

# 一例胰头癌胰十二指肠切除术的护理体会

陈玉娟

浙江省桐乡市第一人民医院 浙江桐乡 314500

**【摘要】目的** 探讨胰十二指肠切除术术后的观察与护理对策。**方法** 选取我科 2019 年 11 月 19 日行胰十二指肠切除术的患者一例, 护理重点加强术后监测及观察, 及时准确应用生长抑素针, 进行持续性有效的引流管护理, 并予支持肠内营养治疗, 对术后疼痛的正确治疗。**结论** 加强对胰十二指肠切除术患者的严密观察及护理, 可以减少胰瘘的并发症, 降低病死率。

**【关键词】** 胰头癌; 胰十二指肠术后护理

**【中图分类号】** R473.73

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 ( 2020 ) 02-062-02

胰头癌是起源于胰头部的恶性程度极高的消化肿瘤。胰腺恶性肿瘤中我们通常所说的胰腺癌是指胰腺的外分泌肿瘤, 它约占胰腺恶性肿瘤的 90% 以上, 占全身恶性肿瘤的 1%-2%, 近年来我国内外发病率均有明显增加的趋势。胰腺癌恶性程度高, 发展迅速, 不易早期发现, 切除率低和预后差为本病的特点。胰十二指肠切除术是一种手术范围大, 创伤很大, 时间长, 吻合口多的腹部手术, 要切掉胃原单位的一部分, 切掉胆管的一部分, 切掉十二指肠, 切掉空肠的一部分, 重建三个吻合口, 是治疗胰头癌, 胆总管下段癌, 壶腹周围癌, 十二指肠恶性肿瘤等的主要手术方式之一。[3] 我们基层医院对一例胰头癌患者进行精心护理, 患者逐渐康复, 现将护理体会汇报如下:

## 1 临床资料

患者, 女, 65 岁。因“腰背部疼痛 2 月伴上腹部胀痛半月”, 门诊拟“胰腺肿瘤”, 于 2019 年 11 月 12 日 09 时 38 分收住入院。入院后全腹部包括盆腔 CT 增强扫描: 1. 胰头部占位伴肝内外胆管、胰管扩张及胆囊增大, 考虑胰头癌 2. 肝脏及右肾多发小囊肿考虑。上腹部 MR 增强: 胰腺钩突部异常信号, 胰腺癌考虑, 伴肝内外胆管及胰管扩张, 建议 CT 增强检查对比。胆囊增大。肝脏及右肾数个囊肿。完善术前讨论, 术前准备, 予 11 月 19 日在全身麻醉下行胰十二指肠切除术。术后诊断: 胰头癌侵犯肠系膜上动静脉、腰椎退行性变。术后转 ICU 病房进一步治疗。病情稳定后予 11 月 22 日转入我科继续治疗。带入腹腔引流管 2 根, 留置导尿, 胃肠减压, 鼻空肠营养管, CVC 各一根, 生长抑素稀释液微泵 4ml/h 维持。复查 2019-11-23 11:27 淀粉酶 (胸腹水): 淀粉酶 (胸腹水), 797U/L; 2019-11-23 11:05 血常规: 白细胞,  $9.5 \times 10^9/L$ , 血红蛋白, 102g/L, 患者诉滴注百普利后感腹胀不适, 故今日停用百普利, 嘱米汤空肠营养管内注入。11 月 30 日鼻饲流质, 停用生长抑素, 改用奥曲肽皮下注射。12 月 6 日停右侧腹腔引流管。12 月 8 日停左侧腹腔引流管, 停胃管及鼻空肠营养管。12 月 5 日-7 日患者主诉感腰背部疼痛, 遵医嘱予消炎痛栓塞肛后好转。复查血常规: 白细胞,  $6.9 \times 10^9/L$ , 血红蛋白, 133g/L, 淋巴细胞%, 17.7%, 单核细胞%, 5.1%, 中性粒细胞%, 72.2%, 红细胞,  $4.26 \times 10^{12}/L$ , 血小板计数,  $355.0 \times 10^9/L$ ; 201 白蛋白, 42.0g/L, 白球蛋白比例, 1.8, 丙氨酸基转移酶, 6U/L, 天门冬氨酸基转移酶, 12U/L, 尿素, 1.7mmol/L, 肌酐,  $57 \mu\text{mol}/L$ , 尿酸,  $123 \mu\text{mol}/L$ , C-反应蛋白, 8.21mg/L。12 月 10 日患者主诉感下腹痛, 予 Q12H 口服羟考酮。现患者术后第 20 天, 腹部切口拆线愈合好, 体温正常, 大便通畅, 主诉感腰背部疼痛及下腹部胀痛, 继续予补液止痛治疗。

## 2 护理

### 2.1 术前护理

2.1.1 向患者及家属介绍术前准备的意义, 相关内容和术后相关的注意事项等, 积极配合医生完善各项术前准备, 术前准备完成备血, 各类药物过敏试验, 手术区域皮肤准备等。

2.1.2 术前 1d 改进食流质食物, 术前禁食水 6-8 小时, 术前一晚及术晨行肠道准备。

### 2.2 术后护理

2.2.1 严密监测生命体征: 术后在患者回病房后, 对其积极进行心电监护, 保证低流量吸氧 24-48h; 密切观察患者神志, 精神, 生命体征等的变化并准确记录, 去枕平卧 6h, 头偏向一侧, 准确记录 24 小时出入量。

2.2.2 伤口及引流管的护理: 观察腹部体征, 伤口敷料, 腹带包扎情况, 如有异常及时汇报医生。[4] 术后观察所有引流管情况, 确保引流通畅并固定妥善; 同时观察引流液的颜色, 性质, 量的变化, 每日更换引流袋。留置导尿期间应进行会阴护理 2 次/d。[2]

2.2.3 呼吸道及皮肤护理: 保持呼吸道通畅, 及时有效彻底的清除呼吸道分泌物, 有痰不易咳出的患者, 可以给予雾化吸入, 2 次/d; 定时翻身叩背, 鼓励患者做深呼吸, 进行有效咳嗽, 利于呼吸道分泌物的排除。禁食期间做好口腔护理。观察皮肤情况, 保持床单位干燥平整, 定时翻身, 防止压疮的发生。

### 2.2.4 并发症的观察及护理

2.2.4.1 腹腔内出血: 胰十二指肠切除术, 因手术范围非常大, 另一方面吻合口又多, 发生腹腔内出血的几率很大, 所以在早期对腹腔引流液的性质和量需要进行密切地观察。

2.2.4.2 应激性溃疡: 术后 5-7d 最易出现应激性溃疡, 术前指导患者做好充分的准备, 术后积极给予患者充分的营养支持和代谢调理, 尽最大的努力降低应激程度和增加组织修复能力; 根据患者具有病情选择合适的生长抑素。

2.2.4.3 胆瘘: 术后如果有胆汁发生异常地减少, 腹腔引流液有明显增多并含有胆汁样液体, 同时还伴有腹痛腹胀, 恶心发热等临床表现时, 需考虑有胆瘘发生可能。此时需要注意保持引流管通畅, 使吻合口的皮肤处于完全无菌的状态。

2.2.4.4 腹腔感染: 胰瘘, 胆瘘, 腹腔渗血等引流不畅会造成术后腹腔感染, 对腹腔感染的处理宜以预防为主, 协助患者取半卧位休息或者间歇坐位以利引流, 更换引流袋时应严格无菌操作, 保持敷料干燥, 合理应用抗生素。

2.2.4.5 胃排空延迟: 术后 10d 以后患者仍不能规律进食, 进食后出现饱胀感, 胃纳差, 需继续进行胃肠减压缓解, 可能与手术, 胰瘘, 腹腔感染, 电解质紊乱等有关, 应积极配合

(下转第 66 页)

感受更为优质。

综上所述,老年心绞痛患者中运用护理干预可以有助于患

者负面焦虑抑郁情绪的改善,同时有助于优化患者的生活质量,整体恢复情况更为理想。

表 2: 患者护理后生活质量评分情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

分组	角色功能	身体功能	心理功能	社会功能	认知功能
观察组	83.17±5.46	81.59±4.38	78.62±3.22	65.73±2.08	76.59±4.35
对照组	68.29±4.30	71.56±3.50	61.97±3.01	55.74±3.17	68.24±3.29

注: 两组对比,  $p < 0.05$

参考文献

[1] 苟红霞. 护理干预对老年心绞痛患者心理状态的影响分析[J]. 饮食保健, 2017, 4(25):261-262.  
 [2] 叶秋梅. 预见性护理干预对老年冠心病心绞痛患者生活

质量及不良情绪的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(7):72-74.  
 [3] 何先玲, 陈琳, 吕渊等. 护理干预对老年心绞痛患者心理状态的影响[J]. 饮食保健, 2018, 5(6):108.  
 [4] 王莹, 梁颖玲. 观察应用护理干预对改善老年心绞痛患者心理状态的实践效果[J]. 养生保健指南, 2018, (44):214.

(上接第 61 页)

向家属及陪护讲解引起腹泻的原因并掌握预防的方法指导留取异常粪便标本的正确方法, 让家属认识鼻饲引起肠内营养与腹泻的有关问题, 给予心理上的安慰。

3 小结

腹泻患者肛周皮肤的护理与管理是一个长期且连续的过程, 影响腹泻的因素有很多, 对于长期腹泻的患者需进行全面评估, 查找腹泻的原因, 从根本上治疗腹泻, 在掌握腹泻患者如何进行皮肤管理及肠内营养支持的基础上, 配合临床

上一系列的治疗与护理措施, 促进肛周皮肤愈合, 如何做好此类患者的护理, 值得我们进一步思考与学习, 才能为患者提供最有效, 最合适的个性化护理方案。

参考文献

[1] 徐归燕, 何卫民. 腹泻病人的观察与护理[J]. 国外医学(护理学分册), 2001, 20(5): 199—200.  
 [2] 曹来安, 碱性成纤维细胞生长因子修复表皮创面的临床观察[J]. 中国修复重建外科杂志, 2000, 14:, 319-321

(上接第 62 页)

配合医生去除病因, 给予营养支持, 注意观察胃肠减压引流液的颜色, 性质和量。

2.2.4.6 药物积极止痛: 羟考酮为阿片受体纯激动剂, 对脑和脊髓的阿片受体具有亲和力。镇痛作用无封顶效应, 仅受限于其不能耐受的副作用。作为一种新型的强阿片类镇痛药, 镇痛效果确切, 口服安全性高, 不良反应轻微。

3 结果

术后患者情绪良好积极配合治疗, 一般情况好, 体温正常, 切口愈合好, 主诉无腹痛腹胀, 无恶心呕吐等, 大小便无殊, 择日出院。

4 小结

胰十二指肠切除手术复杂, 创伤大, 不仅对医生的手术技术要求高, 而且对护士的观察和护理要求也很高; 所以充分

的做好术前准备, 提高患者对手术的耐受性; 加强术后的观察和护理, 及时发现病情变化, 给医生提供最早, 最准确的信息, 正确进行术后处理, 可预防和减少并发症, 提高治愈率。总之, 做好术前术后的护理, 保证手术顺利实施, 减少术后并发症, 使患者顺利健康出院。

参考文献

[1] 吴红霞. 胰十二指肠切除术后胰瘘患者的观察及护理[J]. 医学信息, 2013.26(8)  
 [2] 唐丽贾环. 胰头癌手术病人的护理研究[J]. 饮食保健, 2017.4(13)  
 [3] 彭薇. 胰十二指肠切除术围手术期的护理[J]. 医学信息, 2012.25 (4)  
 [4] 王丽丽. 胰十二指肠切除术后并发症的观察及护理对策[J]. 当代医学, 2008.141

(上接第 63 页)

者身体免疫力, 可促进呼吸道内分泌物排除, 配合呼吸训练, 有助于促进患者呼吸功能改善并可降低病情复发率<sup>[5]</sup>。

此次研究中, 干预后干预组患者 FVC、FEV<sub>1</sub>/FVC 以及 PEF 等肺功能均优于参考组,  $P < 0.05$ 。综上所述, 为接受雾化吸入治疗的支气管扩张症患者提供综合护理干预肺功能改善效果更佳。

参考文献

[1] 杨艳霞, 杨文春, 钟萃. 支气管扩张症患者的临床治

疗与护理措施[J]. 保健文汇, 2018, (3):15, 19.  
 [2] 夏晴. 76 例支气管扩张症患者的临床护理体会[J]. 中外女性健康研究, 2016, (2):125-126.  
 [3] 平晋林. 120 例支气管扩张症患者的临床治疗与护理分析[J]. 医学信息, 2016, 29(8):182-183.  
 [4] 杨方. 支气管扩张合并大咯血 36 例临床护理体会[J]. 饮食保健, 2016, 3(9):61-62.  
 [5] 董爱琴. 支气管扩张症患者的临床护理及效果评价[J]. 中外女性健康研究, 2017, (20):138, 140.

(上接第 64 页)

参考文献

[1] 魏妮. PDCA 护理模式在凶险性前置胎盘(PPP)剖宫产中的应用价值分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35(27):167, 170.  
 [2] 吴嘉慧, 王敏. PDCA 护理模式在凶险性前置胎盘剖宫产中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2019, 26(3):242-245.  
 [3] 叶文馨, 余幼芬, 贺琰等. PDCA 护理方式应用于凶险

型前置胎盘护理对患者并发症及妊娠结局的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(19):3434-3436.  
 [4] 章苗芽. PDCA 循环路径对剖宫产产妇产褥期康复效果的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(9):1256-1259.  
 [5] 霍耀芳, 李艳, 刘进等. PDCA 循环管理对剖宫产产妇产褥期生理机能及精神状况的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(19):108-109.