

一例急性高脂性重症胰腺炎的护理

Nursing Care of an Acute Hyperlipid Severe pancreatitis

杨萍 孔伟芳

Ping Yang Weifang Kong

南方医科大学第三附属医院
中国·广东 广州 510630
The Third Affiliated Hospital of Southern Medical
University,
Guangzhou, Guangdong, 510630, China

【摘要】回顾分析一例急性高脂性重症胰腺炎男性患者的临床资料,总结其护理方法。此患者因高脂血症引起急性胰腺炎改变,根据此患者的病情特点,重点做好感染控制、疼痛护理、心理护理及全程健康宣教等。经过 20 天的治疗护理,患者症状较前明显好转并出院。

【Abstract】The clinical data of a male patient with severe acute hyperlipidemic pancreatitis are retrospectively analyzed, and the nursing methods are summarized. According to the characteristics of the patient's condition, emphasis should be laid on infection control, pain care, psychological care and whole-course health education. After 20 days of treatment and nursing, the patient's symptoms are improved significantly and discharged from hospital.

【关键词】胰腺炎;高脂性;急性;护理

【Keywords】pancreatitis; hyperlipidemia; acute; nursing

【DOI】10.36012/pmr.v1i2.547

1 引言

急性胰腺炎(AP)是指由多种病因引起的胰酶激活,继以胰腺局部炎性反应为主要特征,伴或不伴有其他器官功能改变,是临床常见急危重症,且病因繁多。而高脂血症性胰腺炎(HLP)以血清三酰甘油(TG)升高为主,而与血清胆固醇无关,故又称为高三酰甘油血症性胰腺炎(HTGP)^[1]。与其他病因的AP相比,HLP的严重程度和并发症发生率更高,达10%~20%^[2],且严重的高脂血症是复发性胰腺炎和AP的独立危险因素,随着人们饮食结构及生活方式改变,HLP的发病率逐年上升,已成为引发AP的第二大病因,且预后差、易复发^[3],如果不能得到及时有效的救治,会导致多脏器功能不全及严重并发症,威胁到患者的生命。因此,探讨HTGP的有效治疗和护理方法,在临床中具有非常重要的意义。本院收治一例HTGP且伴有假性囊肿的患者,经过及时有效救治、精心的护理,患者救治成功。现将护理工作报告如下。

2 临床资料

2.1 一般资料

患者王某某,男,28岁,中上腹痛伴呕吐7小时于2017-03-10 16:00门诊拟以“急性胰腺炎”收治消化内科。入院时

T 36.8℃ P 88次/分 R 19次/分 Bp 140/90mmHg。患者神志清楚,对答切题,精神疲倦;皮肤巩膜无黄染;双肺呼吸音清;心率齐,各瓣膜未见杂音;腹膨隆,未见腹壁静脉曲张及胃肠型,腹软,中上腹压痛,全腹无反跳痛,肝脏未触及,移动性浊音阴性,肝肾区无叩痛,肠鸣音减弱,约1~2次/分,双下肢无浮肿。辅助检查:2015-9-2 我院腹部B超示:脂肪肝。2017-3-10 外院实验室抽血结果:白细胞 6.98*10⁹/L,中性粒细胞百分比 41.3%,淀粉酶 251U/L,氯 97mmol/L,甘油三酯 97.26mmol/L。

2.2 治疗

入院后给予CT、实验室、心电图、胸片等相关检查,给予禁食、胃肠减压、抗感染、抑酸、补液、降脂、降血糖等对症支持治疗。治疗过程中因中上腹部疼痛,曾予曲马多肌注后缓解。经20余天治疗后,患者症状较前明显缓解,改为流质饮食。从2017-03-24起病情持续平稳,于2017-03-30出院。

3 护理

3.1 疼痛护理

①体位与休息。协助患者取屈膝侧卧位,绝对卧床休息,降低机体代谢率及减轻疼痛。

②禁食禁水及胃肠减压。患者需禁食禁水1~2周,腹胀明

显时需行胃肠减压,以减少胃酸分泌,进而减少胰腺分泌,减轻腹痛和腹胀;做好口腔清洁,必要时润滑口唇和漱口。

③用药护理。胰腺炎引起的腹痛禁用吗啡,以防引起 Oddi 括约肌痉挛,加重病情;剧烈疼痛时可遵医嘱应用止痛药物曲马多或者哌替啶。应用降血脂药物(力平之,胰岛素组液泵入),应用玄明粉湿(干)敷^[4],观察用药后疼痛有无减轻,疼痛性质和特点有无变化,观察患者有无肛门排气和注意肠鸣音的强弱。

④运用疼痛评估量表评估患者腹痛发作的时间、频率以及腹痛发作的性质、部位和程度^[5]。

3.2 发热护理

①降温。体温高于 39 摄氏度时,给予冰袋降温及酒精擦浴,半小时后复测体温。

②加强对生命体征的观察。注意体温、脉搏、呼吸及血压变化,观察末梢循环及尿液情况,有无抽搐、休克等并发症。

③应用抗生素对症处理炎症问题。

④使病人舒服。安置舒服的体位让病人休息,保持周围环境安静,及时更换患者的衣物、床罩、床单。

⑤心理护理。安抚好患者,向患者讲解疾病相关知识,鼓励患者树立战胜疾病的信心,消除其恐惧、焦虑心理^[6]。

3.3 对患者活动无耐力的护理

与频繁呕吐导致失水、电解质丢失有关。

①生活护理:协助患者进行日常的生活活动,患者呕吐时应协助其坐起或侧卧,头偏向一侧,以免误吸;保持患者衣物整洁,去除异味。

②安全的护理:告知患者突然起身可能出现头晕、心悸等不适,指导患者动作应缓慢。

③预留家属,更好地协助患者日常生活。

3.4 预防体液不足

①严密观察患者病情,监测患者的生命体征,准确测量和记录每天的出入量、尿比重;观察患者有无软弱无力、口渴、神志不清等失水症状;动态观察实验室检查结果,如监测血、尿淀粉酶、血糖、血清电解质等。

②呕吐的观察和处理:观察患者呕吐的特点,记录患者呕吐的次数,呕吐物的性质、量、颜色、气味;遵医嘱给予止吐药,慢慢恢复正常饮食和体力。

③积极补充水分和电解质:禁食患者每天的液体入量常需达到 3000mL,建立有效静脉通路输入液体及电解质,维持有效循环血量,记 24h 出入量及时补充因呕吐、禁食所丢失的液体,纠正酸碱平衡失调。

3.5 预防并发症

①密切观察感染及假性囊肿及血糖控制的情况,预防出现由于机体防御功能严重失调,所致局部感染灶扩散到全身引起败血症;

②24h 的出入量显得尤为重要,少尿、无尿^[7]、氮质血症都是急性胰腺炎肾衰竭的前期表现;

③血糖的控制是胰腺炎患者治疗过程的一个重要环节,血糖高可使病情加重,甚至因中毒昏迷。

4 护理体会

本病起病急、发展快、病情危重,且患者有较长的高血脂病史,且对疾病预防以及预后缺乏认知和重视。根据患者以上特点,在整个护理过程中,抓住感染的预防控制、心理护理、疼痛护理、饮食指导等环节^[8],同时进行针对性健康宣教,经过 20 余天的治疗及护理,最终患者症状好转出院。但纵观此次治疗护理的全过程,仍发现了一些问题:①患者在胰腺炎得到控制,恢复流质饮食同时需控制血糖时的饮食护理出现严峻考验,如何让患者吃得安全健康美味,也给护理人员提出了思考;②对于胰腺炎并发症如假性囊肿的持续跟踪,定期监测予有效指导;③此患者入院时,甘油三酯高达 97.6mmol/L 自己全然不知,而且此次住院属于第二次复发,这提示人们要对此类患者进行院外跟踪随访,指导自我管理,从而减少复发。

参考文献

- [1]唐海军,鲁葆春,沈志宏.高甘油三酯血症胰腺炎的研究进展[J].肝胆胰外科杂志,2014,26(6):523-525.
- [2]中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺病杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会.中国急性胰腺炎诊治指南[J].中华消化杂志,2013,33(4):217-222.
- [3]马海云,郑亚民,李菲.高脂血症性胰腺炎研究进展[J].中华肝胆外科杂志,2014,20(12):909-912.
- [4]艾琼嘉.复发性急性胰腺炎的病因学研究新进展[J].内科,2015,10(6):809-812.
- [5]黄长亮.奥曲肽联合乌司他丁治疗急性胰腺炎疗效观察[J].临床研究,2019,27(3):110-111.
- [6]刘丽娜,林财威,王旭东,等.高脂血症性急性胰腺炎降脂治疗疗效分析[J].中国临床医生杂志,2015,43(12):33-34.
- [7]于齐宏,杜奕奇,李兆申.急性胰腺炎的治疗[J].中国胰腺病杂志,2013,13(1):55-58.
- [8]赵艳梅,菅志远,李玲,等.芒硝腹部热敷袋在重症急性胰腺炎患者中的应用效果观察[J].中华护理杂志,2016,51(10):1240-1243.