

《现代医院》杂志栏目

现代化纵论	专业技术篇
学科进展	论著·论述
实验与应用研究	临床经验
传统医学	医技诊疗
临床药学	护理技术
心理医学	医改实践
质量管理	应急管理
文化建设	人力资源
后勤支持	信息服务
社区卫生服务	预防保健
医师手记	港澳台链接
科技新知	辞海查新
院刊集锦	医院采撷篇

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

文章标题 所有栏目 关键字

1例急性重症胰腺炎的术后护理体会

[作者: 谭桂娣] 来源: 本站原创 阅读数: 123

(广东省韶关市新丰县人民医院 外科, 广东 韶关 511100)

【摘要】 目的 探讨急性重症胰腺炎的术后护理方法。方法 通过对1例急性重症胰腺炎患者进行全面细致的病情观察, 心理护理, 各种并发症的观察、护理。结果 患者住院42天, 治愈出院。结论 护理人员严密的病情观察和良好的护理是救治急性重症胰腺炎成功的重要保证。

急性重症胰腺炎 (SPA) 又称出血坏死型胰腺炎, 是胰腺分泌的消化酶对胰腺及其周围组织自身消化所致的急性化学性炎症, 是急性胰腺炎的严重类型。表现为胰腺广泛出血坏死, 常涉及多个脏器, 甚至造成器官功能衰竭而危及生命[1], 病死率高。胰管阻塞, 胆汁、胰液逆流, 胰管内压力骤升, 胰腺血液淋巴循环障碍引起胰腺消化酶对胰腺自身消化。我科2008年收治1例胆源性急性重症胰腺炎患者, 现将护理体会报道如下:

1、临床资料 患者女性, 45岁, 原有胆囊炎病史来6年, 饱餐后剧烈腹痛2天, 当地卫生院治疗无效转入我科治疗。体温39.3℃, 脉搏110次/分, 呼吸26次/分, 血压80/50mmhg, 全腹剧痛, 膨隆, 压痛(+++), 反跳痛(+++), WBC $20 \times 10^9/L$, 血淀粉酶200温氏单位, 尿淀粉酶350温氏单位, 腹部CT检查见胰腺增大、水肿、坏死液化、胰腺周围组织模糊, 腹腔穿刺抽得混浊血性液体, 诊断为急性重症胰腺炎; 胆囊炎。入院后在予吸氧、抗休克、抗感染、禁食、胃肠减压、制酸、抑酶等综合治疗下, 迅速做好术前各项准备, 在全麻下紧急行“胰腺及其周围坏死组织清除和规则性胰腺切除术, 腹腔引流术”。术后予禁食、胃肠减压、抗感染、应用生长抑素抑制胰酶分泌, 应用5-Fu抑制胰酶的合成, 腹腔冲洗, TPN等对症支持治疗, 患者住院42天, 治愈出院。

2 护理

2.1 病情观察 术后病人进入监护室, 使用气垫床, 吸氧, 心电监护, 严密观察病情变化, 每15-30min记录1次生命体征, 每4小时测体温一次, 体温正常3天后, 改每天1次。当体温超过39℃或持续低热, 说明有术后感染, 应做好降温护理, 并及时报告医生, 制定有效治疗方案。该病人入院时已高热, 至术后第八天, 都持续高热, 经遵医嘱肌肉注射安乃近、补液、调低室温、持续冰敷大血管, 病人体温逐渐恢复正常。病人发热时及时为病人擦干汗液, 更换汗湿的衣物床单, 防止病人受凉; 注意观察血压、脉搏、神志变化, 重症胰腺炎病人因大量体液渗出到腹腔、肠道, 频繁呕吐等可出现低血容量性休克, 当收缩压小于90mmhg、脉压小于20mmhg、CVP小于5cmh₂O, 说明血容量不足, 须迅速补充液体, 血浆等扩容抗休克治疗; 注意水、电解质及酸碱平衡, 病人术后禁食、胃肠减压, 留置多根腹腔引流管, 而且留置时间较长, 加上频繁呕吐, 从而导致体液丢失, 都可能出现低钾低钠血症, 注意观察病人四肢肌力, 有无嗜睡或烦躁不安, 尿量, 遵嘱抽血作生化分析, 根据病情调节补液种类、速度和补液入量。

2.2 管道护理 重症胰腺炎患者术后留置多种管道, 该患者术后有胃管、氧管、输液管、多根腹腔冲洗引流管、胰床引流管、胆道引流管, 而且各导管停留时间长、作用重要, 其护理的好坏直接影响病情转归和治疗效果, 所以重症胰腺炎术后患者的导管护理既是护理工作的重点, 也是难点。患者术毕返病房后, 护士要向手术医生详细了解各管道的放置位置和作用, 与医生一起将各管道做好醒目标示, 严防标示错误, 并各接上引流器, 连接管长短应适宜, 以免病人翻身、进行治疗时管道扭曲、受压、拉扯、脱出, 保持各导管引流通畅, 注意观察引流物的性质、颜色, 准确记录24小时引流量。对于腹腔冲洗引流管的护理, 我们的做法是: ①N.S500ml+庆大霉素16万u持续低压冲洗, 经常挤压引流管以保持引流通畅, 保证腹腔冲洗液出入量平衡, 以免腹腔吸收产生水钠潴留, 引起腹胀[2]。②注意观察引流液的量、性状, 正常开始为暗红色混浊液, 3天后颜色转淡、转清, 如呈血性, 可能有继发出血; 如引流液中出现胆汁、肠液或胰液, 可能有胆、胰、肠瘘, 该病人未出现以上症状。③保持伤口敷料清洁干燥, 及时换药, 用凡士林纱布保护引流管周围的皮肤, 预防周围皮肤糜烂。④拔管护理, 体温正常并稳定14天后, 白细胞计数正常, 引流液少于50ml/d时拔管, 拔管后伤口及时消毒, 更换敷料, 一周后伤口愈合。

2.3 并发症的观察和护理

2.3.1 预防成人呼吸窘迫综合征 (ARDS) 的护理 是最早出现的并发症之一[3]其发生机制多与肺灌注不足、胰蛋白酶入血激活凝血系统, 以及激肽系统的血管损伤作用相关[4], 入院后即予3-4l/min的面罩吸氧, N.S20ml+a-糜蛋白酶2000u+地塞米松5mg+庆大霉素4万u雾化吸入, 每天2次, 以稀释痰液, 鼓励并协助病人q2h/次翻身拍背, 以促进痰液排出, 预防肺部感染和ARDS的发生, 严格呼吸道管理, 严密观察病人神志、面色, 呼吸频率和深度, 遵医嘱定期抽血做动脉血气分析, 根据分析结果及病人的临床表现, 及时调整氧流量, 经上述治疗和护理该病人没有发生ARDS。

2.3.2 急性肾功能衰竭的护理 急性重症胰腺炎以伴发急性肾功能衰竭 (ARF) 最为常见, 胰腺出血坏死、大量渗出、体液丢失在腹腔、腹膜后的间隙、血容量锐减、血压下降, 肾滤过压降低以及肾脏缺血, 临床出现少尿。肾脏改变除因血容量不足造成肾缺血外, 胰酶产生的蛋白分解产物, 成为肾脏的毒性物质, 加重了肾脏的机能障

碍。同时由于急性重症胰腺病人严重感染和血液高凝状态,可使肾小管受损,导致肾功能衰竭 [5]。该病人术后第2天出急性肾功能衰竭,出现24h尿量<400ml,经补液、利尿治疗8天后肾功能恢复,尿量正常。护理时,须合理安排输液顺序,保持输液通畅,准确记录每小时尿量,尿比重,尿色及24小时出入量,遵医嘱采集血、尿标本,维持水电解质和酸碱平衡。

2.4 加强基础护理 麻醉清醒后,病人生命体征平稳后取半坐卧位,以利腹腔渗液引流及炎症局限,保持床单位清洁干燥、平整, q2h/次翻身拍背并按摩骨突处,防止压疮发生;由于病人禁食、停留胃肠减压、卧床时间长,每天两次用朵贝氏液为病人进行口腔护理,同时观察有无口腔真菌感染,如果发生真菌感染,改用碳酸氢溶液进行口腔护理,该病人未发生真菌感染。

2.5 饮食护理 患者由于禁食时间长,达28天,又停留胃管及多根引流管,机体消耗很大,为使机体达到正氮平衡,以利于组织修复,通过静脉插管完全胃肠外营养供给病人所需的全部营养,以减少胰液分泌的刺激。待病人蠕动恢复,腹胀、腹痛、压痛消失,血象、体温正常后,才恢复由口进食,进食时先进食流质到半流质饮食逐渐过度到普通饮食,并且要少量多餐,低蛋白、低脂肪、高维生素饮食,禁止暴饮暴食,饮酒和刺激性食物。

2.6 心理护理 由于病人起病急、病情危重、病程长,担心复发,而且所需治疗费用较高,病人常感恐惧、焦虑,常长吁短叹,反复询问此病的治疗效果及预后,针对这些心理状况,加强与患者的交流和沟通,主动向病人介绍病房环境、主管医生和责任护士,经常巡视病房,协助生活护理,给予心理安慰,向病人讲解各项治疗、护理措施的必要性,关心体贴病人,操作时尽可能减少病人的痛苦,及时告知病人治疗效果,鼓励病人树立战胜疾病的信心。该病人经心理疏导后,情绪稳定,积极配合各项治疗护理工作。

3、体会 SPA病情危重,变化迅速,病程长,护理工作量大,持续时间长,护理人员对患者病情进行细致的观察,加强各并发症的监护,熟练的护理技术操作和有效的护理措施,减少或避免并发症的发生,是抢救患者成功的重要保证。

[参考文献]

- ①李武平,外科护理学[M],人民卫生出版社,2003: 207.
- ②曹伟新,外科护理学[M]人民卫生出版社2004: 2(1).
- ③蒋婉英,重症胰腺炎非手术治疗的临床监测与护理[J],护士进修杂志2003, 10.10.916-918
- ④赵世峰,沈洪,重症急性胰腺炎致急性呼吸窘迫综合症的临床研究[J]中国急救医学, 2005.25(4).240-245.
- ⑤金锐,重症急性胰腺炎的肾功能不全问题[J],中国实用外科杂志, 2002.22(2)76-78.

1

[关于我们](#) | [版权信息](#) | [免责声明](#) | [合作](#) | [招聘](#) | [友情链接](#) | [网站导航](#)

Copyright© 2010《现代医院》杂志社 | 粤ICP05105826号

地址:广州市惠福西路进步里2号之一1楼 邮编 510180

电话:020-83310901 83310902 传真:020-83308884

E-mail:xxddy@163.com