

一例胰腺炎假性囊肿破裂病人的护理体会

韩翠

(襄阳市第一人民医院 湖北省襄阳市 441000)

胰腺假性囊肿 (pancreatic pseudocyst, PPC) 是最为常见的胰腺囊性病变,多继发于急性慢性胰腺炎、胰腺外伤,是胰液积聚而形成的局部包裹性囊肿,囊壁无上皮细胞,主要由肉芽组织、纤维结缔组织和血管等结构组成。PPC 多发生在体尾部,少数位于头部,多为圆形或椭圆形,直径 2~40cm 囊液容量 10~6000mL^[1]。PPC 的诊断主要依赖于影像学检查,包括腹部 B 超、CT 等。

由胰腺炎继发的 PPC 通常在病程的 3~4 周形成,直径小于 6cm 的小囊肿中约 20%~40% 的患者在 6 周内可能自行吸收,而 6 周后仍存在 PPC 则难以自动吸收,常需外科手术干预^[2]。PPC 形成后可发生感染、出血、破裂及区域性门静脉高压等并发症,在早期(小于 6 周)其并发症发生率约 20%,7~12 周囊肿的并发症明显增高,达 46%^[3]。PPC 自发性破裂较为少见,但其后果严重,多并发休克、弥漫性腹膜炎、脓毒症等严重并发症,甚至危及生命。在进修医院科室 2019 年 5 月收治的一例胰腺炎假性囊肿破裂病进行护理经验的总结,现报道如下。

1 病例介绍:

患者,男,49 岁,因腹痛 7 月,在发加重两天,伴生命体征不稳定入院,入院时查体生命体征: T 36.5° C,脉搏: 78 次/分,呼吸: 18 次/分,血压: 139/89mmHg。查体: 颈软、无抵抗、颈动脉搏动正常,颈静脉正常,气管居中,双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,听诊未闻及杂音,无心包摩擦音,腹平坦,无腹壁静脉曲张,左上腹腹部韧,左上腹轻度压痛、反跳痛,腹部无包块,肝脏及脾脏无触及, Murphy 氏征阴性,脏无叩击痛,无移动性浊音。肠鸣音正常, 4 次/分。

患者于 2018 年 10 月 12 日饮酒后出现左上腹痛,伴大汗、面色苍白、一过性黑矇,无意识丧失,无恶心、呕吐、腹泻,至当地医院就诊,行腹部 CT 示:急性重症胰腺炎伴周围多发渗出改变(胰周大量积液并局部包裹)。2018 年 10 月 16 日到北京协和医院就诊,行腹部 CT 提示:与老片比较胰周渗出,以胰头钩突周围为著,较前加重;腹膜后多发渗出及高密度团块影,范围较前增大;右侧肾周间隙受累,右肾上极血肿形成可能,范围较前略增大;腹腔干周围低密度影,腹腔干管腔不规则狭窄,大致同前。肝、脾周积液,较前增多;盆腔积液、较前增多,新见多发渗出改变,予对症支持治疗后症状好转出院,定期复诊。患者 2019-03-12 外出旅游后出现腹泻,呈水样便,5~6 次/天,伴下腹部一过性针刺样腹痛,第 2 天自行好转 2019 年 05 月 04 日患者于进食后出现下腹痛,呈持续性剧烈疼痛,伴大汗头晕,双上肢抽搐,伴恶心、呕吐,呕吐为胃内容物,无意识丧失,无腹泻,无停止排气,排使,护车到场后测血压进行性降低,最低 70/41mmHg,救护车送至廊坊市医院,行腹部超声示:肝内小囊肿,胰腺周围团状回声及低回声结节,不除外血中,脾回声欠佳,腹腔积液,予输血、升压等对症支持治疗,考虑病情危重,遂至我院急诊就诊,急诊行腹盆部 CT 示:胰腺钩突周围囊性病,假性囊肿合并积血可能;腹腔积液及积血;盆腔积液及积血。考虑胰腺炎假性囊肿破裂,予止血、抗夷、抑酶、补液,并辅以胃肠减压等对症支持治疗,生命体征平稳后,为进一步诊治转入我科。患者目前精神状态良好,体力正常,禁食水,睡眠正常,近 1 年体重降约 20 斤,大便正常,排尿正常。化验及特殊检查:腹盆部 CT(2019-05-05, 我院)示:肝右叶囊肿可能性大;胰腺钩突周围囊性病,假性囊肿合并积血可能;腹腔积液及积血;盆腔积液及积血,

与 5 月 8 日行床旁彩超引导下腹腔积液穿刺置管引流术,置入引流管,引流管引流通畅,引流液为血性液体,接引流袋固定,共引流出血性腹水 1200 毫升,生命体征无明显变化,查血、腹水送检,血红蛋白较前无明显下降,考虑无新发出血,为既往腹腔积血。患者发病 11 天后无腹痛、腹胀等不适,腹腔引流量连续 3 天无引流液引流出,于 5 月 15 日行胰腺 CT 平扫+增强,阅片胰腺边界清楚,周围无明显渗出,腹腔无明显积液。5 月 16 日在超声引导下拔除腹腔引流管,于 5 月 17 日在胃镜下行内镜下空肠管置入术,放置三腔空肠营养管给予泵入肠内营养液 TPN。

2 护理

2.1 心理护理

主动与患者交流和沟通,用微笑面对患者,经常巡视病房,生活上给予其更多照顾,适当给其进行胰腺炎有关知识宣教,告诉患者身体康复需一定时间,要有耐心和信心,治疗中向患者和其家属介绍药物作用、不良反应以及治疗的必要性等,使其积极面对治疗,树立战胜疾病的信心。

2.2 一般护理

指导患者绝对卧床休息:患者需卧床休息,降低机体的代谢率促进恢复,鼓励病人在床上做下肢踝泵运动,预防下肢静脉血栓形成。

2.3 病情观察

严密观察生命体征,上心电监护,每 15~30min 监测一次,记录血压、脉搏、呼吸、测体温,1 次/4h,给持续低流量吸氧,2~4 升/分。观察患者引流管的颜色性质及量。密切监测肺、肾、肝功能的变化,准确记录 24h 出入量,定时查血、尿淀粉酶、血糖、电解质、血常规。有异常情况及时报告医生及时处理。严密观察胃肠道症状及腹部体征,观察患者有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀症状有无好转。

2.4 胃肠减压护理

禁饮食和胃肠减压,患者需禁饮食,对腹胀较为明显者还应对其进行胃肠减压,引流胃内容物及胃液,抑制胰腺的分泌,减轻腹痛和腹胀。理论上胃管的长度 45~55cm,但在我们临床体会发现最合适长度是 50~60cm,可根据身高做小的调整。胃肠减压期间内注意观察胃肠减压管是否通畅,有无堵塞、扭曲、避免受压、查看引流装置工作是否有效,负压装置应低于头部,发现问题及时处理。在临床工作中勤巡视、多观察,正确固定,并观察胃液的量及性状,警惕上消化道出血。对于插管时间较长的患者,我们可以给予雾化吸入或石蜡油滴入鼻腔润滑,防止长时间置管损伤鼻黏膜。在禁食及胃肠减压期间,一定要做好患者的口腔护理,为了防止继发感染的发生。

2.5 引流管护理

保持引流管通畅,防止在翻身时脱落,扭曲、受压,若有阻塞即使查明原因并作相应处理。注意观察引流液的量、颜色及性质。每日更换引流袋,严格无菌操作。定时收集腹腔引流液行淀粉酶监测,以了解有无胰瘘复发。

2.6 鼻空肠管的护理

插管后应立即注入生理盐水 50 毫升,以冲洗插管时分泌的胃

(下转第 109 页)

(上接第 52 页)

液及胆汁等粘液,第一次输注营养液时先注入温开水 50 毫升,以检查管道是否通畅,使肠道有个适应过程,使用输液泵开始先以 60 毫升/每小时速度输入,如果耐受良好,可以逐渐增加速度,增加至 100 毫升/小时,输注完毕使用生理盐水冲洗管道。妥善固定导管,使用黏度高、透气性好,3M 公司生产的胃鼻贴,贴在鼻翼两侧并将管道牢牢固定好,导管尾端,固定在脸部一侧及耳后,避免压迫管道,班班交接并做好记录,固定管道胶布出现潮湿、污染及脱落时及时更换。

2.7 用药护理

胰腺假性囊肿破裂病人术后需要长时间禁食,加上消化液和营养物质丢失,腹腔感染,机体处于高分解状态,而且为要抑制胰液外分泌功能,积极采取合理的营养支持和代谢调理是必要的。该病人在 TPN 支持下联合使用醋酸奥曲肽(善宁)治疗,奥曲肽 0.6 毫克+生理盐水 250 毫升,以 10ml/h 的速度续滴慢维持 12h,2 次/日,保持输液通畅并选择使用一次性使用流量设定微调式输液器。及时观察运行是否正常,药液有无外漏,发现异常及时处理。

2.8 健康教育

应向病人及家属讲解本病主要的发病原因、诱发因素及疾病过程。宣传急性胰腺炎的预防方法,帮助病人养成良好的生活方式,强调饮食卫生,有规律进食,避免暴饮暴食,多食低脂、无刺激的食物和戒烟酒等。教育病人积极治疗与急性胰腺炎发生有关的疾病,如胆道疾病、十二指肠疾病等,避免此病的发生。指导病人按医嘱坚持用药,并定期门诊复查。有胰腺炎问题可以咨询热心医生。

3 结果

本例患者在 2019 年 5 月 9 日-2018 年 5 月 18 日基础治疗的基础上,经专科疾病护理、心理护理、细致的病情观察、用药护理、引流管及鼻空肠营养管的护理后生命体征稳定,一般情况良好,无发热。查体:腹平软,无压痛及反跳痛,鼻空肠管泵入肠内营养液未诉不适,给予营养支持治疗,患者并未出现严重的并发症,正在逐渐康复中。

4 讨论

胰腺假性囊肿自发破裂较为少见,但是胰腺假性囊肿破裂病人出现剧烈腹痛,病情危重,预后凶险,而提供高质量护理是治疗成功的重要保证。作为护理人员应配合医生做好各种辅助检查,紧急做好各种抢救准备。加强巡视,严密观察病情变化,及时采取抢救措施,注意患者的心理变化,做好心理护理,患者缺乏对疾病的认知,容易产生恐惧及焦虑心理,因此要及时实施心理干预,该案例中患者反复出现胰腺炎,同时更要重视健康教育,根据患者需求,及时做好疾病知识宣教,饮食指导,满足患者的健康需要,体现护理的积极性和主动性,使患者早日恢复。

参考文献:

- [1] Usatoff V, Brancatisano R, Williamson RC. Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis [J]. Br J Surg, 2000, 87(11): 1494-1498.
- [2] Avram M. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts [J]. Surg Clin Noaha Am, 2002, 81(2): 411-417.
- [3] 唐承薇. 重症急性胰腺炎合并胰腺假性囊肿的内镜治疗 [J]. 中国实用外科杂志. 2006, 26(5): 341-342.