维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg,2007,Vol.16,No.5

胰腺外伤后胰瘘的护理

赵敬东,杨学岭 (临沂市人民医院肝胆外科,山东 临沂 276000)

[关键词] 胰腺外伤;胰瘘;护理
[中图分类号] R657.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)05-0360-01

胰腺外伤后易发生胰漏,而胰漏一旦发生,其治疗复杂,时间较长。我院自1998年1月至2006年1月共收治外伤后胰瘘患者32例。通过各种治疗及护理取得了较好的效果。现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

32例患者均为胰腺外伤经过手术治疗后出现胰瘘,其中男22例,女10例,最小年龄16岁,最大年龄65岁,平均年龄48岁。致伤情况:32例中26例为多发伤,其中合并肝损伤6例,胃损伤7例,脾损伤11例,十二指肠损伤4例。损伤程度:挫伤9例,裂伤18例,横断伤5例。损伤部位:胰头损伤4例,胰体损伤18例,胰尾损伤10例。

1.2 治疗方式和结果

所有病例均采用手术治疗。胰腺清创、止血、修补22例,胰体、尾部切除10例,32例均行腹腔引流。术后给予禁食和胃肠减压、抗休克、抑制胰液分泌、营养支持、腹腔灌洗、控制感染、对急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的监测与支持等措施。治疗结果:治愈26例,死亡6例(18.75%)。死亡原因为严重多发伤并发多脏器功能衰竭。住院时间最长180 d,最短19 d,平均55 d。

2 护理体会

生命征及引流管观察:术后病人常伴有休克及血容量波动等情况,应严密观察患者的生命体征[1],此外还要注意观察病人腹部情况,胰腺空肠吻合口是薄弱的环节,术后早期大部分并发症是吻合口瘘[2]。向家属和患者说明引流管的重要性及其目的,以免自行拔除。护士应确认各引流管部位,引流管要留出一定长度,以便于病人翻身。同时要防止引流管过长、受压、扭曲等造成管道阻塞。定时挤压引流管,每天2~3次,以确保通畅。当引流物多时即用负压吸引,当发现引流物混浊或呈脓性分泌物时即给予有效的冲洗,可采用双套管负压吸引。压力不可过大,以免损伤内脏、组织或血管。若有坏死组织脱落,阻塞管腔,可用20 ml盐水冲洗,或重新更换内套管。密切观察并记录24 h引流液的色、质、量,观察胰液的颜色,如冲洗的液体多而持续吸引的少,查找原因,及时处理。

皮肤护理:由于胰液的大量外渗,容易引起瘘口周围皮肤感染,可用氧化锌软膏涂抹,尽量有效吸引减少胰液外流。

营养支持:胰腺外伤术后早期可根据病人状态给予胃肠外营养[3],待术后肠功能恢复,选用肠内营养(EN)治疗。EN制剂用氨基酸或短肽链水解蛋白及低脂肪制剂为主,用复尔凯鼻胃肠管,速度应遵循由慢到快,开始速度40 ml/h,后期改为100 ml/h。浓度由低到高,温度用调温器维持在37~39 ℃左右。防止腹泻,一旦出现腹泻应改为TPN,待病情稳定后改为EN直至经口进食为止。

深静脉插管的护理:由于可能需要长期保持深静脉插管,因此对深静脉插管的护理至关重要,向病人及家属讲解深静脉插管的重要性及可能出现的不良反应。每日用碘酒、酒精擦试插管入口处及周围皮肤,每日更换敷料及输液管道。输液系统应保持密封状态。不作抽血、输血及营养液以外的液体的输注及测量中心静脉压应用。插管如有阻塞,可用等渗盐水先吸后冲,如不能恢复通畅应更换插管。

基础护理:①给予病人半卧位,有利于引流管的护理,减少瘘液的渗出。②预防肺不张及坠积性肺炎等肺部并发症的发生,鼓励病人深呼吸,做有效的咳痰,协助病人翻身、拍背,常规雾化吸入。③预防压疮发生,应加强健康宣教,使病人认识到床上适当活动的重要性,应保持床铺干燥、平整,更换床单时应防止引流管脱出折断,病人骨突出部位应注意按摩,每2 h翻身一次。④心理护理,胰瘘病人由于病情重、费用高、时间长、疾病反复等特点,病人的心理护理非常重要[4],讲解疾病和生命的重要性,树立战胜疾病的信念。

[参考文献]

[1] 何 芳,张光全,廖 忠. 闭合性胰腺外伤18例诊治分析[J]. 局解手术学杂志,2007,16(2):94-95.
[2] 胡志浩,胡先贵,唐 岩,等. 胰十二指肠切除术252例回顾[J]. 第二军医大学学报,1999,20(11):923-924.
[3] 滕 坤,申秀芬,卢桂芝. 全肠外营养治疗胰瘘的护理[J]. 肠外与肠内营养,1996,3(2):113-114.
[4] 肖 鹏,安如俊,段丽萍,等. 胸外科监护室机械通气患者的不适与心理护理[J]. 局解手术学杂志,2006,15(2):133.

(编辑:余汇洋)

[收稿日期] 2007-05-06 [修回日期] 2007-07-15