好地适应造口生活^[7]。若术后需化疗等辅助治疗,良好的营养状况能提高患者对治疗的耐受度,降低因身体不耐受导致的治疗中断风险,有利于临床治疗及护理路径的顺利进展^[8]。整体来说,围术期营养护理通过精准补充营养,既能满足直肠癌造口患者手术前后的生理需求,又能从根本上减少并发症、促进康复,是提升治疗效果和生活质量的重要环节^[9]。

直肠癌本身属于消耗性疾病,肿瘤生长会抢夺机体营养,患者常存在贫血、低蛋白血症等营养不良问题,影响手术耐受性。且造口手术会造成创伤,机体处于高代谢状态,蛋白质、热量等需求显著增加,若营养不足会延缓伤口愈合、造口周围组织修复,相对来说术后恢复需求高^[10]。本例接诊患者在造口后存在营养风险,所以进一步探讨结肠癌造口患者实施围术期营养管理的积极改善价值,围术期营养管理不但能有效改善患者营养状况,还能预防营养不良,促进术后康复,提高患者的治疗效果和生活质量。

而本研究中,此例患者在接受了术期的营养护理后,患者在临床治疗及护理路径中的配合度更高,医护

人员对于患者住院过程中全身皮肤、营养状况、以及合并症现象等均保持着高度重视,术前、术中、术后围术期阶段均得到高效且有温度的护理服务措施,不能改结合了患者年龄、基础性疾病、日常生活习惯等个体化差异,患者的并发症现象得到了有效的控制,预后生存率及远期生活质量得到改善。

参考文献

- [1]刘海佳,胡婷,赵芬,杨远帆,车梦婷,余发珍.基于IMB的围术期护理对肠造口患者自我护理能力的影响[J].中国当代医药,2024,31(6):162-165169
- [2]杨毅.人文关怀护理对直肠癌结肠造瘘口患者围术期自我护理能力的影响[J].中国药物与临床,2021,21(3):547-548
- [3]黄秀娟.激励干预在直肠癌术后永久结肠造口患者围术期护理中的应用效果分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(14):2328-2329
- [4]中华医学会外科学分会胃肠外科学组,中华医学会外科学分会结直肠外科学组,中国医师协会外科医师分会上消化道外科医师委员会.胃肠外科病人围手术期全程营养管理中国专家共识(2021版)[J].中国实用外科杂志,2021,41(10):1111-1125.
- [5]刘芝玉,徐姝娟,王亚,翁晓羽,徐颖,刘茹,张梦娟.基于循证的肠造口患者围术期护理干预的证据总结[J].牡丹江医学院学报,2024,45(3):65-71
- [6]Tsai T J , Syu K J , Huang X Y ,et al. Identifying timing and risk factors for early recurrence of resectable rectal cancer: A single center retrospective study[J]. World Journal of Gastrointestinal Surgery, 2024, 16(9):2842-2852.
- [7]Jin D A , Gu F P , Meng T L ,et al. Effect of low anterior resection syndrome on quality of life in colorectal cancer patients: A retrospective observational study[J]. 世界胃肠外科杂志:英文版(电子版), 2023, 15(10):2123-2132.
- [8]王娜,李艳玲,安可九,李景景.基于加速康复外科理念的围手术期干预在机器人辅助下直肠癌根治术并预防性造口患者中的应用效果[J].癌症进展,2022,20(13):1398-14011404
- [9]Vigna C , Arndt K , Dressler J ,et al. Single Center Experience with Umbilical Stomas Following Colorectal Surgery[J]. Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. Part A, 2022, 32(4):432-437. DOI:10.1089/lap.2021.0809.
- [10]孙叶飞,谢冰心,金宝娣,邓婷婷,高佳.综合护理对老年造口旁疝患者围术期的干预效果[J].中国医科大学学报,2021,50(2):186-189