

一例胰十二指肠切除术后合并胃功能性排空障碍患者的个案护理汇报

杨琼 郝蕊 李晓菲

(陕西省人民医院 陕西西安 710068)

前言：胰十二指肠切除术是治疗胰头及壶腹周围恶性肿瘤的标准术式，因手术复杂、涉及脏器多，使其成为腹部外科术后并发症最多、死亡率最高的手术之一。术后主要并发症有胰瘘、出血、感染和胃排空障碍（delayed gastric emptying, DGE）。DGE又叫胃瘫综合征，术后发生率约为7%~41%。术后胃瘫综合征（postsurgical gastroparesis syndrome, PGS），PGS诊断标准：1）腹部术后拔出胃管后出现频繁恶心、呕吐，经1项或多项检查（胃镜、上消化道造影、胃肠肌电图）提示，无胃流出道机械性梗阻，但有胃潴留，尤其是固体食物；2）胃肠减压引流量>800 ml/d，并且持续时间>10天；3）无明显水、电解质及酸碱失衡；4）无引起胃瘫的基础病，如糖尿病、甲状腺功能减退等；5）未使用影响平滑肌收缩的药物，如吗啡等^[1]。

病例介绍：车**男 63岁于2022年6月15日发现皮肤巩膜黄染一月余来本院就诊，考虑为壶腹占位性病变，2型糖尿病病史5年，于2022年6月24日行腹腔镜下胰十二指肠切除术、广泛肠粘连松解术，否认传染病史，否认食物或药物过敏史，否认疫区居住史，无输血史。入院上腹部MRI平扫DWI增强扫描MRCP示：胆总管末端狭窄并低位胆道梗阻征象，壶腹部肿瘤性病变不排除，建议行ERCP检查助诊。7月1日术后病理示：（十二指肠）中分化腺癌侵袭全层伴神经侵犯及脉管内癌栓，并侵及胰腺。7月4日出现恶心、呕吐症状，呕吐物为胃内容物，量约400ml。7月8日，术后上消化道造影示：胰十二指肠切除术后：残胃胃蠕动不良，胃空肠吻合口未显影，请结合临床：食管未见器质性改变，残胃慢性胃炎。7月8日，术后胃镜示：胰十二指肠术后半月余，进镜食管黏膜光滑，未见明显异常，残胃黏膜光滑，未见明显异常。吻合口可见缝线，黏膜水肿、充血潮红，经鼻腔咽部置入营养管，用异物钳引导反复尝试后置入小肠，小肠黏膜光滑，未见明显异常。7月13日胃肠功能恢复，试进流食，耐受可，7月15日拔除胃肠营养管后，经口给予易消化饮食（少量多次），未诉不适。7月16日拔除腹腔引流管。7月18日复查肝肾功离子：白蛋白35.5g/L、葡萄糖8.3 mmol/L、总胆红素21.1 μmol/L、直接胆红素9.4 μmol/L、降钙素原：降钙素原0.169 ng/ml、血常规5分类：白细胞计数13.3910⁹/L、红

细胞计数3.3810¹²/L、血红蛋白测定106g/L。7月18日拔除颈内静脉穿刺针。

护理评估：身体状况：生命体征：体温36.8℃，脉搏84次/min，呼吸20次/min，血压100/70mm Hg，测即刻血糖为8mmol/L。

风险评估筛查：营养风险筛查表评分为3分，需营养治疗。导管滑脱风险为21分，高危风险。深静脉血栓风险评估为3分，为低危风险。

意识状况：意识清，配合良好。

症状及体征：腹软，轻度腹部胀痛，食纳差，胃肠蠕动减慢，腹部伤口愈合良好。

心理-社会状况：患者育有一子一女，配偶健在，家庭和和睦。患者及家属对胃排空障碍的发生很困惑，自觉很倒霉，对于留置胃肠管很困惑，自觉恢复与别患者相比较慢，对于康复的不抱希望。

护理问题：1、疼痛：上腹痛：与胃排空障碍引起的腹胀有关

2、营养失调：低于机体需要量：与胃肠功能降低，禁食有关

3、PC:电解质紊乱：与禁食，长期鼻饲饮食，胃肠外营养，胃肠减压有关

4、有误吸的危险：与留置胃肠营养管有关

5、焦虑：与禁食，再次置入胃肠营养管^[2]，担心预后有关

6、有导管滑脱的危险：与留置腹腔引流管，颈内静脉穿刺管，胃肠营养管有关

7、PC:肺部感染：与长期卧床，留置管路有关

护理措施：1、疼痛的护理

给予患者一级护理，严密观察生命体征及腹部体征的变化

每日测生命体征每6小时一次，尤其腹部体征的变化，观察胃肠功能恢复情况，每班交接，遵医嘱用药，促胃肠动力药（莫沙必利^[2]，每日三次，每次一片及厚朴排气^[3]，每日三次，每次50毫升），口服止痛药（氯芬待因片），自控给药，

睡前给予氟比洛芬酯静脉推注。观察肛门排气、排便情况，每班交接，保证每天

解大便1次。指导患者活动，在体力允许的情况下

每日四次,每次半小时到一小

时家属陪伴活动。在治疗期间患者未诉腹痛。

2、营养与电解质管理

2、1、加强营养管理,胃肠营养管置入当天既给予葡萄糖溶液经营养管鼻饲(150毫升)第二天加量至200毫升,每日三次。第三天患者适应后给予营养粉50克及肉汤鼻饲,每日三次,每次200毫升。在鼻饲期间暂停胃肠减压1小时。同时遵医嘱经颈内静脉穿刺管补液(缓慢维持给药,约20小时)。胃肠功能恢复后,改为经口少量多次进易消化饮食。停止胃肠减压后患者未诉腹胀,鼻饲期间无腹泻症状。注意患者血糖管理,禁食期间给予6小时血糖监测,鼻饲及经口进食后改测空腹及三餐后两小时血糖,3点即刻血糖。预防高、低血糖的出现以减少血糖对胃肠功能的影响^[5]。在治疗期间患者血糖控制稳定在6至9mmol/L之间。

2、2、保持出入液量平衡,酸碱平衡,定时复查电解质(2天)。尽量经胃肠营养管提供营养支持,观察胃肠功能恢复情况,尽快恢复经口进食。注意观察患者有无电解质紊乱的如乏力等的临床表现。

3、防误吸

给予患者胃肠营养时应取半坐卧位,并缓慢滴注(100ml/h),防误吸,鼻饲完成后嘱患者半坐卧位休息30分钟后再据情况活动。做好口腔护理每日两次,可刷牙,漱口。保持呼吸道通畅。

4、心理护理

做好家属及患者的心理干预,解释留置胃肠管的目的,取得配合。解释术后胃肠功能紊乱易发生的原因及常规治疗方法,给予相关健康指导。耐心倾听患者主诉,及时发现需求。注意与患者及家属沟通的方式,方法。指导患者抒发自己的感觉,并介绍成功案例,指导患者与患者之间沟通。指导家属转移患者注意力的方法及放松的方法(如看电视、听广播、遛弯、话家常等)。

5、导管护理

5、1、向患者及家属解释各管路的作用及留置的必要性,让患者及家属认识到管路的重要性及必要性,请家属及患者参与导管护理中,各班严格交接管路,管路滑脱风险为21分,每日评估。在治疗期间无导管相关感染及管路堵塞情况发生。

5、2、颈内静脉穿刺管护理:每周更换穿刺点处敷贴,无张力性固定,预防张力性皮炎。每班交接管路通畅及固定情况,若有卷边及回血情况及时处理。观察穿刺点周围皮肤有无渗出、红肿的特殊不适,输液开始前空针抽吸回血,输液结束给予生理盐水20ml脉冲式封管。在输入营养液时每6小时生理盐水20ml脉冲式冲管。7月18日拔除后局部按压15分钟。

5、3、腹腔引流管护理:使用抗返流引流袋,做好管路护理,严格无菌操作,每周二更换引流袋,观察引流液的颜色、性状、量,每班交接,及时倾倒(夜班)。注意观察引流管周围皮肤有无渗出,预防管路脱出及打折,妥善固定,保持有效引流。7月16日主管医生给予拔除。拔除后腹腔引流管穿刺点未见渗出,患者主诉无腹痛。7月19日出院时穿刺点愈合良好无渗出。

5、4、胃肠营养管护理:鼻饲前后均需温开水冲管,开始鼻饲前回抽消化液,观察胃肠排空情况,若残留过多可与主管医生沟通后暂停或推迟进行鼻饲饮食。在胃肠管留置期间,患者可有咽部异物感,嘱患者做吞咽动作,适应管路。可经口少量进水缓解口干症状。

6、肺部感染的预防

指导患者在体力允许的情况下间断下床活动,取半坐卧位,床上翻身。指出下床活动及半坐卧位可促进胃肠蠕动及肺复张,可预防肺部感染的发生,做好气道管理,给予雾化吸入每日三次,指导患者咳嗽及深呼吸,在自觉有痰液不易咳出时可漱口或在雾化吸入痰液松动后咳嗽,并按压伤口。

7、做好患者的用药指导,及时准确执行医嘱,指导患者及家属按时服用药物,并观察药物的不良反应。

护理结果:患者在住院期间无肺部感染及导管相关感染发生,经治疗后胃肠功能恢复,各管路已拔除,经口进食,可耐受,体重无明显下降,伤口愈合良好,于7月19日顺利出院。

讨论与结论:胰十二指肠切除术后患者由于胃肠生理结构的改变,常会发生胃肠功能紊乱,术后胃肠功能监测,胃肠功能的早期恢复是影响患者住院时长,住院花费的重要因素。综合的患者管理,及时胃肠减压,鼻肠管营养支持,高血糖患者的血糖管理,早日下床活动等均具有积极意义^[6]。

参考资料:

[1]张鑫,王宝胜.胰十二指肠切除术后胃排空障碍的危险因素分析及治疗.中国医科大学学报.2019,(06)

[2]王丽,何芳,张艳.营养护理在胃癌术后功能性胃排空障碍中的应用.中国继续医学教育.2019,11(27)

[3]刘晓燕.胃大部切除术后功能性胃排空障碍患者非手术治疗的综合护理.河南外科学杂志.2019,25(3)

[4]黄培培.厚朴排气汤对2型糖尿病胃轻瘫患者临床症状、胃动力及胃肠激素水平的影响研究.反射疗法与康复医学.2022,3(1)

[5]刘胜,李霞.高龄胃十二指肠术后患者发生胃瘫综合征的高危因素.护理实践与研究.2021,18(7)

[6]徐璐青.胰腺癌术后胃瘫综合征的护理.当代护士(中旬刊).2021,28(9)