

DOI: 10.12209/CAIM202605090001

· 中西医结合临床案例 ·

1例结肠恶性肿瘤合并2型糖尿病患者的 中西医结合护理报告

王 鑫

(天津中医药大学第一附属医院 普外肛肠科, 天津, 300381)

摘要: 本文总结1例63岁乙状结肠中分化腺癌合并2型糖尿病、陈旧性脑梗死患者围手术期中西医结合护理经验,梳理出慢性疼痛、感染高危、血糖波动及营养失调四大核心护理问题。西医方面实施标准化疼痛管控、多管路感染防控、个体化血糖调控、阶梯式分阶段营养支持;中医结合患者湿热瘀结证型,开展耳穴压豆、悬空灸、中药穴位贴敷辨证外治,配合中药内服、情志调护、中医膳食指导联合干预。经全程综合护理,患者术后疼痛快速缓解,未发生切口、管路及泌尿系感染,血糖长期维持达标,胃肠功能、营养指标稳步恢复,最终顺利康复出院。本病例可为结肠肿瘤合并2型糖尿病、合并多重基础病的老年患者围手术期中西医护理提供临床实践参考。

关键词: 结肠恶性肿瘤; 2型糖尿病; 湿热瘀结证; 中西医结合护理

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Nursing for a Patient with Colon Cancer and Type 2 Diabetes Mellitus: A Case Report

WANG Xin

(Department of General Surgery and Anorectal Surgery, First Affiliated Hospital of Tianjin University of
Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300381)

ABSTRACT: This report summarizes the perioperative nursing experience of a 63-year-old patient with moderately differentiated sigmoid colon adenocarcinoma, type 2 diabetes mellitus, and a previous cerebral infarction. Four principal nursing concerns were identified: chronic pain, a high risk of infection, blood glucose fluctuations, and nutritional imbalance. Western medicine – based nursing interventions included standardized pain management, multi-catheter infection prevention and control, individualized glycemic management, and a stepwise, stage-specific approach to nutritional support. In accordance with the patient’s dampness-heat and blood-stasis syndrome, traditional Chinese medicine – based nursing interventions included auricular acupressure with seed kernels, suspended moxibustion, and topical herbal patches applied to selected acupoints. These interventions were integrated with oral Chinese herbal medicine, emotional regulation, and dietary guidance based on traditional Chinese medicine principles. Following comprehensive nursing care throughout the perioperative period, the patient’s postoperative pain subsided rapidly, and no surgical-site, catheter-related, or urinary tract infections occurred. Blood glucose levels remained within the target range, gastrointestinal function and nutritional indicators progressively improved, and the patient ultimately made a satisfactory recovery and was discharged. This case provides a practical reference for the perioperative delivery of integrated traditional Chinese and Western medicine nursing to elderly patients with colon cancer, type 2 diabetes mellitus, and multiple comorbidities.

KEY WORDS: colon cancer; type 2 diabetes mellitus; dampness-heat and blood-stasis syndrome; integrated traditional Chinese and Western medicine nursing

结直肠恶性肿瘤高发,且发病率呈逐年上升趋势,老年患者常合并2型糖尿病、脑血管病等慢性疾病,会显著增加围手术期护理难度。2型糖尿病患者免疫功能低下,会显著升高术后切口感染、管路感染的发生风险,同时会抑制创面愈合,延缓胃肠功能恢复^[1]。单纯西医护理仅能对并发症进行对症处理,难以改善患者整体体质;中西医结合护理融合现代专科护理规范与中医辨证施护理念,可实现标本兼顾,优化肿瘤合并代谢性疾病患者围手术期的康复效果。

本例患者确诊为乙状结肠中分化腺癌,合并8年2型糖尿病、5年陈旧性脑梗死,基础疾病复杂,术后存在多重护理高危因素,目前暂无统一标准化护理方案。本文围绕患者湿热瘀结证,整合西医专科护理与中医外治、中药内服技术开展全程干预,总结护理流程,为同类临床病例提供参考。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者男,63岁,因“间断左下腹隐痛、便后鲜血便4d”于2026年01月16日入院。外院结肠镜提示乙状结肠溃疡隆起性肿物,病理确诊为中分化管状腺癌。入院时患者神志清楚,饮食睡眠可,每日排成形软便1次,无明显体重下降。既往史:2型糖尿病病史8年,长期口服二甲双胍缓释片,空腹血糖控制在6~7 mmol/L,餐后2 h血糖控制在7~8 mmol/L;陈旧性脑梗死病史5年,未规律用药。

1.2 查体

中医四诊:望诊:神志清楚,精神可,周身无异常气味,舌淡、苔白微腻;闻诊:语声清晰,应答流利;问诊:无发热畏寒,左下腹间断隐痛,便后疼痛减轻,偶见鲜血便,二便调;切诊:脉弦滑,左下腹轻度压痛,无反跳痛及肌紧张。

1.3 诊断

西医诊断:乙状结肠中分化腺癌,2型糖尿病,陈旧性脑梗死;中医诊断:肠癌,湿热瘀结证。辨证依据:肿瘤实邪阻滞肠道气机,气血运行不畅,湿热灼伤肠络,引发腹痛、便血;舌淡苔白微腻、脉弦滑可佐证湿热瘀结诊断,手术创伤耗伤气血,患者兼存正气亏虚。

1.4 诊疗经过

入院后完善术前相关检查,01月19日经内分泌科会诊调整降糖方案,停用二甲双胍,改为达格列净5 mg口服,1次/d;01月21日在全麻下行腹

腔镜左半结肠切除+区域淋巴结清扫术,术后留置胃管、盆腔引流管、尿管,实施中西医结合护理;01月23日患者恢复肛门排气,拔除胃管、尿管,试饮温水;01月26日引流液每日引流量<10 mL,拔除盆腔引流管;01月27日过渡至半流质饮食,无腹胀腹痛;01月30日切口拆线,愈合良好,血糖稳定,准予出院并建立随访计划。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

采用数字疼痛评分量表(Numerical Rating Scale, NRS)进行疼痛量化评估^[8]。患者入院术前及术后首日NRS评分4分,判定为中度疼痛。

2.1.2 感染风险评估

患者术后留置多根侵入性管路,叠加8年糖尿病病史,高血糖会抑制机体免疫功能,存在切口感染、管路相关感染的多重风险;术前血常规、CRP均正常,需全程强化无菌防控。采用术后感染风险评估量表(Postoperative Infection Risk Assessment Scale)进行综合研判^[9],该量表结合基础疾病、侵入性操作、年龄等条目计分,分值越高提示感染风险越大。本例患者评估高感染风险。

2.1.3 血糖紊乱风险评估

患者糖化血红蛋白6.7%,提示近2~3个月血糖控制欠佳;手术应激会促进升糖激素大量分泌,加之围手术期更换降糖药物,高、低血糖的发生风险显著升高;采用糖尿病患者围手术期血糖风险评估量表(Perioperative Blood Glucose Risk Scale for Diabetic Patients)进行评估^[10],该量表依据病程、糖化血红蛋白、手术应激及用药调整等维度划分风险等级。本例患者评估为血糖紊乱高风险。

2.1.4 营养失调评估

老年肿瘤患者存在长期慢性消耗,术前血清白蛋白38 g/L,血红蛋白125 g/L,提示机体已存在营养偏差。采用营养风险筛查2002量表(Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)进行营养风险筛查^[11],总分≥3分提示存在营养风险,需尽早实施营养干预;得分<3分暂无需特殊营养支持,定期复评即可。本例患者NRS 2002评分为3分,需分阶段阶梯式营养干预。

2.2 护理诊断

①慢性疼痛:与结肠肿瘤侵犯肠壁、手术创伤致气机阻滞相关;②有感染的风险:与术后切口、

多管路留置及糖尿病患者免疫力低下相关;③血糖紊乱的风险:与患者2型糖尿病病史、术后应激状态及降糖药物调整相关;④营养失调(低于机体需要量):与肿瘤消耗、术后禁食及胃肠功能未恢复相关。

2.3 护理目标

①疼痛控制:术后72 h患者NRS评分降至 ≤ 2 分;②感染预防:住院期间无切口感染、管路相关感染、泌尿系感染发生,体温及炎症指标(血常规、CRP)持续正常,切口愈合良好;③血糖管理:空腹血糖稳定在5.0~7.0 mmol/L,餐后2 h血糖 ≤ 10.0 mmol/L;④营养支持:胃肠功能逐步恢复,饮食从流质顺利过渡至半流质,住院期间体重无明显下降,血清白蛋白、血红蛋白维持在正常范围。

2.4 护理措施

2.4.1 疼痛护理

2.4.1.1 西医规范化疼痛管理

术后安置静脉自控镇痛泵,依据NRS评分动态调节给药速度;每4 h评估疼痛部位、性质、评分,记录镇痛效果。协助患者取半卧位降低切口张力,遵医嘱使用镇痛药物,严密监测恶心、头晕等不良反应,发现异常及时上报调整方案。

2.4.1.2 中医辨证施护止痛

①耳穴压豆:选取神门、皮质下、大肠及脾耳穴,将王不留行籽精准贴压于对应穴位区域。指导患者及家属采用点按、揉按相结合的方式,每日按压3~5次,单次每穴持续按压3~5 min,以患者耳廓酸胀、微热为度,持续至患者术后疼痛完全缓解。通过耳穴经络传导作用疏通肠腑气滞以止痛^[4]。

②悬空灸治疗:避开手术切口,取足三里、中脘及关元穴位实施悬灸。采用纯艾条行悬空灸,艾条距皮肤2~3 cm,以穴位局部温热、无灼痛为标准,匀速回旋施灸,禁止定点久灸、局部高温停留。每日治疗1次,单次时长15~20 min,可温通经络、散腹部瘀滞胀痛,全程需预防皮肤烫伤。

③中药穴位贴敷:选用黄芪、白术、丹参及黄柏研粉,以医用凡士林调和制成药膏。取穴足三里、天枢,取适量药膏涂抹于敷贴中央,1次/d,单次贴敷6~8 h,疗程覆盖患者术后疼痛高峰期。定时观察皮肤有无过敏、水泡,出现不适立即停用。发挥药物经皮吸收、直达病所的作用,实现清热利湿、活血止痛的功效^[4]。

2.4.2 全方位感染预防护理

严格执行无菌操作,每日观察切口敷料有无

渗血渗液,保持敷料干燥并及时换药;病房定时通风,控制探视人数,降低交叉感染风险。指导患者进行深呼吸、有效咳嗽,预防肺部感染;动态监测体温、血常规及CRP,及时识别早期炎症反应。严格管控血糖、阶梯补充营养,提升机体抵抗力。

多管路精细化护理,胃管、盆腔引流管及尿管妥善固定,标识清晰,防止牵拉;每日无菌更换引流装置,盆腔引流管保持低于切口平面,精准记录引流液的量、颜色及性状,尽早拔管缩短留置时间;碘伏每日2次清洁尿道口,术后3 d夹管训练膀胱功能;维持胃管持续负压吸引,肛门排气后即刻拔除。

2.4.3 血糖精准管理护理

2.4.3.1 血糖动态监测

术后前3 d每日规范监测血糖(空腹、三餐后2 h、睡前及凌晨2点),血糖平稳后改为每日监测4个时间点血糖,餐后2 h血糖 > 10.0 mmol/L立即通知医师干预。向患者及家属宣教高低血糖的典型症状与应急处理方法,提升自我管理能力,确保血糖风险可防可控。

2.4.3.2 药物与饮食管理

规范服用达格列净,观察有无泌尿感染、胃肠道不适等不良反应;结合糖尿病饮食制定个体化食谱,主食每日200~250 g,优选杂粮低GI食物;增加鱼虾、鸡蛋等优质蛋白摄入,搭配冬瓜、芹菜及薏米等清热利湿食材,少食肥甘厚味,在健脾祛湿的同时平稳血糖。

2.4.4 阶梯式营养支持护理措施

2.4.4.1 术后禁食期

遵医嘱静脉输注复方氨基酸、电解质等,每日补液约2000 mL,维持患者水、电解质平衡;严格控制输液速度,避免液体外渗引发静脉炎,做好输液护理,确保营养有效输入。

2.4.4.2 饮食过渡期

患者肛门排气后先予少量温水试饮,无腹胀再过渡至流质饮食(米汤、藕粉),遵循少量多餐原则,200~300 mL/次,5~6次/d。流质饮食适应后,逐步增至半流质饮食(粥、烂面条、蒸蛋羹),继续执行糖尿病饮食方案,增加清热利湿、易消化食物(薏米、山药、冬瓜),兼顾控糖需求与术后胃肠养护。

2.4.5 辅助护理措施

2.4.5.1 情志护理

主动向患者讲解手术流程、降糖方案与中医护理目的,缓解肿瘤与糖尿病带来的双重焦虑;

采用音乐疗法、聊天沟通转移注意力,避免肝气郁结加重气机阻滞,稳定情绪利于疼痛与血糖管控。

2.4.5.2 活动护理

术后 6 h 开展踝泵运动,3~4 组/d;术后第 2

日协助床上翻身坐起,第 3 日床边站立行走,预防下肢静脉血栓,促进胃肠蠕动,加快术后康复。

2.5 护理评价

术后对患者 4 大核心护理问题进行动态监测,所有护理目标均达标,具体结果详见表 1。

表 1 疗效评估

评估时间	NRS	血糖范围	感染相关指标	营养状况核心表现
术后第 1 天	4 分	空腹 6.2~6.8 mmol/L, 餐后 2 h 8.5~9.5 mmol/L	体温 36.6℃,血常规/CRP 正常	血清白蛋白 38 g/L,未进食,静脉营养支持
术后第 3 天	2 分	空腹 5.5~6.0 mmol/L, 餐后 2 h 7.0~8.0 mmol/L	体温 36.5℃,血常规/CRP 无异常	肛门排气,试饮温水,无腹胀
术后第 5 天	0~1 分	空腹 5.5~6.5 mmol/L, 餐后 2 h 7.0~8.5 mmol/L	体温 36.4℃,切口干燥无红肿	可进食流质饮食,血清白蛋白 39 g/L,体重无下降
出院	0 分	空腹 5.5~6.8 mmol/L, 餐后 2 h 7.0~9.0 mmol/L	切口愈合良好	可进食半流质饮食,胃肠功能恢复,无并发症

3 结果和随访

患者住院 14 d 完成全部治疗与护理,于 01 月 30 日顺利出院。出院时切口拆线愈合良好,无腹痛;空腹血糖 5.32 mmol/L,糖化血红蛋白 6.5%,血糖控制达标;胃肠功能恢复,排便规律。中医四诊复查示精神状态改善,苔薄白、脉象和缓,湿热瘀结证候明显消退。住院全程未发生切口、尿路、肺部或管路相关感染,无血栓、营养不良等并发症。出院后 1 个月内每周电话随访,患者饮食、活动均正常,生活质量显著提升,血糖维持稳定。

4 讨论

人口老龄化背景下,结肠恶性肿瘤合并 2 型糖尿病、陈旧性脑梗死等多重慢性病的老年患者逐年增多。依据结直肠癌肿瘤、糖尿病围手术期管理指南^[12-13],此类患者围手术期需同步管控疼痛、感染、血糖及胃肠功能四大风险,单纯西医常规护理仅能对症处理,无法调节患者整体湿热瘀结体质。中西医结合护理依托中医整体辨证优势,可实现局部症状干预与全身机能调理同步进行^[14]。

本例患者的护理难点在于多病共存、多重并发症风险,西医标准化护理联合耳穴压豆、悬灸、穴位贴敷等中医外治,配合中药辨证内服、辨证膳食、情志调护,形成一体化干预方案。临床观察可见,患者术后 2 d 恢复肛门排气,疼痛快速缓解,全程无感染发生,血糖长期平稳,康复速度优于单一西医护理模式,充分体现了中西医协同护理的优势。本研究为单病例总结,存在样本量有限、干预方案普适性有待验证的局限。但该病例实践证

实,针对肿瘤合并糖尿病的老年患者,以西医专科规范为基础,结合中医辨证施护开展个体化干预,可降低围手术期风险,加速术后康复。临床护理工作中,面对多重共病的消化道肿瘤患者,应秉持中医整体观,融合中西医护理技术,完善围手术期分层护理方案,为同类病例提供可复制的护理思路。

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] 中华医学会外科学分会结直肠外科学组, 张忠涛, 董明, 等. 中国结直肠癌手术病人营养治疗指南 (2025 版)[J]. 中国实用外科杂志, 2025, 45(2): 137-148.
Colorectal Surgery Group, Society of Surgery, Chinese Medical Association, Zhang Z T, Dong M, et al. China nutritional therapy guidelines for colorectal cancer surgery patients (2025 edition) [J]. Chin J Pract Surg, 2025, 45(2): 137-148. (in Chinese)

[2] 邓得平, 曾晓兰, 李鸿杰. 医护一体化中西医结合快速康复护理模式在结直肠癌手术患者中的应用[J]. 中外医药研究, 2024, 3(33): 121-123.
Deng D P, Zeng X L, Li H J. Application of integrated Chinese and western medicine rapid rehabilitation nursing model in patients with colorectal cancer surgery[J]. J Chin Foreign Med Pharm Res, 2024, 3(33): 121-123. (in Chinese)

[3] 叶青槐, 任立虹. 灌肠通便方联合乳果糖治疗阿片类药物相关性便秘的临床疗效[J]. 江苏医药,

- 2025, 51(3): 259–263.
- Ye Q H, Ren L H. Clinical efficacy of enema laxative prescription combined with lactulose in the treatment of opioid-related constipation[J]. *Jiangsu Med J*, 2025, 51(3): 259–263. (in Chinese)
- [4] 陈雪. 穴位按摩、耳穴疗法、中药敷脐联合情志护理在结直肠癌化疗患者中的运用[J]. *护理实践与研究*, 2023, 20(14): 2178–2182.
- Chen X. Application of acupoint massage, ear acupoint therapy, traditional Chinese medicine umbilical application combined with emotional nursing in patients with colorectal cancer chemotherapy[J]. *Nurs Pract Res*, 2023, 20(14): 2178–2182. (in Chinese)
- [5] 邱红兵, 任亚男, 李晓明, 等. 术前血糖控制与糖尿病合并宫颈癌患者围手术期胰岛素抵抗的关系及对预后的影响[J]. *中国医科大学学报*, 2025, 54(4): 318–322.
- Qiu H B, Ren Y N, Li X M, et al. Relationship between preoperative blood glucose control and perioperative insulin resistance in patients with diabetes mellitus complicated by cervical cancer and its effect on prognosis[J]. *J China Med Univ*, 2025, 54(4): 318–322. (in Chinese)
- [6] 赵伊丽, 王煜, 卫婷. 中医特色护理对结直肠癌患者术后并发症和生活质量的影响[J]. *西部中医药*, 2025, 38(2): 156–160.
- Zhao Y L, Wang Y, Wei T. Influence of TCM-featured nursing on postoperative complications and quality of life in patients with colorectal cancer[J]. *West J Tradit Chin Med*, 2025, 38(2): 156–160. (in Chinese)
- [7] 丰胜利. 中医治疗老年难治性便秘的现状与思考[J]. *中医杂志*, 2020, 61(10): 905–908.
- Feng S L. Present situation and thinking of traditional Chinese medicine treatment of elderly refractory constipation[J]. *J Tradit Chin Med*, 2020, 61(10): 905–908. (in Chinese)
- [8] 中华医学会麻醉学分会疼痛学组《成人术后疼痛管理临床实践指南(2024版)》工作组. 成人术后疼痛管理临床实践指南(2024版)[J]. *中华麻醉学杂志*, 2025, 45(09): 1045–1079.
- Workgroup of the Pain Management Group, Chinese Society of Anesthesiology. Clinical Practice Guidelines for Postoperative Pain Management in Adults (2024 Edition) [J]. *Chinese Journal of Anesthesiology*, 2025, 45(09): 1045–1079. (in Chinese)
- [9] 张梦, 张华倩, 汤苏娜, 等. 结直肠癌术后胃肠功能障碍风险评估量表的构建及信效度检验[J]. *蚌埠医科大学学报*, 2026, 51(4): 527–533.
- Zhang M, Zhang H Q, Tang S N, et al. Construction and validation of risk assessment scale for post-operative gastrointestinal dysfunction after colorectal cancer surgery [J]. *J Bengbu Med Univ*, 2026, 51(4): 527–533. (in Chinese)
- [10] 王雷, 杨慧, 李盖, 等. 关于国际糖尿病足工作组/美国感染病学会《糖尿病患者足部感染诊治指南(2023版)》的更新与解读[J]. *中华糖尿病杂志*, 2024, 16(1): 38–42.
- Wang L, Yang H, Li G, et al. Update and interpretation of International Working Group on the Diabetic Foot/Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of diabetic foot infection (2023 Edition) [J]. *Chin J Diabetes Mellit*, 2024, 16(1): 38–42. (in Chinese)
- [11] 司龙妹, 刘飞, 高尚谦, 等. 住院成人患者营养不良风险筛查的指南证据总结[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(36): 4708–4712.
- Si L M, Liu F, Gao S Q, et al. Evidence summary of malnutrition risk screening in adult inpatients [J]. *Chin J Mod Nurs*, 2019, 25(36): 4708–4712. (in Chinese)
- [12] 关子敬, 张巍远, 王贵玉. 中国肿瘤整合诊疗指南(2025版)结直肠癌及肛管癌更新要点解读[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2025, 28(6): 693–699.
- Guan Z J, Zhang W Y, Wang G Y. Interpretation of the update points of colorectal and anal cancer in CA-CA guidelines (2025 edition) [J]. *Chin J Gastrointest Surg*, 2025, 28(6): 693–699. (in Chinese)
- [13] 陈栅蓉, 李炎, 吴芳. 2型糖尿病患者并发症风险感知的相关研究进展[J]. *中华现代护理杂志*, 2024, 30(23): 3216–3220.
- Chen S R, Li Y, Wu F. Research progress on risk perception of complications in patients with type 2 diabetes mellitus [J]. *Chin J Mod Nurs*, 2024, 30(23): 3216–3220. (in Chinese)
- [14] 贺学强, 周先宝, 黄应文, 等. 湿热环境对心脏病患者消化道出血的影响研究[J]. *海军医学杂志*, 2026, 47(2): 156–161.
- He X Q, Zhou X B, Huang Y W, et al. Impact of hot-humid environment on gastrointestinal bleeding in patients with heart disease [J]. *J Navy Med*, 2026, 47(2): 156–161. (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 BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。