

DOI: 10.12209/CAIM202411290024

· 中西医结合临床案例 ·

1 例食管裂孔疝糖尿病患者围手术期的 中西医结合护理病例报告

战志明, 李 瑾

(北京市健宫医院 普外科, 北京, 100054)

摘要: 本文报告 1 例 58 岁男性食管裂孔疝合并糖尿病患者的围手术期中西医结合护理实践。患者长期血糖控制不佳, 术前护理涵盖体格检查、辅助检查、心理干预、饮食指导及动态血糖监测, 其中血糖调控采用术前 6 h 禁食、2 h 静脉输注葡萄糖氯化钠溶液联合胰岛素调整的方案。术后护理重点包括生命体征监测、引流管维护、体位优化, 并辅以中医特色疗法(如穴位贴敷、耳穴压丸、针灸)以促进康复。通过上述综合干预, 患者术后未发生并发症, 恢复良好并短期出院。本案例旨在总结食管裂孔疝合并糖尿病患者的围手术期中西医结合护理路径, 为临床提供实践参考。

关键词: 食管裂孔疝; 糖尿病; 围手术期; 中西医结合护理

A Case Report on Perioperative Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for a Diabetic Patient with Hiatal Hernia

ZHAN Zhiming, LI Jin

(Department of General Surgery, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This paper presents a case study on the perioperative integrated traditional Chinese and Western medicine nursing for a 58-year-old male patient with hiatal hernia complicated by diabetes mellitus. The patient had a long-term history of poorly controlled blood glucose. Preoperative nursing interventions included physical examination, auxiliary tests, psychological counseling, dietary guidance, and dynamic blood glucose monitoring. Blood glucose management involved a 6-hour preoperative fasting period followed by a 2-hour intravenous infusion of glucose-sodium chloride solution combined with insulin adjustment. Postoperative care focused on vital signs monitoring, drainage tube maintenance, optimal positioning, and complementary traditional Chinese medicine therapies (e. g., acupoint application, auricular acupressure, and acupuncture) to enhance recovery. Through these comprehensive interventions, the patient recovered well without complications and was discharged shortly after surgery. This case aims to summarize the perioperative integrated nursing pathway for hiatal hernia patients with diabetes, providing clinical practice references.

KEY WORDS: hiatal hernia; diabetes mellitus; perioperative period; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

食管裂孔疝是指除食管以外的任何腹腔组织通过扩大的食管裂孔进入胸腔而形成的疝^[1]。它是消化系统常见病, 主要由食管发育不全、腹腔压力增高和肌肉张力减弱等因素引起, 表现为疼痛、上腹部不适和暖气, 影响患者的生活质量和身心健康^[2]。根据《内经》理论和流行病学特点, 食管

裂孔疝的病机以正虚为主, 随着年龄增长, 正气亏虚, 脏腑功能失调, 中焦气机失调, 导致本病^[3]。临床常用手术治疗, 如腹腔镜下食管裂孔疝修补术, 效果良好, 但对合并糖尿病等其他疾病的患者, 手术后易出现并发症, 需加强护理以确保患者安全^[4]。

收稿日期: 2024-11-29

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 病例资料

1.1 患者信息

患者男性,58岁,主因“间断上腹部疼痛3年”于2024年07月05日由门诊步行入院。现患者神志清楚,偶有头晕、心悸,伴反酸、烧心,纳可,夜寐不安,二便正常。患者既往有糖尿病史2年余,平时血糖控制不佳,抑郁症病史9年,38年前行肠梗阻手术,7年前行精索静脉曲张手术,有磺胺类药物过敏史。

1.2 体格检查

完善体格检查,患者体温(T)36.2℃,脉搏(P)90次/min,呼吸(R)20次/min,双肺底闻及少量湿啰音,深吸气后消失,提示反流性食管炎致微误吸,血压(BP)107/84 mm Hg,疼痛评分为4分。入院后辅助检查,血气分析示钾离子2.8 mmol/L,乳酸1.7 mmol/L,白细胞 $3.43 \times 10^9/L$,血红蛋白74 g/L,血糖11.4 mmol/L;按压其上腹部区域存在疼痛感,以剑突下部位的疼痛较为突出,查胸CT胸腔内可见胃组织。中医观察患者得神,面色少华,舌红苔薄黄,口干苦,脉弦。

1.3 诊断

中医诊断:膈疝,肝胃不和证。根据中医诊断,患者胸胁胀痛,频繁呕吐酸性物,舌淡红边瘀、苔薄黄,脉弦细,显示肝郁化热、胃失和降。患者情绪低落、抑郁,心理压力大,肝郁影响治疗依从性,加重代谢紊乱。中医辨证为肝胃不和型食管裂孔疝,伴有糖尿病。西医诊断:食管裂孔疝,糖尿病,抑郁症。

1.4 治疗干预

2024年07月11日11:30,患者在手术室全麻下行腹腔镜食管裂孔疝无张力修补术,术毕于17:00安返病房,带回浅静脉置管,连接止疼泵使用正常,带回胃管,持续胃肠减压,带回膈下引流管,引流液呈血性,带回尿管,尿色黄。给予禁食水,心电监护及氧气吸入,治疗予抗炎,止痛,抑酸,化痰及营养支持对症,中医穴位贴敷及耳穴压丸辅助治疗。经以上治疗干预后,患者腹痛、恶心及抑郁症状改善明显,于2024年07月20日康复出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 抑郁程度评估

采用快速抑郁症状自评问卷(QIDS-SR)

评估患者抑郁程度^[5],一种用于测量抑郁症状严重程度度的工具,包含16个项目,可简单迅速地判断患者抑郁症严重程度。1~5分为无抑郁,6~10分为轻度抑郁,11~15分为中度抑郁,16~20分为重度抑郁,21~27分为非常重度抑郁。经测评,本例患者评估为12分,属中度抑郁。

2.1.2 疼痛程度评估

采用简明疼痛量表(BPI)简表评估患者疼痛程度,量表包含9个项目,可简单迅速地判断患者疼痛的程度(0~10,表无痛至非常疼痛),以及疼痛对日常生活功能的影响(0~10,表示无影响至非常有影响)^[6]。经测评,患者疼痛程度为4分,属轻中度疼痛;疼痛对日常生活功能的影响评分为7分,属中高度影响。

2.2 护理诊断

自理能力缺陷与疼痛导致的活动受限,与抑郁情绪引发的动力不足有关;慢性疼痛与疾病或创伤导致的躯体疼痛,疼痛管理不足或治疗效果不佳有关;焦虑与慢性疼痛导致的情绪困扰,疾病或治疗带来的心理压力(如功能受限、生活质量下降)有关;有低血糖的危险与降糖药物过量、饮食不规律、运动过量及老年代谢弱等因素相关。

2.3 护理目标

2周内患者QIDS-SR评分从12分(中度抑郁)降至 ≤ 10 分(轻度抑郁),情绪改善,主动配合治疗;2周内患者疼痛程度评分从4分(轻中度)降至0~1分(无痛/轻微),疼痛对日常生活影响从7分降至0~2分;2周内空腹血糖稳定在9.0~10.0 mmol/L,餐后血糖 < 12 mmol/L;术后伤口愈合良好,可独立完成基本活动(如行走、进食)。

2.4 护理措施

2.4.1 术前护理

患者于07月06日住院后予糖尿病人饮食宣教,积极监测血糖,实施止痛止吐,补钾补铁,抑酸,缓解胃肠痉挛,促进胃肠动力,抗抑郁药口服,禁食水,留置胃管持续胃肠减压,嘱患者口服药物时夹毕胃管1h后再放开胃管继续胃肠减压,予静脉营养支持对症治疗。予中医治疗丁香止痛方穴位贴敷,取丁香30 g、肉桂15 g、醋香附30 g、薤白45 g、麸炒枳壳30 g、制何首乌15 g、全蝎6 g及清半夏30 g的中药方子,将药物打粉,用醋、黄酒及蜂蜜调成黏糊状,将调好的药膏均匀涂抹在穴位贴中央,薄厚一般以0.2~0.5 cm为宜,覆盖敷料大小适宜。选取双侧足三里穴(小腿外侧,犊鼻下

3寸,距胫骨前缘一横指)及中脘穴(在上腹部,前正中线上,脐中上4寸),4h/次,2次/d,达到温阳散寒、理气化痰、通络止痛及补肝益肾等多种功效。07月07日,输入A型RH阳性红细胞悬液2U,过程顺利无不良反应;07月10日,输入A型RH阳性红细胞悬液2U,过程顺利无不良反应。结合中医治疗,每日为患者足三里、中脘及内关等穴位进行按摩调和脾胃,疏肝理气,同时能够缓解肌肉紧张,促进气血流通。术前6h禁食水,2h静脉补充葡萄糖氯化钠溶液250mL,另加胰岛素3U;向患者及家属详细介绍手术时间,术前注意事项,并对患者进行心理疏导,讲述术后饮食、管道护理等方面的注意事项等,争取取得患者及家属的积极配合,以帮助患者更快恢复。

2.4.2 术后护理

2.4.2.1 生命体征监测

术后严密监测生命体征,观察病情变化,并做好记录,发现异常及时汇报医生处理。

2.4.2.2 引流管护理

保持引流管通畅,避免堵塞。定时挤压引流管,记录引流液量及性状。拔管指征为48~72h后,引流液明显减少,颜色变淡,24h引流液小于50mL,胸部X线示肺膨胀良好,患者无呼吸困难。拔管时嘱患者深吸一口气后屏气,迅速用凡士林纱布覆盖,宽胶布固定,胸带包扎一周。

2.4.2.3 体位管理

术后采用高半卧位以助积液吸收和防止反流,病情稳定后改为低半卧位。监测双下肢腿围、皮肤状况和末梢循环,确保无深静脉血栓迹象。

2.4.2.4 营养支持

①肠内营养:术后第2天经鼻肠营养管灌注营养液,注入前后用温开水冲洗管道,保持营养管清洁通畅。营养液注入时协助患者取半卧位,注入后注意观察患者反应。遵循少量、慢速度、逐渐增多的原则。②肠外营养:通过静脉输入营养液,确保机体获得必要营养。在配置和输注营养液时,必须遵守无菌操作,避免医源性感染。胰岛素剂量要恰当,输注速度要稳定,温度适宜。输注前需摇匀营养液,并在持续输注期间定时摇动,以防止胰岛素沉积影响血糖监测。③运动锻炼:因糖尿病患者普遍存在术后易感染的情况,因此在患者病情允许时增加适当活动,如床上翻身、坐起及下床等,之后根据患者恢复情况逐步增加锻炼幅度、强度和协调性,以促进肠道蠕动和减少下肢静

脉血栓。④饮食护理:术后禁食禁水时间较长,加上手术创伤较大,机体能量消耗增加。术后第2天开始肠内营养支持,逐渐过渡到经口进食,饮食以流食为主,少食多餐,避免暴饮暴食。

2.4.2.5 药物治疗

术后督促患者按时服用促进胃肠道蠕动的药物和抗菌消炎药物,预防感染。同时,密切观察血糖,监测次数随血糖变化而变化,继续服用降糖药物,控制血糖水平。

2.4.2.6 中医疗法

在术后恢复期,患者意识清晰,主诉手术切口的疼痛、腹胀,未排气。为缓解此症状,采用西医护理与中医治疗相结合的方案。中医予患者耳穴压丸疗法并辅以针灸治疗。在耳穴压丸治疗中,为综合调理消化系统功能,缓解消化系统相关病症,同时兼顾调节情绪、改善整体状态,针对相应脏腑的器质性或功能性疾病选取胃、脾、大肠、小肠、肝、胆。交感、三焦侧重调节全身功能;选取神门以镇静安神、止痛为主;腹针对腹部病症。采用常规酒精消毒后,对准穴位进行贴压,每个穴位放置一粒丸子。通过拇指和食指的按压,直至患者感受到穴位处出现酸、麻、胀、痛的感觉,并且这种感觉在患者可忍受的范围内。患者被指导每日自行按压5次,每次每个穴位持续60s,以期达到疏通经络、缓解腹胀和手术切口疼痛的效果。耳贴每日更换一次,交替使用双耳,并密切观察患者局部皮肤状况。在住院期间,共进行9次耳穴贴压治疗,期间患者局部皮肤保持完好无破损。此外,采用中医针灸疗法,为调理脾胃及消化系统选取中脘、足三里;为缓解气机逆乱选取内关;主治血证及膈部相关病症选取膈俞,通过协同作用增强疗效。每日进行1次治疗,连续治疗9d。患者术后第2天主诉已排气,无腹胀,腹痛也感觉比较轻微,搀扶下地如厕,术后4d患者能自行下地活动,自觉治疗很满意。

2.4.3 出院指导

①保持情绪稳定:避免焦虑、紧张等不良情绪,保持心情舒畅,避免情绪波动过大。②饮食调整:术后6个月后可逐渐过渡到正常饮食,饮食宜清淡易消化,避免食用辛辣、油腻、刺激性及含糖量高的食物,多吃富含维生素的食物,多食蛋白质,少食脂肪,少食多餐,细嚼慢咽,不宜过饱。避免饮酒和吸烟,可食用一些健脾养胃的食物,如小米、山药及薏苡仁等。③定期监测血糖:继续使用

便携式血糖仪定时检测血糖,记录结果并反馈给医护人员调整降糖方案。④功能锻炼:循序渐进增加锻炼幅度、强度和整体协调性,促进身体恢复。可采用中医的养生保健方法,如太极、气功等。⑤定期复查:定期到医院复查,了解身体恢复情况。如出现不适症状,及时就医治疗。

2.5 护理评价

在患者临近出院时对患者进行护理评价,询问患者对于整个围手术期护理的满意度及感受,治疗前后指标对比结果,详见表1。实施护理后,根据指标判断患者抑郁缓解,疼痛控制,血糖稳定与术后恢复等目标基本实现,可停止相关护理措施。

表1 疗效评估

评估项目	入院时	出院时
糖化血红蛋白	7.5%	7%
空腹血糖	11.4 mmol/L	10.1 mmol/L
餐后血糖	12 mmol/L	11.1 mmol/L
QIDS-SR	12分(中度抑郁)	8分(轻度抑郁)
疼痛程度	4分(轻中度疼痛)	1分(基本无痛)
疼痛对日常生活功能的影响程度	7分(中高度影响)	1分(基本无影响)

3 结果和随访

2024年07月20日,患者精神状态良好,生命体征平稳,主诉术区轻压痛,无其他不适,医嘱出院,并指导日常生活。两周后回访,患者表示不适症状消失,日常生活正常,按时服药,控制血糖,保持心情平稳,对预后满意。

4 讨论

食管裂孔疝是膈肌食管通过处缺陷,以致胃贲门部或胃体其他部分疝入胸腔所致。由于食管膈膜的钳夹作用减弱及胃食管括约肌的功能异常,可伴有食管反流^[7]。糖尿病患者若合并食管裂孔疝,治疗复杂且难度大。目前主要治疗手段是手术,但糖尿病患者手术后易出现应激反应,增加术后并发症风险,影响手术效果。因此,加强护理对促进患者康复至关重要^[4]。腹腔镜食管裂孔疝修补术创伤小、术后疼痛轻及恢复快,但糖尿病患者术后可能有并发症。术前需进行心理指导、饮食护理及血糖控制,术后加强病情和并发症观察,采用中西医结合护理是快速康复出院的关键^[8]。在治疗过程中,患者因疾病疼痛承受身体

和心理压力。关注心理健康,加强心理护理,给予充分关心,是增强患者恢复信心的关键。护理人员需进行个体化心理护理,确保工作的系统性和针对性^[9]。对患者实施简单可行的出院指导,可降低患者的治疗后复发率,提升患者的生存质量^[10]。良好的睡眠重在时间段而非长短,古有云:“读书不可过子时,盖人当是时,诸血归心,一不得睡,则血耗而生病矣”,熬夜最易耗伤阴血,此非晚起能弥补,故日常生活中建议患者晚10:00前睡觉,早睡早起,建立良好的睡眠节律^[3]。食管裂孔疝是消化系统常见病,主要采用西医治疗。然而,多项临床研究显示,中医药及中西医结合在控制症状、降低复发率、提升患者生活质量方面效果显著^[11]。

通过对1例食管裂孔疝合并糖尿病患者进行围手术期中西医结合护理,患者恢复顺利。本报告表明,充分的术前准备、精细的术后护理以及中西医结合护理的应用,对食管裂孔疝合并糖尿病患者的康复具有重要意义。建议临床护理人员在实际工作中,结合患者具体情况,制定个性化的护理方案,以提高患者康复效果和生活质量。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 金勇妍,周海燕,徐彩娟. 1例高龄喉癌术后合并Ⅳ型巨大食管裂孔疝患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(18): 2251-2255.
JIN Y Y, ZHOU H Y, XU C J. Nursing care of an elderly postoperative laryngeal cancer patient with a large type IV hiatal hernia[J]. Chin J Nurs, 2024, 59(18): 2251-2255. (in Chinese)

[2] 赵颖,胡海清. 食管裂孔疝的治疗进展[J]. 现代消化及介入诊疗, 2023, 28(10): 1318-1323.
ZHAO Y, HU H Q. Progress in the Treatment of Hiatal Hernia[J]. Mod Interv Diagn Treat Gastroenterol, 2023, 28(10): 1318-1323. (in Chinese)

[3] 安荣仙,张蕾,王洋,等. 祝肇刚从虚论治食管裂孔疝经验[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(3): 24-27.
AN R X, ZHANG Q, WANG Y, et al. Experience of ZHU Zhaogang treating esophageal hiatal hernia by reinforcing deficiency[J]. Liaoning J Tradit Chin Med, 2022, 49(3): 24-27. (in Chinese)

- [4] 李小微, 邱金维. 糖尿病患者完全腹腔镜下食管裂孔疝修补术的围术期护理[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(23): 184-185.
- LI X W, QIU J W. Perioperative nursing of patients with diabetes mellitus undergoing complete laparoscopic hiatal hernia repair[J]. Diabetes New World, 2019, 22(23): 184-185. (in Chinese)
- [5] 赵莹莹, 史晓宁, 王鹏飞, 等. 16项抑郁症状快速自评量表自杀条目在抑郁症自杀风险筛查中的有效性研究[J]. 临床精神医学杂志, 2023, 33(1): 62-66.
- ZHAO Y Y, SHI X N, WANG P F, et al. A study on the application of QIDS-SR16 suicidal ideation item to screen the suicidality in patients with major depression disorder[J]. J Clin Psychiatry, 2023, 33(1): 62-66. (in Chinese)
- [6] 王顺星, 徐超, 尚磊, 等. 简明疼痛量表在疼痛评估中的应用[J]. 河北医药, 2024, 46(21): 3322-3328.
- WANG S X, XU C, SHANG L, et al. Application of the Brief Pain Scale in Pain Assessment[J]. Hebei Med J, 2024, 46(21): 3322-3328. (in Chinese)
- [7] 孙良阁, 翟绍忠, 冯之静, 等. 糖尿病伴食管裂孔疝12例次临床分析[J]. 中国综合临床, 2002, 18(4): 362.
- SUN L G, ZHAI S Z, FENG Z J, et al. Clinical Analysis of 12 Cases of Diabetes Complicated with Hiatal Hernia[J]. Clin Med China, 2002, 18(4): 362. (in Chinese)
- [8] 靖方静. 48例糖尿病病人完全腹腔镜下食管裂孔疝修补术的围术期护理[J]. 全科护理, 2018, 16(8): 951-952.
- JING F J. Perioperative nursing of 48 diabetic patients undergoing complete laparoscopic repair of hiatal hernia[J]. Chin Gen Pract Nurs, 2018, 16(8): 951-952. (in Chinese)
- [9] 靖方静, 许光溪, 毛平, 等. 食管裂孔疝患者围手术期实施心理护理的效果探究[J]. 心理月刊, 2022(18): 124-126.
- [10] 王平. 食管裂孔疝围手术期的护理方法分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(1): 212.
- WANG P. Analysis of Nursing Methods for Patients with Hiatal Hernia During the Preoperative Period[J]. Guide China Med, 2017, 15(1): 212. (in Chinese)
- [11] 丁壮壮, 唐艳萍. 食管裂孔疝的中西医结合诊疗进展[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(8): 163-166.
- DING Z Z, TANG Y P. The progress of diagnosis and treatment of hiatal hernia with integrated Chinese and Western Medicine[J]. Nei Mongol J Tradit Chin Med, 2020, 39(8): 163-166. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。