

• 个案护理 •

1 例十二指肠壶腹部印介细胞癌病人的护理

Post-operative care of one case with duodenal ampulla mediated cell carcinoma

刘忠俊

Liu Zhongjun(First People's Hospital of Jingmen City Hubei Province, Hubei 448000 China)

中图分类号:R473.73 文献标识码:C doi:10.3969/j.issn.1009-6493.2010.28.044 文章编号:1009-6493(2010)10A-2627-02

胰、十二指肠肿瘤近年来的发病率逐渐上升,已成为我国人口死亡的十大恶性肿瘤之一。胰十二指肠切除术(Whipple 术)是治疗胰头癌、壶腹部恶性肿瘤包括胆总管下段癌、壶腹周围癌、十二指肠恶性肿瘤等的主要手术方法之一,手术切除范围包括胰头、远端胃、十二指肠、空肠上段约 12 cm、胆囊和胆总管,同时清除相关淋巴结,再行肝总管、胰、胃与空肠重建消化道^[1]。该手术复杂,创伤大,并发症多,病死率高^[2]。2009 年 7 月我科成功治愈 1 例十二指肠壶腹部肿瘤行胰十二指肠切除术后胰瘘并发腹腔感染出血、迟发性胆瘘、胃肠吻合口瘘的病人。现报道如下。

1 病例介绍

病人,女,52 岁,因反复发热、进行性黄疸,上腹部隐痛不适于 2009 年 7 月 11 日入院。入院后行相关检查:胃镜提示十二指肠乳头处占位,MRI 提示十二指肠占位、胆总管扩张、胆囊肿大;黄疸指数、转氨酶明显升高。于 2009 年 7 月 19 日在全身麻醉下行胰十二指肠切除术,术后 8 d,病人因出现胰肠吻合口瘘并发腹腔感染、出血,再次开腹行吻合口修补+胆肠吻合口支架管引流+多根腹腔双套管冲洗引流术,此后病人又因胰瘘腐蚀再次出现迟发性胆肠吻合口瘘、胃肠吻合口瘘,通过腹腔双套管充分灌洗引流,抗感染、抑酶治疗及后期肠内营养对症支持治疗,病人胰瘘、胆瘘、胃肠瘘逐渐愈合,于 2009 年 10 月 24 日出院。

2 护理

2.1 心理护理 在护理过程中,护士要细心观察病人的情绪变化,掌握其心理动态,此手术创伤大、留置管道多,病程较长,病人均有不同程度的恐惧、焦虑情绪,护理人员进行任何护理操作中要表现出饱满的工作热情与积极乐观的情绪,同时与病人家属保持有效沟通,提高家属的支持水平,对其提出的疑问耐心解答,细致、认真地为其做各阶段健康教育。与家属一起共同对病人进行正性激励与积极暗示,使病人树立战胜疾病的信心,增进病人遵医行为。

2.2 病情观察 重视病人主诉及时发现病情变化,术后疼痛是手术病人术后较常见的主诉,护理人员可从病人主诉疼痛性质来细致分析,从而对病情观察起到辅助作用。如病人在术后 8 d 诉下腹部胀痛,夜间进行性加剧,值班护士结合切口敷料有渗血,心跳加快,负压引流管引流出血性液体增多等表现,及时向值班医生汇报,医生通过腹腔穿刺抽出褐色不凝血性液体,提示腹腔有出血,急诊彩色超声提示:腹腔大量积液,立即行手术治疗,护士重视病人的主诉严密观察病情变化,为医疗诊断及时提供信息。做好各项监测:①生命体征的监测,胰、十二指肠根治

术,因手术范围大,吻合口多,最易发生腹腔内出血,需严密监测血压、心率、尿量等的变化,及早发现先兆。术后要严密监测体温变化,区分术后吸收热与感染性发热。如病人术后 3 d 体温仍然超过 38℃,血液生化值超过正常值,应考虑有感染的发生,护理人员应严格各项无菌操作,及时正确使用抗生素预防感染。②血液生化监测,病人术后不同阶段(如术后感染期间,胆瘘、肠瘘后,行营养支持期间)均需严格监测水电解质变化和肝肾功能,进行血气分析,了解有无电解质紊乱、酸碱平衡失调,以便及时处理。24 h 尿氮、肌酐、电解质的测定可以了解病人氮平衡情况,以便及时调整营养支持量。③血糖、尿糖监测,Whipple 术后营养支持期间,监测血糖变化是重要观察内容之一。根据病情 8 h 测血糖 1 次,稳定后 24 h 测 1 次或 2 次,或 2 d 测 1 次。尿糖 6 h 测 1 次,平稳后 24 h 测 1 次或 2 次。如血糖高,可减少输入量或增加外源性胰岛素用量。

2.3 引流管的观察与护理 此病人先后两次手术,留置引流管较多,术后回病房带有胃肠减压管、胆肠吻合口支架管、左右上胰肠吻合口引流管、陶氏腔引流管、导尿管等管道。首先要保持各管道通畅,所有引流管管道固定稳妥,观察敷料渗液、渗血情况,严密观察引流液的颜色、性状、量。通过对各管道引流液的观察,早日发现并发症。特别注意腹腔引流液的情况。如单纯胰瘘为无色清亮黏液,若为浅黄色则提示有十二指肠瘘,若为绿色则同时有胆瘘。进行双套管负压吸引时,应特别注意保持有效引流。①吸引力度要适中,吸引力过小引流不充分,吸引力过大易损伤肠造瘘口,要根据双套管放置部位引流物黏稠程度来调节。一般为 0.02 MPa ~ 0.04 MPa。②保持引流通畅,由于引流出物黏稠或含有食物残渣,内套管和外套管侧孔常被堵塞,要及时清理。③记录每日引流量,为医师提供补液依据,观察和鉴别引流出物的性状,有时候瘘口难确定部位时,引流物可作为诊断参考。

2.4 瘘的护理 ①肠瘘:胃肠吻合口瘘多发生在术后 3 d ~ 7 d。与缝合不当,吻合口压力过大,组织血液供应不足有关。以贫血、低蛋白血症和伴组织水肿者易发生,表现为体温升高、上腹部疼痛及腹膜刺激征。本病人表现为迟发性肠瘘,于第 2 次手术后 6 d 出现引流液为褐色粪性,造影提示有造影剂溢出肠道,考虑病人术后严重感染及长期低蛋白血症得不到及时有效纠正导致肠瘘。因病人为高位肠瘘,在给予有效引流的同时加强营养支持。瘘口于 20 d 后愈合。②胆瘘:多发生在术后 5 d ~ 10 d,表现为发热,右上腹痛,胆汁性腹膜炎,胆肠引流管引流量减少,自引流管引流出大量胆汁,或腹壁切口溢出胆汁样液体^[3]。本病人于第 2 次术后 8 d 引流出胆汁样液体,引流液化

验胆红素,腹壁可见胆汁样渗液,做好瘘口周围皮肤护理,应保持瘘口周围皮肤清洁、干燥,及时换药,必要时涂氧化锌软膏或氯霉素锌氧油保护局部皮肤。

2.5 营养支持 营养支持是胃肠瘘病人主要治疗手段,它能有效改善肠瘘病人的营养状态,不仅增强机体免疫力,使感染易于控制,而且由于蛋白质合成增加,可促进伤口愈合^[4]。该病人在肠瘘早期,腹腔还存在严重的感染。营养支持以肠外营养(PN)为主,给予深静脉高价营养输入。进行PN时应注意:①输注时要合理安排输液计划,要按时、按量均匀完成输液量。输注营养液时速度过快易引起代谢并发症,过慢则完成不了一天的需要量。②输注过程中要严密观察病人反应,防止高血糖、氨基酸过敏、脂肪乳剂反应的发生。③做好深静脉置管的护理,防止感染及空气栓塞。

在腹腔感染控制后再置入空肠营养管实施肠内营养(EN)。进行EN时应注意:①浓度由低到高,量由少到多,循序渐进,同时减少PN直到全部转为EN。②最初速度20 mL/h~30 mL/h,适应后可达100 mL/h,营养液温度以37℃~40℃为宜。③密切观察肠内营养并发症,如腹泻、腹胀、恶心呕吐、肠痉挛,防止误吸,做好血糖监测以调整营养液种类及速度。④由于病人发生胆瘘,消化液大量流失,可将引流出的新鲜胆汁,以无菌纱布过滤后与营养液混合后同步输注,以促进营养液被充分消化吸收。⑤输注管道妥善固定,保持通畅,防止堵塞。

2.6 特殊营养物质的应用和护理 ①生长抑素的应用。生长抑素能抑制肠液分泌,促进合成代谢,利于蛋白质合成,可促进伤口、瘘口愈合^[5]。因其半衰期短,故需持续匀速缓慢微量输入。如用药过程中断3 min~5 min时应重新推注250 μg以保持疗效,停药时要逐渐减量,防止反跳现象。②输注血液制品的护理。由于该病人血型为RH阴性,在第2次手术后凝血因子缺乏合并严重低蛋白血症,根据病情在请血液科会诊后,给予输注大量RH阳性新鲜和冰冻同型血浆,在输注过程中要严密观察病人病情,防止不良反应发生。

参考文献:

- [1] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2003:610.
- [2] 彭淑牖,刘颖斌. 胰十二指肠肠切除术胰肠吻合口瘘的防治措施[J]. 临床外科杂志, 2004, 12(4): 199.
- [3] 曹伟新. 外科护理学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社, 2006: 222-341.
- [4] 黎介寿. 肠外瘘治疗[J]. 中华外科杂志, 2002, 40(2): 100-103.
- [5] 倪元红. 组合应用营养支持、生长抑素、生长激素治疗肠外瘘的护理[J]. 肠外与肠内营养, 2001, 8(1): 32-33.

作者简介 刘忠俊(1972—),女,湖北省荆门人,护士长,主管护师,本科,从事外科护理研究,工作单位:448000,湖北省荆门市第一人民医院。

(收稿日期:2010-04-24;修回日期:2010-09-11)

(本文编辑 孙玉梅)

康惠尔泡沫敷料用于膝部烧伤治疗 1例

One case with knee burns treated with Kanghui'er foam dressing

王贺青,刘丹

Wang Heqing, Liu Dan (3th Hospital of Tangshan City
Hebei Province, Hebei 063100 China)

中图分类号:R473.6 文献标识码:C

doi:10.3969/j.issn.1009-6493.2010.28.045

文章编号:1009-6493(2010)10A-2623-02

1 病例介绍

病人,女,73岁,为高血压脑出血术后恢复期病人,于2009年12月27日夜间接家属为其热水袋取暖时不慎烫伤膝部,水疱破溃,诊断为0.5%Ⅱ度烧伤。创面常规给予消毒清创后,用生理盐水将创面擦洗干净,无菌干纱布擦干,最后创面包裹覆盖康惠尔泡沫敷料,具体步骤如下:首先把泡沫敷料进行加工,在4个角的部位沿角平分线剪开3 cm开口,将病人膝部屈曲15°角,先粘贴敷料中心部位,再粘贴四个边角,将剪开得到的相邻两角适度重叠粘贴在病人膝部周围,这样病人烫伤的膝部就被敷料

紧密包裹,且不影响运动,敷料也不易脱落。在伤后第3天、第7天采用同样的方法进行换药,伤后11 d膝部烫伤创面上皮再生良好,无疤愈合。

2 讨论

重建或恢复皮肤屏障是烧伤治疗的最终目标,一个性能优良的创面覆盖物可暂时起到皮肤屏障功能的部分作用,提供一个有利于创面愈合的环境。康惠尔泡沫敷料具有良好的生物相容性,控制和吸收创面渗液,阻止细菌侵入,适合气体和水蒸气透过,提供良好的湿性愈合环境,保护新生组织,加速创面愈合。康惠尔泡沫敷料具有一定的黏性及弹性,随性好,病人运动受限不明显,敷料不易脱落。由于敷料不与创面粘连,在换药时减轻了病人疼痛,增加病人的舒适度。医护人员通过应用康惠尔泡沫敷料,减少了换药次数,减轻了医护人员的工作量。通过对康惠尔泡沫敷料的预先加工裁剪,使其更加适合关节部位的包裹覆盖。因此,康惠尔泡沫敷料在膝部的烧伤治疗中取得了满意疗效,值得临床推广应用。

作者简介 王贺青(1972—),女,护士长,主管护师,本科,工作单位:063100,河北省唐山市第三医院;刘丹工作单位:063100,河北省唐山市第三医院。

(收稿日期:2010-03-31;修回日期:2010-07-21)

(本文编辑 孙玉梅)