

28 例急性胰腺炎的临床观察及护理

杨菊兰

(云南省怒江州人民医院 673100)

中图分类号: R47 文献标识码: D

急性胰腺炎是指胰腺分泌的消化酶引起的胰腺组织自身消化的化学性炎症。临床主要表现为急性上腹痛、发热、恶心、呕吐血和尿淀粉酶增高,重症伴腹膜炎、休克等并发症。本科 1998 年—2005 年 10 月共收治了急性胰腺炎病人 28 例,本文就急性胰腺炎的临床观察及护理作一探讨。

1 临床资料

急性胰腺炎 28 例,其中男性 20 例,女性 8 例,平均年龄在 48 岁,其中并发出血坏死性胰腺炎 1 例。

2 临床观察

2.1 观察腹痛

腹痛为胰腺炎的主要症状,是胰腺包膜肿胀、胰胆管梗阻和痉挛,腹腔内化学性物质刺激及腹腔神经丛受压所致。常突然发作,呈持续性、刀割样剧痛,位于上腹正中或偏左;有时呈束带状,并放射至腰背部,胆源性胰腺炎常在饱餐后出现腹痛。饮酒诱发的胰腺炎常在饮酒后 12—48 小时发病^[1]。

2.2 恶心、呕吐、腹胀

初期病人有较频繁的反射性恶心和呕吐,呕吐后腹痛并不减轻。随着病情发展,因肠管浸泡在含有大量胰液,坏死组织和毒素的血性腹水中而发生麻痹、梗阻、腹胀更为明显,并可出现持续性呕吐。

2.3 腹膜炎体征

水肿性胰腺炎,中上腹中度压痛,常无明显肌紧张。出血坏死性胰腺炎时,腹膜刺激征明显,上腹部广泛压痛,以左侧更为明显,重度休克时腹膜刺激征反而不明显。叩诊可有移动性浊音,肠鸣音减弱或消失。

2.4 水电解质紊乱

由于呕吐和胰周渗出,多数病人可有轻重不等的脱水和代谢性酸中毒,呕吐频繁者可有代谢性碱中毒。部分病例可因低血钙而引手足抽搐。

2.5 休克

严重者出现休克症状,表现为脉搏细速,血压下降,呼吸加快,面色苍白,神志淡漠或四肢湿冷,尿少等。

2.6 发热

提示继发胰周感染,胰腺脓肿或肺部感染,体温常超过 39℃。

3 护理

3.1 疼痛、腹痛

休息:病人绝对卧床休息,以降低机体代谢率,增加脏器血流量,促进组织修复和体力恢复。协助病人采取屈膝侧卧位,以减轻疼痛。因剧烈疼痛辗转不安者应防止坠床。

禁食和胃肠减压,多数病人需禁食 1—3 天,明显腹胀者须行胃肠减压,其目的在于减少胃酸分泌,进而减少胰液分泌,以减轻腹痛和腹胀。应向病人及家属解释禁食的意义,病人口渴时可含漱,并做好口腔护理。

缓解疼痛:遵医嘱给予解痉止痛药,如阿托品能抑制腺体分泌,解除胃、胆管及胰管痉挛,但持续应用注意有无心动过速等不良反应。上痛过程中禁用吗啡。使用止痛药过程中应注意用药后疼痛有无减轻。疼痛的性质和特点有无改变,若疼痛持续存在伴高热,则应考虑是否发生胰腺脓肿,如疼痛剧烈,腹肌紧张,压痛和反跳痛明显,提示并发腹膜炎,应报告医师及时处理。指导并协助病人采用非药物止痛方法,如松弛疗法,皮肤刺激疗法等。

3.2 有体液不足的危险

3.2.1 病情观察:注意观察呕吐物的性质和量,行胃肠减压者观察和记录引流量的性质。准确记录 24 小时出入量。定时留取标本,监测血、尿淀粉酶,血糖,血清电解质的变化,做好动脉血气分析的测定。

3.2.2 维持水、电解质平衡:禁食病人每天的液体入量常需达 3000 毫升以上。根据病人脱水程度,年龄和心肺功能调节输液的速度,及时补充呕吐,发热和禁食丢失的液体和电解质,纠正酸、碱平衡失调。

3.2.3 防止低血容量性休克:定时测量病人的体温、脉搏,呼吸、血压及神志尿量变化,如出现神志改变,血压下降,尿量减少,皮肤粘膜苍白,冷汗等低血容量性休克的表现,应积极配合医生抢救。

3.3 体温过高

控制感染,降低体温,监测体温和血白细胞计数的变化。根据医嘱给予抗生素。协助病人多翻身,深呼吸,有效咳嗽及排痰;加强口腔护理。预防口腔及肺部感染。病人体温达 39℃以上时,应采用头部冷敷、温水或酒精擦浴等。必要时给予药物降温。出汗多时应给予更换衣服、保暖。

3.4 心理护理

病人由于发病突然,病情重,又多需在重症监护室治疗,常会产生恐怖心理。护士应为病人提供安静舒适的环境,与患者多作语言的交流,耐心解答病人的问题,讲解有关疾病的知识和必要的治疗,护理措施,帮助病人树立战胜疾病的信心^[2]。

4 小结

急性胰腺炎(出血坏死型)起病急聚,症状严重,可于数小时内猝死。我们通过严密细致的临床观察,严密监测患者的心率、呼吸、血压等体征的变化,及时发现病情变化,及时配合医生进行治疗,为疾病的诊治赢得宝贵的时间。

参考文献

- [1] 宋祥琴.急性出血性坏死性胰腺炎的手术观察和护理[J].生物医学,2005,5(2):71—72
- [2] 黄桂琴.浅谈人性化护理服务[J].生物医学,2005,5(4):83—84

(收稿日期:2006—04—11 接受日期:2006—05—22)