

胰十二指肠切除术后胰瘘并迟发性出血患者的护理

刘 静 刘雪霜 成染兰

广州中山大学孙逸仙纪念医院 广东广州 510288

【摘要】目的 探讨胰十二指肠切除术后胰瘘并迟发性出血患者的护理方法。**方法** 回顾性分析并总结我院外科收治的胰十二指肠切除术后并发胰瘘、迟发性出血患者的临床资料。**结果** 患者在发生胰瘘并迟发性出血时均予生理盐水冲洗经胰肠引流管进行冲洗, 7例患者均恢复良好, 1例因出血严重再次手术, 患者经精心治疗及护理康复出院。**结论** 对胰十二指肠切除术后胰瘘并迟发性出血患者的护理, 加强对术后并发症的观察和护理。持续腹腔冲洗及有效的负压吸引是治疗胰瘘的基本措施。在积极控制出血的过程中, 改善患者营养情况, 增强患者机体抵抗力, 促进患者早日康复。

【关键词】 胰十二指肠切除; 胰瘘; 迟发性出血; 护理

【中图分类号】 R473.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 02-084-02

胰十二指肠切除术 (Pancreaticoduodenectomy, PD) 是治疗胰腺癌、壶腹周围癌、十二指肠乳头癌、胆总管下段癌以及慢性胰腺炎的主要手术方式, 其手术切除范围广, 创伤大, 并发症和手术死亡率也相对较高。而 pd 术后胰瘘和术后迟发性出血, 是 pd 术后常见的严重并发症, 致死率 20% 到 50%^[1]。若护理不当, 后果严重甚至危及生命。我院外科于 2016 年 1 月-2019 年 3 月收治 8 例胰十二指肠切除术后胰瘘并迟发性出血的患者, 现将护理情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2018 年 1 月-2019 年 3 月我院外科收治胰十二指肠切除术后胰瘘并迟发性出血患者 8 例, 其中男 5 例, 女 3 例, 年龄在 42-78 岁。其中胰头癌 4 例、壶腹周围癌 1 例、胆管癌 3 例。临床表现有进行性加重的上腹部闷胀不适、梗阻性黄疸、全身皮肤及巩膜黄染、消瘦和乏力等症状。

2 护理方法

2.1 出血的护理

2.1.1 术后出血处理

迟发性出血常见的危险因素包括胰瘘、腹腔内感染、胆瘘等以胰瘘及腹腔内感染为主, 多发生在术后 1 周左右。术后应严密观察各引流管引流液和大便颜色, 保持各引流管通畅。注意观察生命体征、腹部体征、尿量的变化, 有异常及时通知医生。耐心倾听患者主诉, 若自觉乏力、头晕、腹胀时, 应引起高度重视, 及时查明病因, 做到早发现、早治疗。

8 例患者于术后第 8d-10d 因胰液腐蚀血管壁, 导致血管破裂突发引出大量血性液体, 量约 100-300ml, 呈活动性出血。患者发生出血时采取保守治疗, 动态监测生命体征, 补充血容量, 应用止血药物和血管活性药物, 稳定血压, 纠正休克, 通过辅助检查, 及时明确出血原因^[2]。在遵守上述保守治疗无效的情况下, 选择手术探查止血。术后继续观察出血症状, 准确记录各引流管的颜色、性质、量的变化。

2.1.2 失血性休克的护理

(1) 建立双重静脉输液管道, 迅速扩容, 交叉配血, 做好输血的准备, 本组患者均予红细胞悬液及血浆和平衡盐溶液补充, 为保证抗休克治疗顺利进行, 患者在输血过程中应高度警惕大量输血带来的并发症, 8 例患者在输血过程中未出现输血反应。(2) 密切监测患者生命体征和神志的变化及正确判断出血量及评估出血的动态, 观察出血的趋向并及时做

好记录, 记录尿量及监测 CVP, 根据情况给予对应处理, 以掌握最佳的治疗时间。(3) 遵医嘱予药物止血, 冰生理盐水冲洗止血等, 准确记录引流液的量、色、性质变化, 配合医生做好术前准备。

2.1.3 用药护理干预

用药干预在出血治疗中非常重要, 本组患者处理方法如下: 1. 采用冰生理盐水 500ml+ 去甲肾上腺素 4mg 与冰生理盐水交替经胰肠引流管冲洗并接中心低负压吸引。2. 生长抑素能抑制胃酸分泌, 从而治疗消化道出血, 本组患者采用生理盐水 250ml+ 生长抑素 3mg q12h 持续静脉泵入。3. 应用质子泵抑制剂, 本组患者予生理盐水 100ml+ 兰索拉唑 30mg q8h 静脉滴注。

2.2 胰瘘的护理

2.2.1 胰瘘的一般护理

胰瘘是胰十二指肠切除术后最常见也是最严重的并发症之一, 也是术后引起腹腔感染和出血, 甚至危及患者生命的常见原因。

本组患者予生理盐水经胰肠引流管进行冲洗并接中心低负压吸引, 生理盐水冲洗控制在 2000ml/d, 及时倾倒引流液, 以防引流液逆流, 造成腹腔感染。注意调节负压的大小。密切观察各引流液的颜色、性质及量的变化及观察患者腹部体征并详细记录, 如有异常应及时报告医生并采取相应应对措施。本组 8 例患者冲洗过程顺利, 冲洗液从术后血性液逐渐转变成淡黄色浑浊样, 随后逐渐转变为澄清, 冲洗时间为 15-32d, 在窦道造影下确认窦道形成后停止冲洗。另外加强引流管周围皮肤的护理, 妥善固定管道, 防止管道扭曲、受压、脱出, 保持引流管通畅。

2.3 心理护理

8 例患者出血过程中均有不同程度恐惧、感到不安, 害怕出血不止。医护人员应及时进行心理疏导干预, 稳定患者情绪。护理患者时应耐心, 态度温和, 在患者面前避免谈论病情, 任何操作宜集中操作、动作轻柔、细致, 尽量减少患者痛苦。嘱患者保持良好的心态和乐观精神, 主动配合治疗, 鼓励患者听轻音乐, 放松心情。

2.4 肠内营养支持护理

患者行胰十二指肠切除手术后, 短时间内无法恢复其胃肠功能, 因此术后往往需要长时间禁食, 而为了改善患者营

(下转第 86 页)

与干预前比较,干预后两组内源性呼吸末正压更低,最大呼气流量更高,与对照组比较,观察组内源性呼吸末正压更低,最大呼气流量更高,有比较意义($P < 0.05$);见表2。

3 讨论

老年重症肺炎患者多数存在呼吸功能障碍,针对病原菌侵入身体的抵抗能力低下,在医院进行救治的过程中,稍微不注意就会形成呼吸机相关性肺炎等院内感染,近年来,随着我国运用呼吸机的频率提升,产生呼吸机相关性肺炎的概率逐年升高,已成为了我国常见院内感染,造成老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎的原因较多,一旦形成合并病症,会大大提升患者死亡率,应重视^[3]。

临床上,针对合并病症,依据症状提供对症救治的同时,还应提供优质护理服务,针对合并病症特殊性,常规护理干预虽有一定效果,但是整体干预作用较小,不能满足患者需求;护理干预依据患者治疗过程中实际状况,为其提供插管护理、鼻饲护理及气道护理等操作,能促进患者肺部功能改善,加

快身体恢复,运用价值极高,值得选用^[4]。

综上所述,老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者中运用护理干预的效果显著,与常规干预方案比较,肺部功能改善效果更佳,治疗效果更好,老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者值得运用护理干预方案。

参考文献:

- [1] 覃菁华.护理干预对老年重症肺炎合并呼吸机相关性肺炎患者预后的影响[J].按摩与康复医学,2019,10(8):75-77.
- [2] 钟小红.预见性护理干预在老年重症肺炎患者中的应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(11):91-91.
- [3] 张爱红.以人文关怀为主的优质护理干预在老年重症肺炎患者的应用效果及并发症发生率影响观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(12):93-94.
- [4] 王晓华,何秋敏.针对性护理对老年重症肺炎并呼吸机相关性肺炎患者康复进程及护理满意度的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(2):238-242.

(上接第83页)

减少疾病的复发率,提高患者的生存率^[3]。使用健康教育护理,护理人员在手术前,手术中,手术后进行健康教育护理,有利于安抚患者的情绪,提高患者对治疗的依从性^[4]。

经过本文研究发现,健康教育干预组中手术前准备时间小于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。常规护理组的手术相关知识的情况小于健康教育干预组,差别较大($P < 0.05$)。健康教育干预组的护理配合度高于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。常规护理组的护理满意率小于健康教育干预组,差别较大($P < 0.05$)。健康教育干预组的手术中SAS评分的情况小于常规护理组,差别较大($P < 0.05$)。陈群燕等^[5]研究健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用效果结果与本文相似。

综上,在实行根治性膀胱癌切除术的患者中使用健康教育干预,能够减少手术前准备时间,提高护理配合度,减少手术时间,手术中出血量,提高满意率,减少手术中SAS评分,

值得临床使用和推广。

参考文献:

- [1] 蔡曾琴,彭胤琮,黄秀娟,刘玲,谷波.快速康复模式护理在腹腔镜膀胱癌根治性切除术围手术期的应用[J].西部医学,2016,28(08):1168-1171.
- [2] 樊静,张浩,何卫阳,肖明朝.快速康复在根治性膀胱切除术围手术期的应用及效果评价[J].重庆医科大学学报,2018,43(04):552-555.
- [3] 孙雅云.快速康复模式护理在腹腔镜膀胱癌根治性切除术患者围手术期的应用效果[J].医疗装备,2019,32(10):167-168.
- [4] 常敏,张志云,刘庆军,张艳华,韩志兴,纪世琪,张海建.加速康复外科理念在膀胱癌患者围手术期中的应用价值[J].癌症进展,2019,17(19):2348-2351.
- [5] 陈群燕,诸靖宇.健康教育干预在根治性膀胱癌切除术围手术期的应用效果[J].中国现代医生,2014,52(14):106-109.

(上接第84页)

养情况,促进手术伤口切口、吻合口愈合,进而对患者实施肠内营养方案,并加以护理。本组患者肠蠕动恢复后便加强鼻胃管肠内营养,予5% GNS 250ml经鼻胃管滴入2d无不适后予百普力500ml经鼻胃管滴入,滴入速度先慢后快,量逐渐增多。注射营养液前后需要用20ml左右温水对鼻胃管进行有效冲洗。为避免堵管,应每隔4h予温水冲洗鼻胃管。有效控制营养液温度,以38℃为具体标准,如果冬天输注,需适当予以加温,以免营养液温度太低,致使腹痛症状、腹胀症状以及腹泻症状等^[3]。拔除鼻胃管后鼓励患者进食高蛋白及高维生素等营养丰富,均衡的饮食,以提高抵抗力。

3 结果

本组患者在发生胰瘘并迟发性出血时均予生理盐水冲洗经胰肠引流管进行冲洗,7例患者均恢复良好,1例因出血严重再次手术,所有患者经精心治疗及护理均康复出院。

4 讨论

胰十二指肠切除术手术创伤大,术后病死率高,术后胰瘘及出血是一种凶险的并发症,时常危及患者生命。因此,在治疗过程中应加强病情观察,尤其对术后并发症的观察和护理。持续腹腔冲洗及有效的负压吸引是治疗胰瘘的基本措施。在积极控制出血的过程中,改善病人营养情况,增强患者机体抵抗力,促进吻合口愈合,促进患者早日康复。

参考文献:

- [1] 边颖,杜颖.一例胰十二指肠术后胰瘘并迟发性出血患者的护理[J].天津护理,2016,24(5):442-443.
- [2] 杨海燕,钟丽群,朱红艳,等.胰十二指肠切除术后迟发性胰瘘并出血的护理体会[J].中国医药指南,2015,13(26):275-276.
- [3] 毛伟成.胰十二指肠切除术后空肠营养管行肠内患者的护理研究[J].大家健康,2017,11(26):232.