

1例Whipple术后胆瘘合并胰瘘应用造口袋患者的护理体会

杨 莉

关键词:胆瘘;胰瘘;造口袋;护理;Whipple术

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1006-6411(2012)10-0130-02

胆汁或者含有胆汁的液体持续通过非正常途径流出称为胆瘘^[1]。胆瘘是Whipple术后常见并发症,发生率约为15%,表现为胆管引流量突然减少,自引流管流出大量胆汁,或腹壁切口溢出胆汁样液体^[2],严重者可出现化学性腹膜炎。胆瘘常合并革兰氏阴性杆菌和厌氧菌的合并感染,引流物具有特殊的恶臭,提示厌氧菌感染^[3]。胰瘘也是外科Whipple术后常见并发症。胰腺组织较脆,胰腺切除术中切割与缝扎都可造成腺泡与导管的损伤,致使胰液外溢。漏出的胰液可以腐蚀临近脏器,并发腹腔内感染,形成经久不愈的瘘口^[4]。胰瘘和胆瘘可导致患者发热、疼痛、不能进食、液体大量流失、营养严重缺乏,从而使术后恢复时间延长及生存质量下降,同时增加患者的经济负担和护士的护理工作量。2011年9月本病房收治1例十二指肠肠癌行Whipple术的患者,术后第14天出现胰瘘合并胆瘘,经病房护士精心合理的护理,患者恢复良好,效果满意。现将护理体会报告如下。

1 病例介绍

1.1 一般资料

患者,男性,55岁,工程师,30余年前曾因“舌下腺囊肿”行“囊肿切除术”。冠心病病史4年,因“急性心肌梗死”行急诊PCI置入一枚支架(位置不详),术后遵医嘱规律服用波立维1年,长期服用阿司匹林、倍他乐克、辛伐他汀。大便习惯改变5个月,阵发性腹痛4个月,加重并发现贫血3个月,行无痛电子小肠镜检查示:十二指肠恶性肿瘤,低分化腺癌。于2011年9月9日入住本院,并于2011年9月21日行Whipple术。术后第14天患者“T”管引流量为0 ml,腹腔引流管引流(粗/细)500/50 ml,引流液有恶臭味,空肠引流管引流0

ml。切口有少量渗出,每日常规换药。术后第17天患者已拔除空肠引流管,“T”管引流量0 ml,腹腔引流管引流(粗/细)600/0 ml。引流物细菌培养示:铜绿假单胞菌。行上消化道造影示胆肠吻合口处“T”管部分脱出。其情况提示患者出现胆瘘。术后第21天“T”管引流0 ml,腹腔引流管引流(粗/细)450/10 ml。切口渗出较前减少,今日给予腹腔引流管细管给予拔除后,腹腔引流液流出约20 ml淡绿色液体,无臭味,给予放置16F导尿管给予引流,给予“T”管外撤出2 cm。术后第22天体温最高达37.5℃,16F尿管:370 ml,粗管:20 ml。查体:心肺无阳性体征,腹部引流管周有压痛,无反跳痛,肠鸣音弱。术后第23天体温最高达37.5℃,16F尿管:50 ml,患者粗管引流较差给予更换引流管,确保引流通畅,给予置入14F导尿管。查体:心肺无阳性体征,腹部引流管周有压痛,无反跳痛,肠鸣音弱。腹部B超示:腹部有少量积液。术后第24天14F引流管:0 ml,16F引流管:50 ml,淡绿色液体,无臭味。查体:心肺无阳性体征,腹部引流管周轻压痛,无反跳痛,肠鸣音弱。患者引流管周围有渗液,皮肤发红,有灼痛感,考虑有胰瘘发生,其漏出液腐蚀皮肤所致,注意给予皮肤保护,确保引流通畅。伤口换药,引流管周涂抹氧化锌软膏。术后25 d患者引流管周渗出液较多,伤口换药,引流管周给予涂抹氧化锌膏。从引流管周围有渗液后患者无大便,小便正常,但是因上腹部不适和引流管周围皮肤疼痛夜间经常醒来,醒后难以入睡,睡眠时间不足3 h。值班医生根据患者疼痛情况间断应用止痛药吗啡10 mg肌注。术后第26天14F引流管:100 ml,16F引流管:0 ml,淡绿色液体,无臭味。引流管周渗出液较多。查体:心肺无阳性体征,腹部引流管周轻压痛,无反跳痛,肠鸣音弱。伤口评估:患者右上腹肋缘下有14F和16F导尿引流管各一根,管口周围有纱布覆盖,纱布有95%被渗出液湿透。揭开纱布可见管口周围皮肤破损、红肿,灼痛明显。整个伤口约为6 cm×6 cm大小,皮损处于二期,约2 cm×2 cm大小,基底粉红色,有少量渗出。

1.2 治疗方法

工作单位:100021 北京 中国医学科学院肿瘤医院腹部外科第三病房

杨莉:女,本科,主管护师

收稿日期:2012-03-17

此患者病情特殊,不但患有抑郁症,而且自缢后继发癫痫,然而癫痫持续状态是高压氧治疗的相对禁忌症,但高压氧能针对继发性癫痫的各种原因进行治疗^[5]。国内不少报道也肯定了高压氧治疗对继发性癫痫的疗效^[5-6],所以权衡利弊,应用药物先控制发作并尽早行高压氧治疗,同时备好急救药物。患者需要连续性治疗,为确保治疗的连续性,高压氧治疗的护理是十分重要的,及时有效的护理可以减轻或消除各种不适,减少并发症,增加患者依从性,确保高压氧治疗顺利进行并取得最大效果。一方面要仔细观察病情,准备舱内用药;另一方面要切实做好舱内安全工作,以达到临床预期的目的。通过本例患者的救治与护理,笔者体会到认真观察和分析病情,积极落实完整、有效的护理措施,是治疗成功的关键,是患者康复的重要保证。

参 考 文 献

- Hunt RC. Oxygen tension in the globus pallidus and neurostriatum of unanesthetized rats during exposure to hyperbaric Exp-Neurol[J]. Oxygen, 1978, 62: 689.
- 吴钟琪. 高压氧临床医学[M]. 长沙: 中南大学出版社, 2003: 143.
- 欧惠娟, 尤丽芳, 庄小珍, 等. 脑中风患者的高压氧治疗及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(1): 18-19.
- 李温仁. 高压氧医学[M]. 上海: 上海科技出版社, 1998: 122-124.
- 翁其彪, 王宏隽, 陈玲珍, 等. 100例儿童癫痫的高压氧治疗疗效观察[J]. 临床脑电学杂志, 1993, 2(3): 41.
- 吴建国, 蒋峰, 胡爱珍, 等. 高压氧综合治疗脑外伤性癫痫的疗效观察[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2000, 7(1): 54-55.

(本文编辑:曹思军 张 平)

去除渗出液后为防止进一步腐蚀管周皮肤,医护人员与其家属协商给予拔除引流管,在瘘口处安放康乐保Mc2000造口袋收集渗出液。使用康乐保Mc2000造口袋收集患者引流口处渗出液,解除了渗出液对周围皮肤的刺激,加之皮肤保护膜的缓冲作用促进了皮炎的愈合。经医护人员精心护理,患者恢复良好。

1.3 结果

1.3.1 睡眠改善,疼痛明显减轻,焦虑缓解 应用造口袋当晚患者夜间只醒来2次,随后2 d睡眠质量进一步改善,夜间只醒1次,睡眠时间可达7~8 h。患者主诉疼痛明显减轻,不需要应用止痛药物,第3天时患者疼痛感基本消失。随着患者局部和全身状况的好转,能主动和家属沟通交流并可以下床活动,主诉不再担心瘘口疼痛的问题。从根本上缓解了患者及家属的焦虑情绪。

1.3.2 皮肤保护良好 每日准确记录造口袋内引流液量及颜色,颜色为淡绿色无臭味,最多180 ml,以后逐渐减少。如此经过20 d的精心护理,最终患者瘘口周围皮损消失,皮肤颜色逐步恢复正常,瘘口正常愈合并摘除造口袋,患者及家属都表示对瘘口护理效果满意。

2 护理

2.1 心理护理

患者行胰腺Whipple术创伤大,又出现了术后并发症胆瘘、胰瘘,卧床时间长,病情恢复慢。患者及家属都难以接受,出现了焦虑、紧张、抑郁等情绪,对病体康复缺乏信心。此时护士应及时和患者及家属沟通,告知他们胰瘘和胆瘘的机理和对机体可能产生的影响,同时应让他们知道经过及时有效的处理可尽快缓解引流渗出液引起的疼痛。向他们解释虽然少数胰瘘恢复时间较长(3~6个月),但只要加强营养积极配合治疗,最终是可以治愈的。使患者和家属消除焦虑、恐惧心理,提高患者的自我护理能力。

2.2 刺激性皮炎及造口袋护理

用无菌生理盐水纱球将瘘口周围皮肤擦洗干净,再用无菌纱布擦干,在皮损处涂一层薄的康惠尔造口护肤粉,约20 min后在伤口表面涂一层皮肤保护膜,可将渗出液与皮肤隔离开。选择康乐保Mc2000一件式造口袋,便于及时观察渗出液的颜色与量也便于打开排放。在造口袋的背面剪一开口,其直径与瘘口直径相当。先向袋内吹入少量空气,然后除去内圈护肤佳粘胶部分的保护纸,将造口袋平整地粘贴在瘘口周围已经护理过的皮肤上,再除去外圈部分一半的保护纸,将粘贴部分平整地贴在皮肤上,另一半重复此过程。保留小凸耳上的保护纸,拉着小凸耳慢慢撕下造口袋。封闭造口袋下端,将随带的封夹向身体方向卷4~5周,然后折叠封夹两端并扣紧。护士每日开放造口袋1次,倒出渗出液。瘘口处每隔一日予以换药和更换造口袋,并观察引流管口周围皮肤的恢复情况。

2.3 营养支持护理

胰瘘和胆瘘的患者常有不同程度的营养障碍,多因胰液和胆汁外漏,长期感染消耗及禁食造成蛋白丢失,水电解质紊乱。常规给予完全胃肠外营养(TPN),患者有空肠营养管同时给予肠内高营养。TPN使基本营养物质和各类微量元素、电解质制剂等按比例配制成全营养混合液(TNA),混合在乙烯-醋酸乙烯酯共聚物(EVA)的三升袋里一同输入^[4]。营养液的配制在无菌层流室内由专业药剂师完成,从而减少了细菌污染的机会。肠内营养(EN)从发生胰瘘第14天开始只从空肠营养管内缓慢滴注5%GNS500 ml,患者无不适反应,遂从第2天开始给予肠内营养乳剂(TPF-D)即瑞代2袋+

5%GNS缓慢滴注。EN可改善和维持肠道黏膜细胞结构与功能的完整性,维持肠道机械屏障、化学屏障、生物屏障、免疫屏障功能,防止细菌移位^[4]。营养物质经门静脉系统吸收输送至肝内,使代谢更符合生理特征,有利于肝脏合成蛋白质和调节代谢^[4]。将TPN与EN同时使用可达到互补的作用。患者安放造口袋后第3天下床活动时测量体重比入院时下降10 kg,在同时合理营养支持后至患者出院时体重无下降。

2.4 药物护理

为抑制胰液分泌,患者因需要下床活动,因此采取醋酸奥曲肽(力尔宁)0.2 mg皮下注射Q8h。同时为控制患者感染,严密监测体温变化,根据情况间断给予注射用美罗培南(卓捷)0.5 g静脉滴注Q8 h。每日观察造口袋内引流液量减少的情况,同时患者体温逐渐恢复正常,至造口袋摘除时无引流液,体温为36.3℃。这些显示药物减少胰液分泌和控制感染有效。

3 讨论

胆胰外瘘患者由于胆汁、胰液不断渗出,尤其胰液中含有消化酶对皮肤有很强的腐蚀性,可导致瘘口周围皮肤红肿、破损,发生接触性皮炎。负压吸引是胆、胰外瘘患者主要的护理措施之一,但仍很难避免渗出液流至瘘口周围引起皮肤潮红、糜烂甚至溃疡,尽管已经对患者采取了涂抹氧化锌等油剂保护,但效果不显著,并需经常更换敷料及被单。这无疑增加了病房护士的护理工作量和患者的痛苦和经济负担。患者受到引流液异味的困扰和因皮肤受到浸渍而致糜烂甚至溃疡的痛苦,导致睡眠质量极差。鉴于患者是少量胆胰外瘘者,本科利用开口小,便于引流和观察等特点的康乐保Mc2000造口袋单独为患者收集渗出液,不仅可预防逆行感染,而且可解除渗出液对周围皮肤的刺激,同时方便患者活动。对于周围皮肤的处理,本科利用现代伤口湿润愈合理论选择造口护肤粉代替传统纱布,既能吸收少量渗出液,免受细菌感染,又保持了伤口湿润愈合环境,促进了伤口愈合。康惠尔造口护肤粉含羧甲基纤维素钠(CMC),其覆盖的伤口表面能防止神经末梢的暴露和死亡,减轻患者疼痛,且其渗出液为酸性有利于杀灭入侵细菌从而减少感染的发生。皮肤保护膜涂抹后形成一层透明薄膜,具有防水功能,能阻止渗出液对皮肤的刺激。Mc2000造口袋内圈是护肤佳粘胶,此种粘胶含水胶体保护剂成分,它具有良好的粘贴性又具有很强的吸水性,它可以保持创面低氧张力,慢性组织缺氧是毛细血管增生的一个强刺激源,同时有利于坏死组织和纤维蛋白溶解,使伤口保持清洁,得到更好的灌注,有助于伤口愈合。最终患者疼痛解除,睡眠质量显著提高,焦虑状态缓解同时生活质量明显提高,并且在治愈患者胰瘘和胆瘘的同时减轻了病房护士的护理工作量和患者的经济负担。通过此例病例的护理为今后临床护理工作提供了指导意义。

参 考 文 献

- 1 梁力建,罗时敏.胆瘘[J].中国实用外科杂志,2002,22(9):565~569.
- 2 曹俊华.25例胰、十二指肠切除术后并发症的预防与护理[J].中华护理杂志,2007,42(8):695~696.
- 3 谷凤珍,王茜.胰瘘患者的护理[J].中华护理杂志,1991,26(4):165.
- 4 张琦,严荣燧.胰十二指肠切除术后并发胰瘘12例营养支持与护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(3):38~39.

(本文编辑:曹思军 张 平)