

一例胰腺癌术后并发 3C 型糖尿病患者的护理

孟爱侠

沛县人民医院普外二科 江苏徐州 221600

〔摘要〕目的 总结 1 例胰腺癌行全胰十二指肠切除术后并发胰源性(3C 型)糖尿病患者的护理经验。方法 术后重视 3C 型糖尿病患者生命体征的观察和护理,根据血糖数值动态监测,及时调整胰岛素剂量,采取针对性护理措施,早期预防并积极处理并发症的发生。注重患者饮食知识宣教,加强营养支持护理,促进切口早期愈合。结果 患者术后经过血糖测试及多次调控胰岛素剂量,对高血糖、低血糖及酮症酸中毒原因进行充分分析,并做好患者及家属的健康宣教工作,血糖水平得以有效控制。充分保护术后切口,密切观察引流液及性质,遵医嘱使用抑制胰酶药物应用,无胆瘘、胰瘘发生。于术后第 27 天患者康复出院。结论 对胰腺癌术后并发 3C 型糖尿病患者进行综合护理,能有效促进该疾病的恢复,并大大提高了该类患者术后血糖控制与临床护理水平。

〔关键词〕胰腺癌术后; 3C 型糖尿病; 护理

〔中图分类号〕R473.5 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2021)03-091-02

1 临床资料

患者丁素玲,女,49 岁,住院号:2020044103,因“上腹部疼痛半月余伴皮肤巩膜黄染”于 2020 年 10 月 15 日收治入院。彩超示:1. 阻塞性黄疸 2. 胰头占位伴胰管扩张;CT 示:1. 胰头癌 2. 肝内胆管及胰管扩张;入院诊断:胰腺肿瘤、梗阻性黄疸。患者自发病以来纳差、小便黄,大便呈白陶土样,体重减轻约 5 公斤,电解质紊乱严重,肝功能不正常。入科后予护肝、去黄、止吐、补充电解质、营养支持等对症治疗,患者症状逐渐好转,转氨酶、胆红素下降。遂定于 10 月 25 日 08:00 在全麻下行“剖腹探查备胰腺十二指肠切除术”,术中探查胰腺头端肿块和肠系膜浸润,即行全胰十二指肠切除术,术后病理示:胰腺导管腺癌,病理分期:T4N0M0。术后转 ICU 继续治疗,当天患者即出现胰源性高血糖、低血压、精神萎靡、酸碱平衡紊乱等症状;经对症治疗于 11 月 3 日转入我科,该患者术后经过生命体征的观察、3C 型糖尿病的观察和护理、并发症的监测与护理、切口护理、营养支持及饮食护理,于术后 27 天康复出院。

2 生命体征的观察

①患者术后入 ICU 予重症监护,全麻插管、呼吸机辅助呼吸,每 1 小时监测血压、血糖变化,准确记录 24 小时出入液量,做好基础护理。②转入普通病房后给予心电监护持续监测生命体征,每 2 小时测体温、脉搏、呼吸、血压 1 次。尤其是心跳速率变化,防止患者出现低血糖继发性昏迷。③观察患者腹部体征、有无腹痛、腹胀、腹膜刺激征等症状;注意腹部切口有无渗血渗液,指导患者避免剧烈咳嗽,可双手协助按压伤口轻轻将痰液咳出,防止刀口裂开,使用腹带外固定。④关注引流管内液体的颜色、量、性状,每 2 小时挤压一次引流管,防止堵塞,同时做好护理记录。⑤观察患者有无饥饿感、心悸、多汗、及性格行为改变等症状,监测生化指标及血气分析,防止低血糖及酮症的发生。⑥患者于术后第 12 天停心电监护,期间生命体征平稳,未出现相关并发症。

3 3C 型糖尿病的观察和护理

3.1 血糖的监测与护理

全胰腺切除术引起的胰源性糖尿病具有其独特性。既

往研究提示 25% 全胰腺切除术后患者血糖波动大、难控制,可出现阶段性的高低血糖交替主要发生在围术期及胃肠功能尚未恢复时。因此,胰腺癌术后血糖的监测是重中之重。

①患者术后当日测随机血糖(GLU)值:16.1mmol/L,遵医嘱给予测 GLU q1h 并及时记录。予胰岛素 10U 皮下注射,效果差。改为生理盐水 50ml+胰岛素 50U 输液泵持续泵入,及时根据 GLU 值调整泵入速度。②术后第 1 日测空腹血糖(FBG)值:17.69mmol/L,通知医生,测 GLU q1h。继续予生理盐水 50ml+胰岛素 50U 输液泵持续泵入。③术后第 2 日测 FBG 值:14.27mmol/L,因其泵入生长抑素有抑制内分泌作用,改为三升袋中 36U 24 小时持续输注。④术后第 9 日测 FBG 值:8.62mmol/L,次日转普通病房治疗。⑤术后第 11 日测 GLU q2h,胰岛素 8U 三餐前皮下注射 tid,其最低 GLU 值:6.2mmol/L,最高 GLU 值:13.8mmol/L。⑥术后第 12 日,改为胰岛素 10U 三餐前皮下注射 tid,停测 GLU q2h,此剂量维持治疗,至术后第 18 日,患者期间出现两次低血糖,最低 GLU 值:2.7mmol/L,遂请内分泌科会诊,后改为重组甘精胰岛素 10U 皮下注射 qn、重组赖脯胰岛素早 6U、中 6U、晚 4U 皮下注射直至出院。

3.2 并发症的监测与护理

3.2.1 胰瘘、胆瘘的护理

①术后严密监测患者生命体征变化,全麻清醒取半卧位,观察腹部体征、刀口敷料渗出情况,遵医嘱记录出入量。②观察腹腔引流管的颜色、量和性状,术后 1 周警惕胆瘘、胰瘘的发生。若患者突发腹部剧痛,腹腔引流管或伤口流出清亮液体时警惕胰漏的发生;若引流液呈黄绿色胆汁样,常提示胆瘘。③遵医嘱禁食、胃肠减压,使用生长抑素 3mg 24 小时持续泵入。乌司他汀 10 万 U 静脉推注 q8h。④注意无菌操作,及时更换敷料,保护瘘口周围皮肤。⑤遵医嘱补充水分及电解质,维持内环境稳定。⑥该病人术后第 25 天腹腔引流出黄色浑浊液体 200ml,取引流液化验显示:淀粉酶 29.3U/L,无特殊意义。

3.2.2 低血糖的护理

①患者于术后第 12 天 20:45 出现大汗、心慌、胸闷,测 GLU 值:2.7mmol/L,立即给予方糖 4 块口服,并予心理

支持, 30 分钟后患者上述症状缓解。②及时与患者及家人一起分析低血糖发生的原因, 告知患者低血糖比高血糖危害性更大, 并加强低血糖知识相关宣教, 对于低血糖发作后血糖仍 $\leq 5.6\text{mmol/L}$ 时, 补充适量蛋白质, 可选择牛奶 (150 ~ 180ml) 或全麦苏打饼干 (30g, 约 4 块)。避免选择糖果、蜂蜜等升糖指数高而维持时间短的食物, 预防低血糖复发。③通知医生及时调整胰岛素剂量, 并加大血糖监测力度并保证其准确度。④指导患者按时按量进餐, 不可因担心血糖降低而盲目进食。⑤患者术后第 18 天再次出现低血糖, 能及时发现早期症状并自行处理。

3.2.3 高血糖的护理

①患者术后血糖不稳定, 术后第 2 天, 最高 FBG 值: 17.69mmol/L , 后经多次胰岛素反复调适, 血糖逐渐降至正常。②严密观察患者有无口干、头痛、头晕、嗜睡等症状, 与家人讲解酮症酸中毒的发生时, 患者因为非常软弱, 往往不能自救, 多需家人、朋友或邻居的帮助。如果神经清晰的患者可协助其大量饮水, 以纠正严重脱水促进排尿, 一般每 30 分钟喝 800 ~ 1000ml 白开水或淡盐水来补充水分, 促进尿酮体排出。③通知医生及时调整胰岛素剂量, 补充水分和电解质,

维持体内酸碱平衡。

4 小结

胰腺导管腺癌恶性程度极高, 肿瘤相关死亡率逐年上升。尽管外科手术技术不断提高, 但患者术后的 5 年生存率仍低于 30%。目前临床主要采用全胰腺切除术进行治疗, 此类人群术后出现 3C 型糖尿病血糖波动幅度大, 易出现反复低血糖。术后并发症与血糖水平密切相关, 因而良好的血糖控制对于提高患者生存率至关重要。由于此类患者术后血糖调控困难, 胰岛素剂量过高易发生低血糖, 胰岛素剂量过低, 易发生高血糖, 诱发酮症酸中毒、刀口不愈合等并发症。因此, 血糖调控和胰岛素的使用是本文的重点和难点。

[参考文献]

- [1] 张钜, 邹方, 陈梅福. 胰腺外科手术术式的进展 [J]. 国际外科学杂志, 2016, 43(6): 408-411.
- [2] 苏松, 徐茂锦, 李兆申. 胰源性糖尿病最新研究进展 [J]. 中华胰腺病杂志, 2016, 16(3): 214-216.
- [3] 李俊琦, 刘煜. 糖尿病低血糖处理后的效果观察及原因分析 [J]. 中国实验诊断学, 2013, 17(8): 1507-1508.

(上接第 89 页)

护理前两组患者焦虑、抑郁程度无统计差异 ($P > 0.05$); 护理后患者焦虑、抑郁情况明显改善, 统计有差异 ($P < 0.05$), 详见下表。

表 1: 依从性评估

组别	依从性高	一般	差	评估有效率
对照组	21 例	10 例	3 例	61.8%
观察组	33 例	1 例	0 例	97.1%
χ^2	—	—	—	12.95
P	—	—	—	0.00

表 2: 心理状况

组别	焦虑		抑郁	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	16.9 ± 3.2	11.6 ± 2.9	14.4 ± 3.7	10.7 ± 2.2
观察组	17.2 ± 3.4	9.5 ± 1.2	15.2 ± 4.1	7.3 ± 1.1
t	0.37	3.90	0.84	8.06
P	0.70	0.00	0.40	0.00

3 讨论

(上接第 90 页)

2.2 患者护理满意度情况

见表 2 所示, 在患者护理满意率上, 观察组 97.44%, 对照组 84.62%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 患者护理满意度情况 [n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	39	24 (61.54)	14 (35.90)	1 (2.56)	97.44%
对照组	39	15 (35.00)	18 (46.15)	6 (15.38)	84.62%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

黄斑裂孔视网膜脱离护理工作, 要充分考虑疾病风险带来的患者身心压力感, 尤其是患者的恐惧压力, 会导致治疗配合度不佳, 干扰治疗恢复工作的进行。要做好认知与心理建设, 提升其整体康复治疗信心。细节处理上, 要考虑个体差异,

恶性肿瘤对人类健康和生命安全威胁严重, 虽然化疗能够控制患者病情发展, 但化疗也会带来严重的毒副作用, 降低患者生活质量和治疗依从性, 同时也会引发严重的焦虑、抑郁、恐惧情绪。常规护理管理并不能够针对患者情绪、心理以及生活进行管理, 而综合护理则不同, 其能够更好的照顾患者生理、心理状态, 结合患者具体需求制定针对性干预计划, 管理主动性更强, 能够帮助患者更好的认识疾病和化疗管理, 进而能够提升患者护理依从性。在本次研究结果中可见, 观察组患者化疗后依从性评估有效率高于对照组, 患者焦虑、抑郁情绪改善程度更理想, 证明开展综合护理干预更有利于提升患者化疗依从性, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 张岩. 综合护理干预对恶性肿瘤患者化疗依从性、生活质量、心理状况的影响 [J]. 中国医学创新, 2020, 17(18):102-105.
- [2] 熊艳兰. 护理干预对恶性肿瘤患者化疗依从性和生活质量及心理状况的影响 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(24):141-142.

针对不同情况设定对应的护理方案, 由此保证实际操作中能够有灵活应对的处理, 提升整体的恢复质量。

总而言之, 黄斑裂孔视网膜脱离中采用整体护理可以有效地提升其视力水平, 提高视网膜复位率, 患者对护理工作的满意度也更高。

[参考文献]

- [1] 庄玲玲. 黄斑裂孔视网膜脱离的整体护理 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(12):91.
- [2] 黄倩. 黄斑裂孔视网膜脱离的整体护理 [J]. 医学食疗与健康, 2019(1):105-106.
- [3] 姜安丽. 整体护理对玻璃体切除联合硅油填充治疗视网膜脱离术的效果观察 [J]. 河北医药, 2019, 41(2):307-310.
- [4] 王佳, 郭晓梅. 视网膜脱离患者围术期采用护理干预的效果分析 [J]. 健康之友, 2019(18):270-271.