



胰十二指肠切除术后并发胃排空障碍的护理经验

陈美娜 (联勤保障部队第九〇九医院 厦门大学附属东南医院普通外科 福建漳州 363000)

摘要: 总结 1 例胆总管下段癌相关性抑郁患者行胰十二指肠切除术后并发胃排空障碍的护理经验。护理要点为: 依托多学科团队合作, 入院后做好支持性心理干预, 重点加强安全管理; 术后采取多模式镇痛方案联合认知行为疗法降低疼痛分值; 并发胃排空障碍后, 实施聚焦解决模式、假饲技术、营养支持方案; 医护合作开展长期随访, 提升患者远期生活质量。

关键词: 胆总管下段癌 抑郁 胰十二指肠切除术 护理

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 01-189-03

近年来, 关于癌症相关性抑郁 (cancer-related depression, CRD) 的临床研究呈现上升趋势^[1]。CRD 是由癌症诊断、治疗及其合并症等导致患者失去个人精神常态的病理性情绪反应, 表现为情绪低落、持续性疲乏、失眠、纳差、体重下降、生活质量降低^[2]。国内外研究^[3-5]显示, 不同的肿瘤, CRD 的发病率亦有所不同, 胆总管下段癌患者内源性促炎细胞因子水平高, CRD 发生率为 20%-76%, 居恶性肿瘤患者的首位。

手术是治疗胰腺癌的有效手段, 胰十二指肠切除术是最经典的术式^[6]。胃排空障碍是胰十二指肠切除术后功能性并发症, 发生率为 7%-41%^[7]。文献^[8]报道, 患者心理因素在胃排空障碍发生、发展过程中起到重要作用。我院外科收治 1 例胆总管下段癌相关抑郁患者, 胰十二指肠切除术后并发胃排空障碍 (C 级), 经多学科团队联合进行分阶段干预, 患者康复出院。现报告如下。

1 临床资料

患者男, 59 岁, 因“乏力、纳差、尿黄进行性加重半月余”于 2018 年 6 月 11 日入院。入院评估: 患者表情茫然, 沉默少语, 整天呆坐, 对周围刺激缺少反应, 定向力正确, 汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD) 评定 22 分。皮肤巩膜重度黄染, 腹平软, 左腹轻压痛。实验室检查: 总胆红素 157.87 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 112.41 $\mu\text{mol/L}$, 间接胆红素 45.46 $\mu\text{mol/L}$, 空腹血糖 13.3 mmol/L 。核磁共振显示: 胆总管下段癌, 肝内外胆管及胰管扩张。入院诊断: 梗阻性黄疸、胆总管下段癌、抑郁、2 型糖尿病。护士在心理科医生指导下积极改善患者抑郁情绪, 完善术前准备。入院后第 9 天在全麻下行胰十二指肠切除术, 病理报告明确胆总管中分化腺癌。入院后第 16 天, 患者进食半流质后出现持续上腹胀饱不适, 进食后呕吐胃内容物, 不含胆汁, 肠鸣音减弱至 1 次/min。入院后第 17 天, 胃肠造影提示: 十二指肠造影剂通过迟缓, 球部充盈未见龛影和充盈缺损。医生诊断“胃排空障碍”, 实施胃肠减压, 予甲氧氯普胺针剂、莫沙必利片、枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊、复合乳酸菌胶囊、胰酶肠溶胶囊改善肠道功能, 经鼻肠营养管注入短肽型肠内营养混悬液。胃排空障碍治疗期间, 患者抑郁情绪加重, 予氟哌啶酮美利曲辛片联合聚焦解决模式稳定患者心境, 辅以针灸、胃肠动力药。入院后第 30 天, 胃肠造影示: 造影剂通过胃肠吻合口顺畅、肠腔内流动性佳。由口服流质饮食过渡到半流饮食。入院后第 38 天步行出院。随访至今, 患者恢复良好。

2 护理难点分析

①患者入院时沉默少语, 对待治疗态度消极, 面对医护人员的善意接触与询问, 流露出敌对表情, 拒绝接触“手术”字眼。护士通过与患者的姐姐沟通, 得知患者既往离异 2 次, 无子女, 一直独居。发病时正值农历新年, 当家属发现异常时, 患者已有厌世情绪, 曾向姐姐表示“我将不久于世, 遗书放在家里枕头下”。

因此, 是自杀、外逃的高风险人群, 安全护理难度大。②文献^[9]报道, 抑郁患者中枢神经系统神经递质功能低下, 对疼痛阈值下降, 疼痛敏感性增加。而胰十二指肠切除手术创伤大, 术后急性疼痛发生率高, 疼痛构成了一个重要的躯体和心理上的应激源, 有诱发或加重抑郁情绪的风险。③按照国际胰腺外科学术委员会^[10]对胃排空障碍的分级, 患者术后 15d 不能进食固体食物, 需要药物、持续胃肠减压和营养支持, 属于 C 级 (严重程度最高)。胃排空障碍和抑郁情绪相互影响, 抑郁情绪影响迷走神经的兴奋性和胃黏膜的血流灌注及胃腺体分泌, 导致肌肉松弛、运动减弱、胃排空障碍^[11]。因此, 常规的胃排空障碍护理方案不适合该例患者。④患者术前营养风险筛查评分标准 (nutritional risk screening 2002, NRS2002) 评估分值为 5 分, BMI 18 (身高 165 cm, 体重 49 kg), 存在营养不良。患者胃排空障碍早期, 胃液丢失量大于 1000 ml/d; 血钾最低值 2.7 mmol/L, 钾离子对消化道肌肉收缩影响较大。既往有 2 型糖尿病 5 年, 高血糖水平会导致机体支配内脏的自主神经及迷走神经发生病理性改变, 引起胃扩张能力下降、运动功能减弱, 加重胃排空障碍^[12]。需实施针对性的营养管理。⑤患者出院后, 不仅要面对多重症状的自我管理, 还要接受辅助化疗, 有加重 CRD 的风险^[13]。

3 护理对策

3.1 护理人力资源调整和方案制订

多学科诊疗团队成员包括: 肝胆外科医护人员、消化内科、肿瘤内科、心理科、营养科、康复科医生。

护士长选派 N3、N4 级别护士进行连续性整体护理。责任护士全程参与多学科诊疗团队讨论, 汇报护理经过, 提出护理难点与各科医生展开讨论, 集思广益, 制订分阶段护理方案。①入院后全面评估患者和家庭情况, 联合心理科医生实施支持性干预, 重点加强安全管理。②术后实施多模式镇痛方案, 积极改善患者的疼痛认知, 提高睡眠质量。③胃排空障碍期间, 药物治疗联合聚焦解决模式改善患者抑郁情绪, 做好营养管理。④开展长期随访, 确保患者居家安全, 顺利接受辅助治疗。每天晨晚间, 医护合作查房, 评估护理方案的实施效果。心理干预的效果使用减分率^[14]进行评价, 减分率 = [治疗前评分 - 治疗后评分] / 治疗前评分 $\times 100\%$ 。减分率 $> 75\%$ 为临床治愈, 50%-75% 为显效, 25%-50% 为有效, $< 25\%$ 为无效。

3.2 入院后实施支持性心理干预, 重点做好安全管理

①确保病房环境安全, 移去一切危险物品, 如绳子、刀、陶瓷、充电器连接线等。家属 24h 不间断陪护, 护士每 30min 巡视病房, 严密观察患者的情绪、言语、非言语变化, 持续动态评估自杀风险。②遵医嘱予奥氮平片 5mg/d 口服, 该药作用于中脑边缘系统的多巴胺受体, 起到抗抑郁作用^[15]。护士严格发药到口, 动态观察患者抑郁情绪改善情况。③初期, 护士采用正常化、共情等心理支持技术, 疏导和稳定患者情绪。信任关系建立之后, 护士主动与患者沟通, 得知其内心想法是“害怕手术后醒不过来”“担心术后没人照护”“医疗费用是无底洞”, 向患者解释手术治疗的必要性和安全性, 指导患者姐姐多传递“我们都很关心你, 会

作者简介: 陈美娜 (1980-4-11), 女, 福建漳州人, 主管护师, 大专, 主要从事临床护理工作。



一起面对困境”的支持性感受。落实上述干预 8d 后,患者抑郁症状好转,在姐姐陪伴下听护士讲解手术配合方法,HAMD 评分 16 分,减分率 27.27%,提示干预有效。

3.3 多模式镇痛联合认知行为疗法,改善疼痛症状

疼痛与抑郁密切相关,持续或重度疼痛会加重患者的抑郁情绪^[16]。对此,麻醉科医生、主管医生、护士实施多模式镇痛方案:术前 2h 予塞来昔布胶囊 200mg 口服,提高患者痛阈;术中予腹横肌平面阻滞;术后使用静脉镇痛泵,每 12h 予帕瑞昔布钠注射液 40mg 静脉注射。落实上述方案后,患者术后 48h 内疼痛评分 1~3 分,情绪平稳,主动配合早期活动。术后 50h,镇痛泵使用完毕,患者即感切口疼痛加重,疼痛评分 7 分。予地佐辛注射液 10mg 肌内注射,患者主诉效果不佳,坐卧不安,反复要求使用镇痛泵,HAMD 评分 20 分。心理因素会对疼痛的性质、程度以及感知产生不同程度的影响。护士在按时使用止痛药的基础上实施认知行为疗法进行干预,避免患者陷入盲目的反应模式中。①耐心讲解术后切口疼痛发生的机制、规律、可能持续的时间,适当夸大非甾体类止痛药的疗效。②鼓励患者床旁活动,提高自我控制感。③睡前予调暗灯光,指导患者集中注意力,从头到脚对身体进行全身扫描,不加评价地关注躯体的各种感觉及思维活动,根本上改善对疼痛的看法和态度。

上述干预后,患者疼痛评分降至 1~2 分,下床活动量大于 2h/d,每晚睡眠时间大于 6h,HAMD 评分 15 分,减分率 25.0%,提示干预有效。

3.4 胃排空障碍期间的心理护理和营养管理

3.4.1 药物联合聚焦解决模式改善患者抑郁

患者并发胃排空障碍初期,情绪变化并不明显。

在接受 1 周治疗后,由于症状改善不明显,患者再度出现抑郁情绪,HAMD 评分 23 分。消化科医生会诊后,加用氟哌噻吨美利曲辛片口服,该药物不仅具有稳定心境、抗抑郁的作用,还能促进患者胃肠道症状的缓解^[17]。心理科医生指导护士运用聚焦解决模式^[18]改善患者情绪。①描述问题。当患者表达“我每天都靠机器输营养液,要姐姐一刻不离的照顾,像个废人”时,引导患者正确认识胃排空障碍是任何个体在行胰十二指肠切除术后都有可能发生的,只要配合治疗就会好转。以关注和引导的方式提问:“以往遭遇不顺时,你是如何调整心态的?”②构建具体可行的目标。和患者一起探讨奇迹:“如果你明天早上醒来,发现自己的不适症状消失了,你会做什么?”以患者的描述作为前进目标:“顺利吃下东西,自理日常生活,减轻姐姐的照顾负担。”③探讨例外。“你曾经发生过消化不良吗?用什么方法可以改善?”当患者提出想借助活动促进胃排空时,护士予以充分肯定,并提供步行器和移动肠内营养输注泵,方便患者进行力所能及的洗漱、如厕、散步等日常活动,增加自身效能感。④给予反馈。及时称赞患者所获得的进步:“最近你的下床活动时间增加了,胃液引流量减少了”“你病情好转了,你姐姐这几天笑容也多了”。⑤评价进步。使用刻度化提问:“假如你期望的状态是 10 分,之前的状况是 3 分,那么现在的状况是几分?”一旦分值提高,就给予赞扬,鼓励患者继续朝着“经口进食、康复出院”的目标前进。干预 15d 后,HAMD 评分 12 分,减分率 47.82%,提示干预有效。

3.4.2 营养评估与护理

合理的营养支持是胃排空障碍患者康复的重要条件^[19]。营养师制定等氮等热量肠内营养方案,每日提供总能量为 105 kJ/kg,护士做好相关护理。①每周测量患者体重和皮下脂肪厚度,评估患者营养状况的变化趋势。静脉使用胰岛素降血糖期间,每 2 h 监测血糖,血糖目标值设置为 11.7 mmol/L。遵医嘱每隔 1 d 复查血清钾,血清钾目标值维持在 4 mmol/L。②指导患者每日早、中、晚咀嚼无糖口香糖 20 min。通过模仿进食动作刺激咽部感受器,通过迷走神经反射引起胃体肌肉及胃底肌肉舒张,对抗由于胃动素的作用引发的移行性运动,缓解胃肠道的不良反应^[20]。液

中的溶菌酶、IgA、硫酸盐、乳铁蛋白等还具有抑菌作用,有利于保持口腔清洁^[21]。入院后第 25 天,经鼻肠管交替注入 5% 葡萄糖氯化钠溶液及短肽型肠内营养混悬液,入院后第 27 天过渡到全量短肽型肠内营养混悬液。入院后第 29 天,患者出现轻度腹泻,遵医嘱予枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊、复合乳酸菌胶囊口服后好转。肠内营养期间,患者血糖波动在 8.8~13.6 mmol/L,血清钾波动在 3.76~4.13 mmol/L,出院前体重上升 3kg,各项营养恢复正常。

3.5 实施延续性护理,保障患者居家安全

出院前,护士与患者家属共同制订家庭照护计划,重点做好下列健康教育。①患者出院后搬至姐姐家同住。家属保管药物,每天协助患者服药到口。每月到肝胆外科、心理科门诊复查。一旦出现情绪、言行改变,恶心呕吐、腹部不适、发热等异常,及时就诊。②教会患者和家属掌握血糖测定方法及胰岛素笔的使用方法。③发放《出院健康教育手册》,内含此次诊治经过、出院后注意事项、随访内容、主管医生和随访医护人员的联系方式、科室微信公众号等,鼓励患者及家属配合长期随访管理。患者出院后的随访频率为出院后 1 周、2 周、4 周、6 周、8 周,此后每 2 个月进行电话随访。出院后 5 个月的随访结果:患者情绪稳定,日常参与社区手工编织坊,已经接受辅助化疗,无明显化疗不良反应发生。

4 建议

抑郁是癌症患者最常见的心理危机^[22]。与其他癌症相比,胆总管下段癌相关性抑郁具有发生率高、症状重的特点,早期发现和正确干预具有重要的临床意义^[23]。本例患者抑郁情绪贯穿围手术期,呈现出不同的表现形式,加大了护理难度。对此,护士依托多学科团队,整合不同的心理干预模式和支持资源,有计划、分阶段地实施心理护理。在入院初期,唤起患者的求生欲望、加强安全管理是重点;手术后,采用认知行为疗法改变患者关于疼痛的不正确认知,增强自我控制感;并发胃排空障碍期间,在药物治疗的前提下,应用聚焦解决模式,激发患者的内在潜能,找到建设性的解决方案,整个护理过程体现了一种更为积极和尊重患者的心理干预模式,促进患者身心康复。

参考文献

- [1] 张颖. 癌症患者抑郁状态的研究现状[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(15): 2017-2021.
- [2] Panagiotarakou M, Gupta A, Syrigos K, et al. Use of supportive care for symptom management in pancreatic cancer: application of clinical research to patient care[J]. JOP, 2012, 13(4): 342-344.
- [3] Fazal S, Saif MW. Supportive and palliative care of pancreatic cancer[J]. JOP, 2007, 8(2): 240-253.
- [4] 杨玉兴, 魏品康, 权元文, 等. 消化系统癌症并发抑郁症发病情况及相关因素分析[J]. 中华老年器官疾病杂志, 2014, 13(3): 200-204.
- [5] 翁美芳, 王惠琴. 癌症相关抑郁的补充替代治疗研究进展[J]. 护士进修杂志, 2015, 3(9): 786-789.
- [6] 中华医学会肿瘤学分会胰腺癌学组. 胰腺癌多学科综合治疗协作组专家共识[J]. 中华肿瘤杂志, 2013, 35(5): 398-400.
- [7] 叶振伟, 王在国, 林志强, 等. 胰十二指肠切除术后胃癌的诊治策略[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2012, 4(1): 18-20.
- [8] Parmar AD, Sheffield KM, Vargas GM, et al. Factors associated with delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy[J]. HPB (Oxford), 2013, 15(10): 763-772.
- [9] 孙媛媛, 谢军, 鲍健, 等. 癌症患者疼痛与抑郁的相关分析[J]. 安徽医学, 2013, 34(9): 1283-1284.

(下转第 192 页)



首先根据患者肺部状态、切口状态等确定感染位置,血液、痰液、切口引流物及时送检确定病原菌,怀疑中枢感染时需行腰穿检查脑脊液内细菌。怀疑尿路感染,静脉导管感染时需及时拔除引流管并将导管送检。治疗上首先使用广谱抗生素处理,同时予以全身营养支持,待病原学检验结果明确后更换针对性抗生素^[15],中枢感染时需使用能够穿过血脑屏障的抗生素。严重肺部感染患者需严密监测患者呼吸功能,必要时进行人工辅助通气。严重切口感染患者必要时予以再次手术清创。

患者术后立刻出现肢体感觉、运动功能较术前明显减退,首先应排除切口血肿可能。应观察切口和引流管状态,确保切口无红肿、引流通畅,必要时再次手术清创,去除血肿。若排除切口血肿,应考虑术中脊髓神经受损伤可能。需根据医嘱予以脱水、糖皮质激素和神经营养治疗^[12]。密切检测患肢感觉、运动功能变化情况,定期翻身预防压疮。嘱患者自行尝试活动躯体,予以被动活动、按摩,预防深静脉血栓。

4 讨论

脊椎椎管内肿瘤是常见的骨和神经系统肿瘤类型,此类肿瘤通常为良性,以压迫周围神经为主要症状。手术切除是最直接有效的治疗方法。然而此类手术无可避免地需要在脊髓神经周围进行操作,故术中周围神经的牵拉骚扰是该类手术最常见的附带损伤,也是造成患者术后出现相关并发症的主要原因^[6]。

椎管内肿瘤手术切除的主要术后并发症包括:一过性的肢体躯干疼痛、麻木;脑脊液漏、感染以及长程或永久性的肢体感觉运动功能损伤。大约 40% 的患者在术后可能出现相关并发症,对于这些并发症的处理因人而异,但需做到及时发现,及时处理,避免病程拖延。

根据我们的经验,感觉过敏、脑脊液漏和早期感染在大多数情况下可以通过有效的治疗和护理措施得到痊愈,而重度感染或瘫痪在目前的治疗、护理手段下预后并不令人满意。可能的原因包括重症感染患者本身营养状态极差,全身脏器功能均减退,病原菌多为耐药菌种,普通抗生素治疗效果不佳,同时少部分中枢神经系统感染早期便可导致严重症状,对患者颅脑功能可能产生永久性影响。而术后瘫痪患者在排除切口血肿后,大多数原因在于术中脊髓神经结构性受损,此类损伤在术后保守处理时恢复效果不佳,故患者术后神经功能恢复大多不理想。今后仍需要对相关病种进行更加系统地分析,以获得更为科学有效的治疗、护理

方法。

参考文献

- [1] 沈林,范益民,刘晓东.椎管内肿瘤与脊柱稳定性[J].中华神经创伤外科电子杂志,2017,3(06):369-72.
- [2] 厉庆德.椎管内肿瘤 107 例临床分析[J].陕西肿瘤医学,2002,(02):110-1.
- [3] 王旭,袁翠华,刘寿坤,陈继良.综合手术治疗原发性椎管内肿瘤[J].吉林医学,2009,30(23):2967-8.
- [4] 管理勤.椎管内肿瘤的治疗与术后护理进展[J].解放军护理杂志,2011,28(13):33-4+7.
- [5] Liu JX, Zhou HZ, Yang SH, et al. Clinical analysis of 73 cases of intraspinal nerve sheath tumor. J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci 2013; 33(2): 258-61.
- [6] 石艳丽,王新新,任利培,王琼琼,赵芳芳.36 例椎管内肿瘤护理体会[J].中国农村卫生,2014,(15):73.
- [7] Zong S, Wu Y, Tao Y, et al. Treatment results in different surgical approaches for intraspinal tumor in 51 patients. Int J Clin Exp Med 2015; 8(9): 16627-33.
- [8] 汤博,赵宇.颈椎单开门后路术后脑脊液漏合并中枢感染一例报道[J].中华骨与关节外科杂志,2017,10(05):438-41.
- [9] 雍海荣,潘丽英,汤云.颈段椎管内肿瘤的围术期护理[J].临床护理杂志,2006,(05):34-5.
- [10] 艾红珍.脊柱术后硬膜外血肿的观察与护理[J].护士进修杂志,2010,25(02):176-7.
- [11] Sarro A, Rampersad YR, Lewis S. Nurse practitioner-led surgical spine consultation clinic. J Adv Nurs 2010; 66(12): 2671-6.
- [12] 青格勒泰,张俊义,王新亮.糖皮质激素在神经外科中的应用及展望[J].疾病监测与控制,2012,6(02):84-6.
- [13] 丰岩清,罗柏宁,张成,et al. 脑脊液漏致自发性低颅压综合征的诊断和治疗(1 例报道及文献复习)[J].中国神经精神疾病杂志,2004,(06):460-1+84.
- [14] 郭晓山,郑进佑,张长松.脊柱骨折手术后脑脊液漏合并感染的治疗(附 10 例报告)[J].中国矫形外科杂志 2002,(09):42-4.
- [15] 何鱼,权正学.脊柱手术术后感染防治中抗菌药物的应用[J].重庆医学,2012,41(35):3772-4.

(上接第 190 页)

- [10] Wente MN, Bassi C, Dervenis C, et al. Delayed gastric emptying (DGE) after pancreatic surgery: a suggested definition by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) [J]. Surgery, 2007, 142(5): 761-768.
- [11] 张洪领,杨春敏.功能性消化不良的脑肠轴机制研究进展[J].实用医学杂志,2010,26(17): 3265-3266.
- [12] 杜家文,宁武,裴东坡,等.胰十二指肠切除术后胃排空障碍危险因素的 Logistic 回归分析[J].中华肝胆外科杂志,2009,15(5): 365-367.
- [13] 贾林,尚鸳鸯,江舒曼,等.胰腺癌患者抑郁症状与生存质量的关系[J].中华医学杂志,2009,89(26): 1847-1849.
- [14] 喻东山.减分率公式的修正[J].临床精神医学杂志,1995(1): 7.
- [15] 翟西菊,李瑞卿.奥氮平治疗肿瘤相关性抑郁与焦虑的效果分析[J].临床肿瘤学杂志,2014,19(5): 435-438.
- [16] Ligthart L, Visscher CM, van Houtem CM, et al. Comorbidity among multiple pain symptoms and anxious depression in a Dutch population sample[J]. J Pain, 2014, 15(9): 945-955.
- [17] Keohane J, Quigley EM. Functional dyspepsia: the role

- of vis-ceral hypersensitivity in its pathogenesis[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(17): 2672-2676.
- [18] 骆宏,叶志弘,王菊香.聚焦解决模式在临床护理中的应用[J].中华护理杂志,2007,42(6): 568-569.
- [19] Kollmar O, Sperling J, Moussavian MR, et al. Delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy: influence of the orthotopic technique of reconstruction and intestinal motilin re-ceptor expression[J]. J Gastrointest Surg, 2011, 15(7): 1158-1167.
- [20] Parnaby CN, MacDonald AJ, Jenkins JT. Sham feed or sham? A meta-analysis of randomized clinical trials assessing the effect of gum chewing on gut function after elective colorectal surgery[J]. Int J Colorectal Dis, 2009, 24(5): 585-592.
- [21] Craciunas L, Sajid MS, Ahmed AS, et al. Chewing gum in pre-venting postoperative ileus in women undergoing caesarean section: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials[J]. BJOG, 2014, 121(7): 793-799.
- [22] 吴俊兰,肖菊香.癌症相关性抑郁的发生机制[J].现代肿瘤医学,2011,19(2): 380-382.
- [23] 江舒曼,贾林,尚鸳鸯,等.广州地区胰腺癌相关抑郁症的临床发病状况调查[J].中华胰腺病杂志,2012,10(1): 18-20.