78例重症胰腺炎的护理体会

Nursing experience of 78 cases with severe acute pancreatitis

谢志红,谢海英,张 坤,张小进 (南京军区福州总医院肝胆外科,福建 福州 350025)

[关键词] 胰腺炎;护理;重症
[中图分类号] R473 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0405-01

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis SAP)是一种严重的全身系统疾病。而依据病情严重程度不同,给予综合治疗及耐心细致的综合护理措施是减少并发症、改善预后、降低死亡率的有效手段。我院自2004年1月至2008年9月收治重症胰腺炎患者78例,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组78例SAP患者中,男48例,女30例;年龄11~78岁,平均39.5岁;其中胆源性胰腺炎21例,非胆源性胰腺炎57例,合并高血脂11例,糖尿病18例,冠心病、高血压者10例。就诊距发病时间最短6 h,最长7 d。所有患者均有不同程度的腹胀、腹痛、恶心、呕吐及腹膜炎体征。血淀粉酶大于正常值的3倍。

1.2 治疗方法

首先非手术治疗,方法如下:①充分有效的扩容,改善内环境,纠正水和电解质紊乱;②持续有效地胃肠减压,禁食、禁水;③合理选用抗生素,预防感染;④胰腺休息疗法,采用施它宁维持治疗及抑制胃酸分泌药物如雷尼替丁及奥美拉唑等;⑤积极的全身支持治疗,输全血、血浆及白蛋白,同时予以全胃肠外静脉营养;⑥重要脏器功能的监测和维护;⑦必要时导泻,减轻肠道压力,降低细菌移位,减少感染发生;⑧镇静、解痉、止痛等处理。非手术治疗无效再手术治疗。

2 结果

78例患者中50例经积极的非手术治疗痊愈,肠蠕动恢复时间平均4.5 d,腹膜炎体征明显减轻时间平均为5.1 d,平均住院26.8 d。外科手术治疗28例,手术后并发胰瘘6例,肠瘘3例,上消化道出血3例,呼吸窘迫综合征5例。术后死亡3例,多器官功能衰竭2例,感染性休克1例。

3 讨论

重症急性胰腺炎发病急骤,迅速累及多个器官,导致MODS,是病死率居高不下的关键原因。严密观察患者生命体征变化,时刻掌握血压脉博,呼吸变化,并注意神志,面色等情况。加强血糖,血钙,血尿淀粉酶测定,及血气变化。术后患者密切观察生命体征、尿量、神志、肢端末梢循环等的变化,及时发现休克及多器官功能衰竭。禁食及胃肠减压是治疗重症胰腺炎重要措施之一,早期给胃肠减压肛管排气,排出肠道内气体和液体,待血尿淀粉酶转至正常腹痛消失后开始进少量流质,观察胃肠减压情况,保持胃肠减压通畅性,记录引流量与性质,发现含咖啡色样物或鲜血时及时报告医生。

重症胰腺炎并发MODS使患者处于高度应激状态,导致机体出现以高分解为特征的代谢紊乱。重症胰腺炎早期,早期液体复苏基本完成后,通过肠外(TPN)或肠内(EN)或肠外加肠内营养,为机体提供适当的营养底物,有重要的意义。首选肠内营养,可通过鼻空肠管或空肠造瘘管给予肠内营养[1]。经过5~7 d的尝试后,若肠内营养仍无法实施,则应采用肠外营养[2]。术后引流管包括腹腔双套管、胃管、空肠造瘘管和导尿管。各引流管要标志明确,妥善固定,保持引流通畅。每天应严密观察和详细记录各种引流管的量、性质和颜色等。及时更换引流管,每3 d更换引流袋。放置较长时间的管子也应定期更换,可减少局部感染。术后1周可根据引流管的部位、引流液的多少逐渐拔管,胰周部位管子应保持较长时间。

胰瘘是潜在致命的并发症,胰瘘多在术后5~7 d发生,病死率在50%以上[3]。本组发生胰瘘2例,经充分引流、冲洗、营养支持等治疗痊愈。发生胰瘘护理对策:①确保引流通畅,滴注抗生素、生理盐水冲洗,控制感染;②引流液或脓液细菌培养与药敏试验,根据药敏调整抗生素;③营养支持,胰瘘早期可行全胃肠道外营养支持,肠道功能恢复后行肠内营养支持;④应用药物抑制胰液的分泌。

总之,由于重症胰腺炎临床复杂和多变,治疗往往需要医护人员对患者严密观察,悉心治疗,耐心护理,加上患者积极治疗心态,才能使患者早日康复。

[参考文献]

[1] 汪梅朵,李 红.重症急性胰腺炎患者肠内营养的研究进展与护理[J].中国实用护理杂志,2008,24(8):69-71.
[2] 唐群英,王国标,刘小伶.急性胰腺炎患者的护理[J].中国基层医药,2008,15(8):1300-1301.
[3] 廖桂红,邓慧珍,韦鸿锋,等.重症急性胰腺炎早期胃肠道功能复苏护理的临床研究[J].现代护理,2008,14(3):71-72.

(编辑:侯晓宇)

[收稿日期] 2009-08-18 [修回日期] 2009-09-15