

急性胰腺炎在临床实践中的护理思维及护理措施

罗仙梅

双江自治县人民医院 云南双江 677300

〔摘要〕目的 探讨分析在临床实践中针对急性胰腺炎的护理思维模式及护理措施。方法 选取本科 2018 年 1 月至 2019 年 4 月收治的急性胰腺炎患者 109 例为研究对象, 将其临床资料进行性回顾分析, 总结临床实践中的护理思维及护理措施。结果 本组 109 例患者罹患合并基础疾病 58 例 (其中合并脑梗塞 1 例、胆囊结石伴慢性胆囊炎 4 例、高血压 38 例、高血糖 38 例); 发生酒精戒断综合征 4 例; 发生病情加重 1 例; 入院后使用头孢哌酮舒巴坦钠 104 例, 疑似并发双硫仑样反应 1 例; 腹腔间隔室综合征 0 例。结论 本组患者均能及时落实预见性评估, 给以相应的治疗及护理措施, 好转 106 例, 入住 ICU1 例; 转院 2 例, 死亡 0 例。在临床实践中针对急性胰腺炎患者采用护理思维模式及时采取护理措施能够有效提高治疗效果和护理质量, 提升患者对护理的满意程度。

〔关键词〕急性胰腺炎; 临床实践; 护理思维; 措施

〔中图分类号〕R473.5 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 03-151-02

急性胰腺炎是临床上较为常见的急腹症, 是由于胰蛋白酶的自身消化作用所引起的炎症反应, 临床表现为腹痛、腹胀、恶心等症状, 同时伴有多种并发症, 可造成多器官功能障碍, 具有发病急促、病情发展变化迅速、反复发作、病死率高等特点。护理思维是指护理人员开展工作的思维方式, 是根据医学理论、临床经验及实际情况, 采用比较、归纳、分类等方法, 制定科学、合理的护理方案, 最大限度地提高治疗效果和护理质量^[1]。本次研究着重对急性胰腺炎的护理思维模式及护理措施在临床实践中的应用进行了总结, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 基本资料

选取本科 2018 年 1 月至 2019 年 4 月收治的急性胰腺炎患者 109 例为研究对象, 将其临床资料进行性回顾分析, 病情变化发生率 2.8%; 患者中男性 91 例, 女性 18 例; 年龄 25-81 岁, 平均年龄 (44.6±3.6) 岁。

1.2 结果

本组 109 例患者罹患合并基础疾病 58 例 (其中合并脑梗塞 1 例、胆囊结石伴慢性胆囊炎 4 例、高血压 38 例、高血糖 38 例); 发生酒精戒断综合征 4 例; 发生病情加重 1 例; 入院后使用头孢哌酮舒巴坦钠 104 例, 疑似并发双硫仑样反应 1 例; 腹腔间隔室综合征 0 例。所有患者均能及时落实预见性评估, 给以相应的治疗及护理措施, 好转 106 例, 入住 ICU1 例; 转院 2 例, 死亡 0 例。

2 护理思维及护理方法

2.1 护理思维

(1) 护理人员根据急性胰腺炎对患者的影响, 以较大的影响问题等作为主要护理问题, 通过检索全文资料, 收集实证资料进行分析, 并制定相应的对策, 确定最佳的护理方案, 结合目前的护理资源与患者的心理制定个体化的护理方案。①急性胰腺炎患者因禁食、体力消耗过大而营养无法及时补充导致体质虚弱, 体重减轻。②常规护理患者半卧位, 长期半卧位导致皮肤受压, 易造成骶尾部皮肤损伤, 同时还可能出现腹胀、静脉栓塞并发症。③临床实践缺乏准确的疼痛测量工具, 无法很好的评估疼痛, 因此只有在患者需要时才给予止痛药物, 但疼痛会引起患者心理、生理方面的反应, 如造成忧郁、焦虑与生命体征波动等。(2) 提出主要的护理问题: 包括病情评估及监测; 营养支持及静脉补液、用药护理; 疼痛护理; 心理护理; 胃肠减压护理、管道护理。

2.2 具体护理措施

①病情评估及监测: 评估健康史、尤其了解有无长期大量及

近日饮酒情况, 对酒精戒断综合征的发作、使用抗生素防止发生双硫仑样反应作出预见性评估, 当胰腺炎处于进展变化的早期阶段时, 其严重程度需要根据每天状况不断再次评估, 推荐再次评估时间点为入院后 24h、48h 以及第 7 天。这样, 胰腺炎的严重程度能够及时修正, 而治疗护理方案也能及时调整。密切观察患者病情发展变化情况, 严密监测生命体征, 按照护理方案实施有预见性的护理措施, 防止病情持续恶化和发生并发症。执行医嘱给予抗生素进行抗感染治疗、抑制胰液分泌、胃肠减压、解痉止痛治疗、纠正水电解质紊乱、采用体内营养支持方式维持各种脏器功能。

②营养支持及静脉补液、用药护理: 营养支持禁食期间给予肠外营养支持。轻型急性胰腺炎一般 1 周后可开始进食无脂低蛋白流质, 并逐过渡至低脂饮食。重症急性胰腺炎待病情稳定、淀粉酶恢复正常、肠麻痹消失后, 可通过空肠造瘘管行肠内营养支持, 并逐步过渡至全肠内营养及经口进食。在病人行肠内肠外营养支持治疗期间, 需注意有无导管性、代谢性或胃肠道并发症的发生。静脉补液严密监测生命体征, 观察神志、皮肤黏膜温度和色泽, 监测水电解质、酸碱平衡情况; 准确记录 24 小时出入水量, 必要时监测中心静脉压及每小时尿量。发生休克时迅速建立静脉输液通路, 补液扩容, 尽快恢复有效循环血量。重症急性胰腺炎病人易发生低钾、低钙血症, 应根据病情及时补充, 维持水、电解质及酸碱平衡, 预防并治疗低血压, 维持循环稳定, 改善微循环。医嘱使用敏感、能通过血胰屏障的抗生素控制感染。用药护理遵医嘱使用质子泵抑制剂、H1 受体阻滞剂、生长抑素或胰蛋白酶抑制剂, 抑制胰腺分泌^[5]。③疼痛护理: 患者对疼痛要及时反馈, 护理人员要了解并评价患者的疼痛, 一方面消除患者对疼痛的恐惧, 并采用辅助减痛方式缓解患者疼痛。例如保持正确的姿势减少腹部肌肉紧张, 绝对卧床休息, 降低机体代谢率, 增加脏器血流量, 进而加速组织修复以及体力的恢复。对患者背部进行按摩, 指导患者分散注意力等方法分散对疼痛的注意力。遵医嘱给予解痉、镇痛处理, 吗啡可引起 Oddi 括约肌张力增高, 需谨慎使用, 对于剧痛辗转难安的患者要注意防止坠床, 保证安全。④心理护理: 由于胰腺炎发病突然、发展迅速、病情凶险患者容易产生恐惧心理, 由于病程长, 病情反复及治疗费用等问题, 病人易产生悲观消极情绪。为病人提供安全舒适的环境, 了解感受、安慰、鼓励并讲解治疗和康复知识, 可使病人以良好的心态接收治疗。⑤胃肠减压、管道护理: 部分患者伴有腹腔高压 (IAH): >12mmHg 或 16cmH₂O 潜在腹腔间隔室综合征 (ACS): >20mmHg (27cmH₂O) 并伴有新发的器官功能不全或衰竭。根据患者病情, 急性期必要时可以通过

插入胃管吸取胃液的方式进行胃肠减压,避免胰腺受到胃液的刺激抑制胰液的分泌,减轻胰腺负担,降低腹腔内压力。注意患者腹痛腹胀缓解情况,注意保持胃管通畅,胃肠减压期间做好患者口腔护理,咳嗽、打喷嚏时需要把握住胃管,避免脱落,导致非计划性脱管。同时注意无菌操作,预防感染。

3 讨论

护理思维包括直觉性思维、发散性思维、批判性思维和循证性思维等方式,是根据患者所患疾病的特点、病情严重程度、具体情况及临床护理经验,对护理问题和要点进行分析、归类、循证,从而制定有针对性的、有预见性的、个性化的护理方案,最大限度降低护理风险,有效提高治疗效果^[2,3]。急性胰腺炎具有发病急、变化快、病情严重等特点,容易引起各种并发症,导致多种器官和功能迅速出现衰竭,引起患者休克甚至死亡。在临床护理过程中,护理人员应当充分发挥护理思维的特点和作用,加强对患者的观察和监护,根据临床表现和体征对可能出现的并发症作出预判,并及时采取有效措施进行处置,最大限度降低发生不良事件的风

险^[4]。本次研究结果显示,本组患者均能及时落实预见性评估,给以相应的治疗及护理措施,好转 106 例,入住 ICU 1 例,转院 2 例,死亡 0 例。

综上所述,在急性胰腺炎患者的临床护理中采用护理思维模式,能够有效提高护理质量和水平,在有效提高治疗效果的同时提升患者及家属对于护理的满意程度,具有非常显著的临床应用效果。

【参考文献】

- [1] 章春霞.探究临床护理路径在急性胰腺炎患者的应用效果[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(33):36-37.
- [2] 吴金毅.急性重症胰腺炎护理中循证护理的临床效果[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(26):112+117.
- [3] 陈秋菊.循证护理在重症急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].中国继续医学教育,2018,10(14):187-188.
- [4] 赵化芹.临床护理干预在急性胰腺炎患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(23):98-100.
- [5] 李乐之、路潜.外科护理学.人民卫生出版社:575

(上接第 148 页)

如表 2 所示,护理前,两组 SF-36 评分较接近,差异不显著($P>0.05$);护理后,在 SF-36 评分升幅比较上,研究组较参照组明显,且差异显著($P<0.05$)。

3 讨论

考虑到慢性荨麻疹患者出现是瘙痒症状与其心理情绪具有密切关系,近些年临床上已开始将心理护理作为慢性荨麻疹患者的治疗过程中的一项重要环节。虽然,通过心理护理可让护理人员掌握患者的情绪变化情况,采取针对性的措施对患者心理心理进行疏导,从而实现改善患者负性情绪的过程^[4],但部分患者缺乏对疾病与自身病情的了解,在疾病反复发作的情况下不仅会影响患者的生活质量,而且也会反复引发患者的负性情绪,因此我院在细节化护理管理中通过健康教育帮助患者了解疾病特点与注意事项等,加强患者对疾病的认知后促进其护理积极性的提高,同时针对患者出现的瘙痒症状进行相应处理,可缓解临床症状给患者带来的不适感^[5],让患者生活质量得到有效的提高。此次研究

数据显示,护理前,两组 SAS 评分与 SF-36 评分较接近,差异不显著($P>0.05$);护理后,在 SAS 评分降幅与 SF-36 升幅比较上,研究组均较参照组明显,且组间数据差异显著($P<0.05$)。由此可见,予以慢性荨麻疹患者细节化护理管理与心理干预,可显著改善患者内心状态,有效提高生活质量,具有优良应用效果。

【参考文献】

- [1] 褚学斌.细节化护理管理配合心理干预对慢性荨麻疹患者负性情绪及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(11):83-85.
- [2] 徐敏.综合护理干预对慢性荨麻疹患者心理状态及生活质量的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,38(01):124-124.
- [3] 许瑶.探讨个性化护理干预对慢性荨麻疹患者的疗效[J].临床医药文献电子杂志,2018,v.5;No.260(47):94.
- [4] 李慧慧.探讨个性化护理干预对慢性荨麻疹患者的护理效果[J].中国现代药物应用,2018,12(23):146-148.
- [5] 陈丽梅.个性化护理对提高慢性荨麻疹患者护理质量的影响分析[J].中外医疗,2018,v.37(09):142-144.

(上接第 149 页)

术患者进行对比分析,结果显示,观察组患者术后并发症发生率 20.00% 明显低于对照组 45.00% ($P<0.05$),与本文的研究结果一致^[4]。在本次研究中,两组患者分别使用常规护理和综合护理干预,并对两组患者的 VAS 评分、并发症发生率进行对比。结果表明,观察组在进行综合护理干预后,VAS 评分为(5.7±1.2)分,明显低于对照组(8.6±1.8)分($P<0.05$);此外,观察组患者的并发症发生率 6.06%,也优于对照组 39.39% ($P<0.05$),说明综合护理干预的应用效果更为明显。

综上所述,在经尿道前列腺电切术中实施综合护理干预,可以减少患者的疼痛症状和并发症发生率,值得推广。

【参考文献】

- [1] 左涛.综合护理干预对经尿道前列腺电切术后患者的临床效果观察[J].临床医药实践,2017,26(8):630-632.
- [2] 孙渝.综合护理干预对经尿道前列腺电切术后并发症的影响[J].医学信息,2016,29(7):176-177.
- [3] 李红梅,姚丽娟,张倩.综合保温措施在老年患者经尿道前列腺电切术中的应用[J].实用临床医药杂志,2014,18(20):73-76.
- [4] 张红剑,莫伊丽,韩子华,等.综合护理干预在经尿道前列腺等离子电切术中的应用及效果评价[J].中国医药导报,2014,11(7):126-128.

(上接第 150 页)

的改善痰多、咳嗽、气喘等状况,排除外邪侵入的可能性,可适当进行健康教育,患者在后续依从度较高,自我的防治意识较强,缩减了反复的可能性,使得患者的慢性支气管炎情况得到遏制,提高了护理的效率。

【参考文献】

- [1] 曲桂媛.舒适护理在慢性支气管炎护理中的应用探讨[J].中国卫生标准管理,2016,3(2):253-254.

[2] 黄桃.舒适护理在老年慢性支气管炎住院患者输液中的应用[J].中国医药指南,2014(36):275-276.

[3] 潘金霞.舒适护理在老年慢性支气管炎患者中的应用体会[J].医学信息,2014(8):280-281.

[4] 唐惠.舒适护理在慢性支气管炎护理中的应用价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(98):217-218.

[5] 赵淑花.浅析舒适护理在慢性支气管炎护理中的应用价值[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(15).