

临床护理要点 与专科实践

刘丽丽等◎主编

下

 吉林科学技术出版社

临床护理要点与专科实践

(下)

刘丽丽等◎主编

第十三章

胰腺疾病护理

第一节 胰腺炎

一、急性胰腺炎患者的护理

(一) 概述

急性胰腺炎是常见的急腹症之一，是严重的胰腺病变。它是胰酶在胰腺内被激活引起胰腺自身消化的化学性炎症。炎症较轻者有胰腺充血、水肿，重者有出血、坏死。急性胰腺炎不仅可引起急性腹膜炎，而且常引起休克等严重并发症，病情凶险，死亡率高。根据病理变化，急性胰腺炎一般分为间质性（水肿性）胰腺炎和出血性（坏死性）胰腺炎两种。水肿性胰腺炎病情较轻，有自限性，急性发作后可恢复，预后较好；坏死性胰腺炎临床表现较重，并发症多，预后差。

(二) 病因及发病机制

急性胰腺炎病因较为复杂，国内外文献报道主要有以下发病原因。

1. 胆管疾病 大部分急性胰腺炎患者有胆管疾病。胆总管与主胰管有共同通路，胆管疾病如胆石症、胆管蛔虫症、胆管炎等造成壶腹部狭窄，使共同通路受阻，胆汁和胰液引流不畅，胆汁反流进入胰管，激活胰酶，引起胰腺组织损害。胆管疾病还可能损伤胆总管、壶腹部，造成 Oddi 括约肌暂时性松弛，使含有肠激酶的十二指肠液反流进入胰管，激活胰酶，引起急性胰腺炎。由胆管疾病所引起的急性胰腺炎称为胆源性胰腺炎。

2. 过量饮酒 长期饮酒也是急性胰腺炎发作的常见原因。酒精可引起促胃液素增多，刺激胰液分泌增加；同时还可引起 Oddi 括约肌痉挛、水肿，造成胰液引流不畅；此外，酒精还对胰腺腺泡细胞有直接损害作用。长期饮酒者在急性胰腺炎第一次发作之前往往已经有未被诊断的慢性胰腺炎存在。

3. 高脂血症 高脂血症诱发急性胰腺炎的机制，还不十分明确，可能是三酰甘油在胰脂酶的作用下生成游离脂肪酸，直接损伤腺泡所致。高脂血症所致血黏度升高也可能加重胰腺病变和其他器官功能损害。近年来，重症急性胰腺炎伴有高血脂的患者愈来愈多。

4. 其他饮食因素 如暴饮暴食，感染因素如流行性腮腺炎、败血症等，与外伤及手术有关的创伤因素，与妊娠和高血钙有关的内分泌和代谢因素，与使用利尿剂及避孕药有关的

药物因素,情绪因素等。

正常情况下,酶原如胰蛋白酶原和糜蛋白酶原在胰腺组织内没有活性,胰腺和血液中也有抑制胰酶的物质;胰管上皮有黏多糖层保护,因此胰液不会损害胰腺组织。当胰液引流受阻时,胰液反流进入胰腺组织,同时,胰管上皮因管内压力增高或因反流胆汁的作用而受损,胰酶被激活而对胰腺组织起消化作用。胰腺发生充血、水肿,包膜紧张度增高。显微镜下可见急性炎症反应,但坏死病灶尚不多。此种改变称为水肿性胰腺炎。如梗阻因素不能及时解除或发病开始即有胰腺组织的大量破坏,胰腺可能发生广泛的自体消化,多种胰酶被激活,造成血管壁损害、脂肪分解,胰腺发生出血、坏死,称为坏死性胰腺炎。如胰液侵犯到腹膜后和腹膜腔,腹腔内可出现血性腹水,大小网膜、肠系膜、腹膜后脂肪组织发生溶解,形成皂化斑;浆膜下有多处出血斑或血肿形成,甚至胃肠道也有水肿、出血等改变。

急性胰腺炎得到控制后,可能形成胰腺假性囊肿或慢性胰腺炎,在某些条件下慢性胰腺炎又可转为急性过程,称为复发性胰腺炎。

(三) 病理

水肿性胰腺炎大体上可见胰腺肿大、水肿、分叶模糊、质脆,累及部分或整个胰腺,胰腺周围有少量脂肪坏死。显微镜下可见间质水肿、充血和炎症细胞浸润、点状脂肪坏死、无明显实质坏死和出血。

出血坏死性胰腺炎大体上呈红褐色或灰褐色,有新鲜出血区,分叶结构消失。有大范围的脂肪坏死和钙化斑。病程长者可并发脓肿、假性囊肿或瘘管形成。显微镜下见胰腺凝固性坏死、细胞结构消失。坏死灶周围有炎性细胞包绕。常见静脉炎、淋巴管炎、血栓形成和出血坏死。

(四) 护理评估

1. 健康史 评估患者饮食习惯,如是否喜油腻饮食、是否有长期大量饮酒习惯;发病前有无暴饮暴食;既往有无胆管病史、高脂血症或慢性胰腺炎病史;近期有无腮腺炎、肝炎、伤寒等疾病发生;近期有无腹部外伤或手术史;是否使用过诱发胰腺炎的药物等。

2. 身体评估

(1) 腹痛:剧烈腹痛是急性胰腺炎的主要症状。疼痛发生于饱餐或饮酒后,突然发生,非常剧烈,一般镇痛剂不能缓解。多位于左上腹,向左肩及左腰背部放射。胆源性患者腹痛始发于右上腹,逐渐向左侧转移。病变累及全胰时,疼痛范围较宽并呈束带状向腰背部放射。当炎症侵及后腹膜和腹膜腔时,疼痛呈全腹性,没有明确定位。胰腺包膜紧张和胰管梗阻是疼痛的原因,腹痛放射至背部是由于胰腺炎症刺激神经根所致。

(2) 腹胀:与腹痛同时存在,是腹腔神经丛受刺激产生肠麻痹的结果,早期为反射性,继发感染后则由腹膜后的炎症刺激所致。腹膜后的炎症越严重,腹胀越明显。腹胀进一步加重时,表现为腹内高压,严重时引起器官功能障碍,被称为腹腔间隔室综合征,常见于暴发性胰腺炎。

(3) 恶心、呕吐:早期即可出现,常与腹痛伴发。呕吐剧烈而频繁。呕吐物通常是胃十二指肠内容物,也可呈胆汁样,偶可呈咖啡色。呕吐后疼痛不缓解。

(4) 腹膜炎体征:上腹部或全腹部有触痛或反跳痛,并伴有腹肌紧张、肠鸣音减弱或消失,移动性浊音多为阳性。

(5) 发热：急性胰腺炎早期，只有中度发热，约 38℃。胆源性胰腺炎伴有胆管梗阻者，可有高热、寒战。胰腺坏死有感染时，高热为主要症状之一。

(6) 黄疸：部分患者有黄疸，程度一般较轻，需要仔细观察，因为黄疸提示胆管梗阻存在。

(7) 休克：可发生于早期或后期，是急性胰腺炎最常见的并发症，其原因是胰蛋白酶、血小板破坏、组织坏死、感染毒素等使大量血管活性物质释放，加之失液、心肌抑制因子释放、弥散性血管内凝血等促进了休克的发生。患者表现为血压下降、呼吸加快、四肢厥冷、面色苍白、表情淡漠、尿少或无尿等。

(8) 出血征象：由于溶纤维蛋白酶和弹力蛋白酶损伤血管壁或由于弥散性血管内凝血。可出现出血征象，如皮肤瘀斑、腰部出现蓝 - 棕色斑（Gray - Turner 征）或脐周蓝色改变（Cullen 征），还可出现呕血、便血等。

(9) 其他：如急性胰腺炎并发休克和感染，常可导致急性肾衰竭、急性呼吸窘迫综合征、中毒性脑病等多器官功能障碍综合征，出现呼吸困难、发绀、焦虑、心律失常、尿少或无尿、定向力障碍、谵妄等。

3. 辅助检查

(1) 胰酶测定：血清、尿淀粉酶升高对诊断急性胰腺炎有意义。血清淀粉酶在发病数小时开始升高，24h 达高峰，4 ~ 5d 后逐渐降至正常；尿淀粉酶在 24h 才开始升高，48h 达高峰，下降缓慢，1 ~ 2 周恢复正常。血清淀粉酶超过 500U/dl（正常值 40 ~ 180U/dl，Somogyi 法），尿淀粉酶也明显升高（正常值 80 ~ 300U/dl，Somogyi 法），有诊断价值。因此发病当日宜测定血清淀粉酶，而次日起可测定尿淀粉酶。淀粉酶值愈高，诊断正确率也越大。但淀粉酶升高的幅度和病变严重程度不成正相关。血清淀粉同工酶的测定提高了本病诊断的准确性。虽然血清淀粉酶升高，但 P - 同工酶不高也不能考虑急性胰腺炎的诊断。

(2) 腹腔穿刺：腹腔穿刺液中淀粉酶明显增高，腹腔积液为血性。

(3) B 超、CT：可以了解胰腺病变部位、性质及周围组织情况。

(4) 腹部 X 线平片：可见左肺下叶不张、胃肠胀气、膈肌上升、左下胸腔积液等。

4. 心理 - 社会评估

(1) 评估患者是否了解疾病发生的原因以及治疗方法。

(2) 评估患者对疾病的反应，有无焦虑、恐惧等。

(3) 评估患者的社会支持情况：评估能够为患者提供支持的关键人物对患者病情、治疗方案、预后的了解程度及其反应。

(五) 护理诊断及医护合作性问题

1. 疼痛 与胰腺及周围组织炎症有关。

2. 焦虑 与担心疾病预后有关。

3. 体温过高 与感染有关。

4. 营养失调：低于机体需要量 与禁食及机体消耗有关。

5. 潜在并发症：水、电解质紊乱 与禁食、呕吐、胃肠减压、感染有关。

6. 外周组织灌注减少 与禁食、呕吐、胰腺严重病变有关。

7. 低效性呼吸型态 与剧烈疼痛、胸腔积液有关。

8. 知识缺乏 缺乏疾病的预防及治疗方面的知识。

(六) 计划与实施

通过治疗和护理,患者能够了解疾病的预防及治疗的知识,能够正确面对疾病的发生,焦虑程度减轻;患者体温能够维持正常;患者的营养状况能够得到改善;能够有效的呼吸;护士能够及时发现并发症或患者没有发生严重的并发症如急性肾衰竭、急性呼吸窘迫综合征、心律失常等;患者在恢复后,能够表示改变不良的生活习惯。

1. 胃肠减压的护理 胃肠减压可以引流出胃液,从而减少胰液的分泌,并可减轻呕吐和腹胀。因此,急性胰腺炎发作期间,患者应禁食,并留置胃肠减压。留置胃肠减压期间,应保持负压吸引的有效状态,负压一般是 $-12 \sim -15\text{cmH}_2\text{O}$;各连接部位不能有漏气;妥善固定,防止患者在活动时将胃管拔出;保持胃管通畅,每天应用生理盐水冲洗胃管,每次约 $30 \sim 50\text{ml}$;观察胃液的颜色、性质和量并准确记录,急性胰腺炎患者胃液一般呈黄绿色,如合并有应激性溃疡,则呈红色或咖啡色,如果每日引出的胃液量少于 100ml ,且患者呕吐、腹痛或腹胀症状不缓解,应怀疑胃管是否堵塞、脱出等;如果胃液量多,应注意患者电解质质的变化,过多的胃酸被吸出,可能会出现代谢性碱中毒;每日应给予患者雾化吸入和口腔护理。

2. 饮食护理 急性胰腺炎发作期间,由于禁食、呕吐、胃肠减压和疾病消耗,患者会出现营养状况差,水、电解质紊乱等,因此,护士应观察患者营养状况和水、电解质水平,如每周测体重、观察患者皮肤弹性、准确记录每日出入量、了解水、电解质、酸碱平衡状况。当急性胰腺炎症状消退,可进无脂、低蛋白流质食物,如果汁、藕粉、米汤、面汤等;病情进一步好转,进低脂流质饮食,如鸡汤、豆浆、蛋汤等;以后逐渐进低脂半流食,每日 $5 \sim 6$ 餐;痊愈后,严禁暴饮暴食,禁烟酒,忌辛辣食物,饮食宜低脂、易消化,以免复发。护士应向患者及其家属讲解各阶段饮食的内容和意义,并观察患者进食情况,要了解患者家属为患者提供的食物。

3. 用药的护理

(1) 解痉镇痛药:可给予阿托品或山莨菪碱肌注 $2 \sim 3$ 次/日,疼痛剧烈者,可同时加用哌替啶($50 \sim 100\text{mg}$)。避免使用吗啡,以免引起 Oddi 括约肌痉挛。

(2) 抑制胰腺外分泌药物

1) 抗胆碱药:如阿托品、山莨菪碱等,抗胆碱药能够起到减少胰液分泌的作用,但能引起口干、心率加快等不良反应。青光眼、前列腺肥大和肠麻痹者不宜使用阿托品,因阿托品可加重青光眼和排尿困难的症状,可加重腹胀。

2) 抑制胰腺分泌及胰酶抑制剂: H_2 受体阻滞剂(如西咪替丁)可间接抑制胰液分泌;生长抑素(如奥曲肽)能抑制各种因素引起的胰酶分泌,减轻 Oddi 括约肌痉挛,但价格昂贵;胰蛋白酶抑制剂如抑肽酶等。

(3) 抗菌药物:大多数急性胰腺炎常合并细菌感染,如大肠杆菌、变形杆菌感染等,合理使用抗生素可以有效地防止或控制感染。

(4) 乌司他丁:乌司他丁是在人尿液中发现的尿胰蛋白酶抑制剂,无免疫原性,安全性较高。乌司他丁通过抑制多种胰酶活性、控制炎症递质过度释放、改善微循环和组织灌注等,从而缓解胰腺炎的临床症状,减轻炎症递质对胰腺功能的损害,减少急性肾衰竭、胸水等并发症的发生。

(5) 清胰汤方剂:清胰汤方剂为天津市南开医院经多年研制而成的经验方。目前临床

上大多根据患者的症候特点给予药味的加減。基本藥物組成爲黃芩、元胡、白芍、大黃、柴胡、木香等，通方具有清熱解毒、通便排毒、去濁化濕之功效。其中柴胡、白芍疏肝理氣，黃芩清熱解毒，木香行氣化滯，元胡活血化癥，大黃通腑瀉下，諸藥相伍，使臟腑氣機得以疏利，實熱之邪得解，以達到減輕病痛的目的。

4. 心理護理 急性胰腺炎發病急，病情重，併發症多，患者往往沒有足夠的思想準備，因此，容易產生焦慮和恐懼心理。胰腺炎恢復較慢，尤其是重症患者，需要較長的治疗時間，患者會出現煩躁情緒，甚至不配合治療。因此，應多與患者溝通，了解患者的心理需求；向患者介紹治療方案及其意義，增加患者對預後的信心，使之積極配合治療；加強與患者家屬的溝通，鼓勵家屬多與患者交談，解除患者的不良情緒；對於患者及家屬提出的疑問，給予恰當的解答。

5. 手術患者的護理 急性胰腺炎輕型患者可採用非手術療法，而重型則需要手術治療。手術方法有清除壞死組織、灌洗引流和規則性胰腺切除，如是膽源性胰腺炎，則需手術解除膽管疾病，並留置“T”管。爲減輕術後胃內壓力，可行胃造瘻術；術後若需要營養支持，常行空腸造瘻術。

(1) 術前護理

1) 嚴密觀察病情，防止水、電解質和酸鹼失衡及多器官功能障礙綜合征。

2) 術前常規準備：備皮、配血、皮試，如非急診手術，給予灌腸等。

3) 心理護理：急性胰腺炎需急診手術者，往往對手術沒有很好的思想準備，護士應對患者及家屬說明手術前的準備和意義，使其積極配合；與患者交談時，不要過多的談論病情，以免加重患者的緊張心理；保持環境的整潔和安靜，使患者能得到充分的休息。

(2) 術後護理

1) 嚴密觀察生命體征。

2) “T”管的護理：留置“T”管的目的是爲了減小膽管張力、保護吻合口；避免胆汁滲漏所致胆汁性腹膜炎；促進膽管炎症消退；防止膽管狹窄或梗阻形成。“T”管的護理應注意以下方面：①妥善固定：將“T”管接引流袋，並固定在床邊。注意檢查“T”管在皮膚外固定情況，一般將“T”管用縫線結紮固定。連接管的長度要適宜，如果過短，患者翻身不慎可將“T”管拉出，而過長則易扭曲、受壓，使胆汁引流不暢。②保持引流通暢：如觀察胆汁引流量突然減少，應注意是否有管道堵塞、扭曲、受壓。如有堵塞，可用手由近向遠擠壓引流管或用少量無菌鹽水緩慢沖洗，切勿用力推注。③保持清潔：引流袋應定期更換，更換時應無菌操作。④觀察並記錄胆汁量及性狀：胆汁引流一般每天約300~700ml，呈深綠色或棕黃色，混濁或有泥沙樣沉澱爲異常現象。⑤拔管：手術後10~14d，胆總管下端逐漸恢復通暢，可做拔管準備。拔管前，應行“T”管造影，以了解膽管是否通暢，如膽管已通暢，可考慮拔管，造影後仍需接引流管繼續引流2~3d，如未發生黃疸、發熱等，再將引流管夾閉，觀察2~3d，患者無症狀出現，即可將引流管拔出。如有惡心、腹痛、發熱等症狀，則仍需引流。

3) 雙套管引流的護理：雙套管是用兩根粗細不等的乳膠管，細管套入粗管內。細管內徑爲0.4~0.6cm，頭端有一側孔，粗管內徑爲0.8~1.0cm，圍繞管壁有6~8個孔。兩管之間借負壓吸引相互流通，以使引流通暢無阻。由於雙套管開孔較多，接觸面大，故吸引效果好。

使用双套管引流时,应将近端置于引流腔的最低位,将管妥善固定;保持引流管周围皮肤清洁干燥,可用凡士林纱布或氧化锌油膏保护局部皮肤;观察引流液的颜色、性质和量,如果引流液突然减少,患者有腹胀伴发热,应及时检查管腔有无堵塞或管是否滑脱。如有堵塞可用生理盐水冲洗。

4) 胃造瘘及空肠造瘘的护理:胃造瘘可以保证胃的减压,空肠造瘘可以供给营养物质,但经静脉给营养者,可不行空肠造瘘。术后,造瘘管要妥善固定,保持管道通畅,如有堵塞,可用生理盐水冲洗,瘘管周围皮肤用凡士林纱布保护。

5) 腹腔冲洗的护理:腹腔冲洗可清除腹腔内渗出物,减少毒性物质吸收入血液循环。冲洗时,保持腹腔冲洗管的通畅。操作时保持无菌,冲洗液应现配现用,温度适宜,观察冲洗出液体的颜色和量;保证冲洗液出入量的平衡。

6. 预防并发症的护理

(1) 观察生命体征的变化:给予心电监测,及时发现休克表现,如血压下降、四肢厥冷、面色苍白等。如有上述症状发生,应及时通知医师,尽快建立静脉通路或加大输液速度,遵医嘱给药、为患者保暖。

(2) 及时发现呼吸窘迫综合征的表现:如呼吸困难、发绀、血氧饱和度下降等。如出现异常表现,应及时给予氧气吸入、保持呼吸道通畅、遵医嘱给药,并做好气管插管的准备和配合,给予呼吸机辅助呼吸。

(3) 留置导尿:保持尿管通畅,观察尿液的颜色、性质、量。如发生少尿或无尿,及时通知医师。遵医嘱给予利尿剂并观察用药后的效果。必要时,给予血液透析或血滤。

(4) 了解患者凝血功能:如出凝血时间,呕吐物、排泄物的颜色,穿刺后止血时间,皮肤有无瘀斑等。如发现凝血时间异常,应及时通知医师。

(5) 观察患者的神志:患者可出现头痛及脑膜刺激征,或出现反应迟钝、谵妄、兴奋、抽搐、昏迷等。

7. 中药治疗的护理 患者需行间断胃肠减压并鼻饲中药,大黄一般每次 50ml,鼻饲前 15~30min 行胃肠减压,吸出胃内容物以减少胰腺分泌和减轻腹胀、肠麻痹,同时观察胃液的性状及量,了解有无胃潴留及消化道有无出血。中药灌肠可刺激肠蠕动,改善肠麻痹,促进肠腔内毒素的排出,减轻腹胀,为提高灌肠效果,可采用高位灌肠肛管插入的长度为 30cm。灌肠后大便次数多者,作好肛周护理,准确记录大便的次数,性状及量。

(七) 预期结果与评价

- (1) 患者主诉疼痛及不适减轻。
- (2) 患者体温维持在正常范围内。
- (3) 患者营养状况良好。
- (4) 护士及时发现并发症或患者未出现严重并发症。
- (5) 患者能够叙述疾病的预防及治疗的知识,并能遵从医护人员的治疗与护理方案。

二、慢性胰腺炎患者的护理

(一) 概述

慢性胰腺炎是胰腺持续的炎症病变,其特点是胰腺组织结构和功能的进行性损害。胰腺

细胞被纤维组织所替代,腺泡萎缩,胰导管内有结石形成。胰腺的内、外分泌功能出现不同程度的障碍。

(二) 病因及发病机制

慢性胰腺炎大多由急性胰腺炎长期存在或反复发作而致,病因与急性胰腺炎有共同点,但致病过程有所不同,常见病因如下。

1. 胆管疾病 原有的致病因素仍然存在,如胆石症、慢性胆囊炎、Oddi括约肌狭窄等;或者是轻度感染多次发生,如多次发生的胆管蛔虫症逐渐造成胰腺慢性炎症。
2. 慢性酒精中毒 长期酗酒可引起慢性胰腺炎,其病理改变常不可逆。
3. 外伤 胰腺受到损伤,发生出血、部分组织坏死后遗留有纤维化、钙化、胰管狭窄、胰腺囊肿等病变,影响胰液的引流和胰腺的正常血液供应,因此发生慢性炎症。
4. 高钙血症 高钙血症易产生结石堵塞胰管,影响胰液的引流;钙离子浓度越高,胰蛋白酶活性越强,易导致反复发作性胰腺炎。
5. 其他 临床上一些胰腺炎没有明显病因,称为特发性胰腺炎。

(三) 病理

慢性胰腺炎基本的病理改变是胰腺细胞被破坏后,代之以纤维组织。胰腺体积缩小,硬度增加。表面可有纤维沉着,或与附近器官粘连。胰腺包膜增厚,表面呈结节状,有的可见隆起的白色斑点。严重病变时,可有弥漫性纤维组织增生、钙质沉着,并可有假性囊肿形成,胆管狭窄或扩张,血管改变,表现为静脉扩张。显微镜下可见胰纤维化和炎性细胞。胰岛破坏较轻。

(四) 护理评估

1. 健康史 评估患者饮食状况,是否喜油腻饮食,是否嗜酒;评估患者有无胆管病史;患者有无急性胰腺炎病史。

2. 身体评估 慢性胰腺炎急性发作时,临床表现与急性胰腺炎相似。有的慢性胰腺炎无临床表现。

(1) 腹痛:为最常见的症状,位于上腹部中间或稍偏左,多伴有脊背痛。疼痛一般呈钝痛,且持续时间较长,常因劳累、饮食不节、情绪激动而诱发。上腹部深部可有触痛,一般无腹肌紧张和反跳痛。

(2) 消化不良:一般表现为食欲不振、腹部饱胀感、嗝气等。与胰腺外分泌不足、胰液排出不畅有关。

(3) 腹泻:表现为脂肪泻,大便不成形,有油滴浮于表面,为胰腺外分泌功能减退所致。

(4) 黄疸:为胰头部纤维化引起胆总管梗阻所致,逐渐加深。

(5) 腹部包块:如发生胰腺假性囊肿,左上腹部常可触及肿块。

(6) 糖尿病表现:因 β 细胞分泌不足,出现类似糖尿病的症状。

3. 辅助检查

(1) 实验室检查:血清淀粉酶在急性发作时可增高,但一般情况下不增高;部分患者尿糖和糖耐量试验呈阳性;大便检查,显微镜下有大量脂肪滴和未消化的肌纤维。

(2) B超检查:可显示结节、胰管扩张、假性囊肿、结石等。

- (3) X线检查:胰腺可有钙化和结石;钡餐造影可见胰腺囊肿引起胃肠移位。
- (4) CT检查:胰腺肿大或缩小,边缘不清。密度降低,有钙化、结石和囊肿。
- (5) 内镜逆行胰胆管造影:可见胰管扩张、狭窄或阻塞、胰石、胆石、胆总管改变等。
- (6) 还可行活检和选择性血管造影等。

4. 心理-社会评估

- (1) 评估患者是否了解疾病发生的原因以及治疗方法。
- (2) 评估患者是否已经改变以前不良的饮食习惯。
- (3) 评估患者家庭的饮食习惯。
- (4) 评估患者对疾病治疗的信心。
- (5) 评估患者的社会支持状况等。

(五) 护理诊断及医护合作性问题

慢性胰腺炎急性发作时,护理诊断及医护合作性问题同急性胰腺炎。慢性胰腺炎没有明显临床表现期间,可提出以下护理诊断和医护合作性问题。

1. 知识缺乏 缺乏疾病预防及治疗知识。
2. 潜在并发症 血糖水平异常,与 β 细胞功能受损有关。

(六) 计划与实施

通过治疗与护理,患者能够掌握预防急性胰腺炎发作的知识,并能够改变不良的饮食习惯;患者了解如何通过饮食及用药控制血糖;急性发作期间,患者的痛苦能够得到解除,没有发生严重并发症或发生的并发症得到及时的发现和治疗。

1. 饮食护理 向患者讲解饮食控制的重要性,并介绍如何进行合理饮食。戒酒,饮食要清淡,不应过饱;进食足量蛋白质,以奶制品、鱼、肉类和鸡蛋等为宜;进食适量、易吸收的脂肪,如植物油、鱼油等;有脂肪痢者,由于脂溶性维生素吸收障碍,应适量补充;每日保证足够的热量。碳水化合物具有良好的可吸收性,可占总热量的40%,但有糖尿病时,应根据医师的建议进食。消化不良者,可服用胰酶。胃酸过高者,服用制酸剂。

2. 镇痛 镇痛方法同急性胰腺炎。

3. 手术患者的护理 手术的目的是减轻疼痛、促进胰液引流。有胆管疾病者,应行相应的手术,如胆总管切开取石术、“T”管引流术、Oddi括约肌成形术、胆总管空肠吻合术;有胰腺管梗阻者,可行胰管-空肠吻合术;多发的胰管狭窄,可行胰腺部分或全部切除,但切除胰腺会继发或加重糖尿病,故应慎重选择;对于顽固性疼痛者,可考虑施行胸腰交感神经切除、胰腺周围神经切断等。

术前术后护理参见急性胰腺炎术前术后护理。

(七) 预期结果与评价

- (1) 患者能够复述疾病发生的原因及治疗方法。
- (2) 患者表示愿意改变不良的饮食习惯,并开始实施。
- (3) 患者表现出对治疗的信心。
- (4) 患者家属表示愿意改变家庭中的饮食习惯。

(王艳丽)

第二节 胰腺癌

胰腺外分泌恶性肿瘤,根据癌肿部位可分为胰头癌、胰体尾癌和壶腹周围癌。其典型临床表现为黄疸、腹痛、胃肠道症状、消瘦。

1. 术前护理

(1) 改善营养状况:体弱、贫血或低蛋白血症的患者,可多次少量输新鲜血液制品,进高蛋白、高热量食物。胃肠道反应严重的患者可静脉给予高营养和胃肠内营养。

(2) 改善肝功能:遵医嘱给予护肝药、复合维生素 B 等,静脉输注高渗葡萄糖加胰岛素和钾盐,增加肝糖原储备。有黄疸者,静脉输注维生素 K₁,改善凝血功能。

(3) 疼痛护理:疼痛剧烈者,及时使用镇痛药,评估镇痛药效果,保证患者睡眠和休息。

(4) 皮肤护理:黄疸患者皮肤瘙痒,注意勤沐浴、勤更衣,避免抓破皮肤。

(5) 心理护理:乐观、松弛的情绪有利于手术的成功。

2. 术后护理

(1) 体位:早期半卧位有利于患者的呼吸及引流。

(2) 密切监测生命体征:监测 T、P、R、BP 的变化。观察神志、精神状态。给予吸氧,监测血糖,以了解胰腺的内分泌功能。

(3) 妥善固定并观察引流管:防止胃管、胰肠引流管、胆肠引流管脱出及扭曲。嘱患者翻身时保护好引流管,引流管位置要低于引流管皮肤出口处。观察引流液的颜色、性质并记录 24h 量。如有异常,及时通知医生给予相应处理。

(4) 营养:胰腺癌患者由于术前营养状况较差,术后禁食时间较长,各种引流较多,患者体液丢失较多。要保证静脉通畅,及时补充营养物质,维持正常的入量,保证水和电解质的平衡。

(5) 活动:术后第 1 日,可鼓励患者坐起及在床上活动。术后第 2 日可鼓励患者床边活动。以促进胃肠功能恢复,尽快排气,预防肠粘连及肺部感染。

(6) 常见并发症的观察

1) 出血:胰液消化腐蚀手术区血管或患者凝血功能改变,可导致大出血。若患者血性引流液较多,或 P、BP 有变化时,应及时给予止血处理。

2) 胰腺炎:查血淀粉酶和胰液淀粉酶,有异常及时处理。

3) 胰瘘:术后 1 周左右发生,表现为上腹部突然剧烈疼痛或持续性胀痛,发热,腹膜刺激征(+).胰液从引流管里流出,引流液淀粉酶明显升高。胰瘘发生后应保持引流管通畅,保护好引流管周围的皮肤,经常换药,保持干燥,防止胰液外渗引起皮肤糜烂。

(7) 健康指导:①戒烟,戒酒;②定期化疗;③高蛋白、高维生素、易消化、无刺激性饮食,忌暴饮暴食。

3. 主要护理问题

(1) 焦虑:与手术有关。

(2) 营养失调:低于机体需要量 与食欲下降、呕吐及癌肿消耗有关。

(3) 疼痛:与手术伤口有关。

- (4) 知识缺乏：缺乏手术相关知识。
- (5) 生活自理能力部分缺陷（如厕、洗漱）：与术后留置引流管有关。
- (6) 潜在并发症：出血、感染、胰瘘。

(郭嘉薇)

第十四章

肾、输尿管疾病护理

第一节 急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎简称急性肾炎，是以急性肾炎综合征为主要临床表现的一组疾病，起病急，以血尿、蛋白尿、水肿和高血压为主要表现，可伴有一过性氮质血症。本病常有前驱感染，多见于链球菌感染后，其他细菌、病毒和寄生虫感染后也可引起。好发于儿童，男性多见。前驱感染后常有1~3周（平均10d左右）的潜伏期，相当于致病抗原初次免疫后诱导机体产生免疫复合物所需时间。呼吸道感染的潜伏期较皮肤感染者短。本病大多预后良好，常在数月内临床自愈。

一、护理评估

1. 健康史 起病前有无上呼吸道感染如急性扁桃体炎、咽炎或皮肤感染如脓疱疮等。

2. 身体状况

(1) 血尿：常为患者起病的首发症状和就诊原因，几乎所有患者均有血尿，40%~70%患者有肉眼血尿，尿液呈浑浊红棕色，或洗肉水样，一般数天内消失，也可持续数周转为镜下血尿。

(2) 水肿：多表现为晨起眼睑水肿，面部肿胀感，呈现所谓“肾炎面容”，一般不重。少数患者水肿较重进展较快，数日内遍及全身，呈可凹陷性。严重水、钠潴留会引起急性左心衰。

(3) 高血压：多为轻、中度高血压，收缩压、舒张压均增高，经利尿后血压可逐渐恢复正常。少数出现严重高血压，甚至高血压脑病。患者表现为头痛、头晕、失眠，甚至昏迷、抽搐等。血压增高往往与水肿、血尿同时发生，也有在其后发生，一般持续3~4周，多在水肿消退2周降为正常。

(4) 肾功能及尿量改变：起病初期可有尿量减少，尿量一般在500~800mL，少尿时可有一过性氮质血症，大多数在起病1~2周后，尿量渐增，肾功能恢复，只有极少数可表现为急性肾功能衰竭，出现少尿。

(5) 其他表现：原发感染灶的表现及全身症状，可有头痛、食欲减退、恶心、呕吐、疲乏无力、精神不振、心悸气促，甚至发生抽搐。部分患者有发热，体温一般在38℃左右。

3. 实验室及其他检查 镜下血尿、蛋白尿、发病初期血清补体 C3 及总补体下降。肾小球滤过率下降,血尿素氮和肌酐升高,B 超示双肾形状饱满,体积增大,肾活检组织病理类型为毛细血管增生性肾炎。

二、治疗原则

以休息及对症处理为主,少数急性肾功能衰竭患者应予透析治疗。一般于发病 2 周内可用抗生素控制原发感染灶。

三、护理措施

1. 饮食护理

(1) 限制钠盐摄入:有水肿、高血压或心力衰竭时严格限制钠盐摄入 ($<3\text{g/d}$),特别严重者禁盐,以减轻水肿和心脏负担。当病情好转,血压下降,水肿消退,尿蛋白减轻后,由低盐饮食逐渐过渡到普通饮食,防止长期低钠饮食及应用利尿剂引起水、电解质紊乱或其他并发症。

(2) 控制水和钾的摄入:严格记录 24h 出入量。量出为人,每天摄入量 = 前一天出量 + 500mL,摄入量包括米饭、水果等食物含水量、饮水、输液等所含水的总量。注意见尿补钾。

(3) 蛋白质:肾功能正常时,给予正常量的蛋白质 [$1\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$],出现氮质血症时,限制蛋白质摄入,优质动物蛋白占 50% 以上,如牛奶、鸡蛋、鱼等,以防止增加血中含氮代谢产物的潴留。此外,注意饮食热量充足、易于消化和吸收。

2. 休息和活动 一般起病 1~2 周不论病情轻重均应卧床休息,能够改善肾血流量和减少并发症发生。水肿消退,肉眼血尿消失,血压接近正常后,即可下床在室内活动或到户外散步。血沉正常时可恢复轻体力活动或上学,但应避免剧烈体力活动。一年后方可正常活动。鼓励患者及家属参与休息计划的制订。

3. 病情观察

(1) 定期测量患者体重,观察体重变化和水肿部位、分布、程度和消长情况,注意有无胸腔、腹腔、心包积液的表现;观察皮肤有无红肿、破损、化脓等情况发生。

(2) 监测生命体征,尤其血压变化,注意有无剧烈头痛、恶心、呕吐、视力模糊,甚至神志不清、抽搐等高血压脑病的表现,发现问题及时报告医师处理。

(3) 皮肤护理

1) 水肿较严重的患者应穿着宽松、柔软的棉质衣裤、鞋袜。协助患者做好全身皮肤黏膜清洁,指导患者注意保护好水肿皮肤,如清洗时注意水温适当、勿过分用力;平时避免擦伤、撞伤、跌伤、烫伤。

2) 注射时严格无菌操作,采用 5~6 号针头,保证药物准确及时的输入,注射拔完针后,用无菌干棉球按压穿刺部位直至无液体从针口渗漏。严重水肿者尽量避免肌肉和皮下注射。

(4) 用药护理:遵医嘱给予利尿剂、降压药、抗生素。观察药物的疗效及可能出现的不良反应。如低钾、低氯等电解质紊乱。呋塞米等强效利尿剂有耳鸣、眩晕、听力丧失等暂时性耳毒性,也可发生永久性耳聋。密切观察血压、尿量变化,静脉给药者给药速度宜慢。

(5) 心理护理: 血尿可让患者感到恐惧, 限制患者活动可使其产生焦虑、烦躁、抑郁等心理, 鼓励其说出自己的感受和心理压力, 使其充分理解急性期卧床休息及恢复期限制运动的重要性。患者卧床期间, 护士尽量多关心、巡视, 及时询问患者的需要并给予解决。

四、健康教育

(1) 预防疾病教育: 教育患者及家属了解各种感染可能导致急性肾炎, 因此, 锻炼身体, 增强体质, 避免或减少上呼吸道及皮肤感染是预防的主要措施, 并可降低演变为慢性肾炎的发生率。嘱咐患者及家属一旦发生细菌感染及时使用抗生素, 尽量治愈某些慢性病, 如慢性扁桃体炎, 必要时可手术治疗。

(2) 急性肾炎的恢复期可能需 1~2 年, 当临床症状消失后, 蛋白尿、血尿等可能依然存在, 因此应加强定期随访。

(王 瑶)

第二节 急进性肾小球肾炎

急进性肾小球肾炎简称急进性肾炎, 是指在肾炎综合征(血尿、蛋白尿、水肿、高血压)基础上短期内出现少尿、无尿, 肾功能急骤减退, 短期内到达尿毒症的一组临床症候群, 又称急进性肾炎综合征。本病病理特征表现为新月体肾小球肾炎。分为原发性和继发性两大类。一般将有肾外表现者或明确原发病者称为继发性急进性肾炎, 如继发于过敏性紫癜、系统性红斑狼疮等, 偶有继发于某些原发性肾小球疾病(如系膜毛细血管性肾炎及膜性肾病)者。病因不明者则称为原发性急进性肾炎, 这里着重讨论原发性急进性肾炎。

我国急进性肾炎以Ⅱ型为多见, 男性居多。

一、护理评估

1. 健康史 本病起病急, 常有前驱呼吸道感染。

2. 身体状况

(1) 迅速出现水肿, 可以有肉眼血尿、蛋白尿、高血压等。

(2) 短期内即有肾功能的进行性下降, 以少尿或无尿较迅速地(数周至半年)发展为尿毒症。

(3) 常伴有中度贫血, 可伴有肾病综合征, 如果得不到及时治疗, 晚期出现慢性肾功能衰竭。部分患者也会出现急性左心衰竭、继发感染等并发症。

3. 实验室及其他检查

(1) 尿常规: 蛋白尿, 血尿, 也可有管型、白细胞。

(2) 血液检查: 白细胞轻度增高、血红蛋白、血清白蛋白下降、血脂升高。

(3) 肾功能检查: 血肌酐、血 BUN 进行性升高。

(4) 免疫学检查: Ⅱ型可有血循环免疫复合物阳性, 血清补体 C3 降低, Ⅰ型有血清抗肾小球基底膜抗体阳性。

(5) B 超检查: 双肾体积增大、饱满。

(6) 肾活检组织病理检查: 光学显微镜检查可见肾小囊内新月体形成, 是 RPGN 的特

征性病理改变。

二、治疗原则

本病纤维化发展很快,故及时肾活检,早期诊断,及时以强化免疫抑制治疗,可改善患者预后。根据病情予血浆置换、肾脏替代治疗。

三、护理措施

1. 休息 一般要待病情得到初步缓解时,才开始下床活动,即使无任何临床表现,也不宜进行较重的体力活动。

2. 饮食护理 低盐优质蛋白饮食,避免进食盐腌制食品如咸菜、咸肉等,进食鸡蛋、牛奶、瘦肉、鱼等优质蛋白饮食。准确记录24h出入量,量出为人。每日入液量=前一日出液量+500mL,保持出入量平衡。

3. 病情观察 监测患者生命体征、尿量。尿量迅速减少,往往提示急性肾功能衰竭的发生。监测肾功能及血清电解质的变化,尤其是观察有无出现高钾血症,发现病情变化,及时报告医师处理。

4. 观察药物及血浆置换的副作用 大剂量糖皮质激素治疗可致上消化道出血、精神症状、骨质疏松、股骨头无菌性坏死、水钠潴留、血压升高、继发感染、血糖升高等表现。环磷酰胺可致上腹部不适、恶心、呕吐、出血性膀胱炎、骨髓抑制等。血浆置换主要有出血、并发感染,特别是经血制品传播的疾病。

5. 用药护理 大剂量激素冲击治疗、使用免疫抑制剂、血浆置换等时,患者免疫力及机体防疫能力受到很大抑制,应对患者实行保护性隔离,加强口腔、皮肤护理,防止继发感染。服用糖皮质激素和细胞毒药物时应注意:口服激素应饭后服用,以减少对胃黏膜的刺激;长期用药者应补充钙剂和维生素D,以防骨质疏松;使用CTX时注意多饮水,以促进药物从尿中排泄。

6. 心理护理 由于该疾病不易治愈,多数患者可能会转变为慢性肾功能衰竭。因此,患者会产生焦虑、恐惧及悲观等心理,做好心理疏导、提高患者战胜疾病的信心。

四、健康教育

(1) 预防措施。本病有前驱感染的病史,预防感染是预防发病及防止病情加重的重要措施,避免受凉、感冒。

(2) 对患者及家属强调遵医嘱用药的重要性,告知激素和细胞毒药物的作用、可能出现的副作用和用药注意事项,鼓励患者配合治疗。服用激素及免疫抑制剂时,应特别注意交代患者及家属不可擅自增量、减量甚至停药。

(3) 病情经治疗缓解后应注意长期追踪,防止疾病复发及恶化。

(4) 预后早期诊断、及时合理治疗,可明显改善患者预后。

(王 瑶)

第三节 肾病综合征

肾病综合征是指各种肾脏疾病引起的具有以下共同临床表现的一组综合征：包括大量蛋白尿（24h 尿蛋白定量超过 3.5g）；低蛋白血症（血清白蛋白 $<30\text{g/L}$ ）；水肿；高脂血症。其中大量蛋白尿及低蛋白血症两项为诊断所必需。

一、护理评估

1. 健康史 患者有无发病诱因，病程长短，有无肾炎病史、感染、药物中毒或过敏史，有无系统性疾病、代谢性疾病、遗传性疾病、妊娠高血压综合征史，上呼吸道或其他部位的感染史及家族史等。

2. 身体状况

（1）大量蛋白尿：长期持续大量蛋白尿可导致营养不良，患者毛发稀疏、干脆及枯黄，皮肤苍白，消瘦或指甲上有白色横行的宽带条纹。

（2）低蛋白血症：长期低蛋白血症易引起感染、高凝、微量元素缺乏、内分泌紊乱和免疫功能低下等并发症。

（3）水肿：最常见的症状，水肿部位随着重力作用而移动，久卧或清晨以眼睑、头枕部或骶部水肿为著，起床活动后则以下肢明显，呈可凹陷性，水肿程度轻重不一，严重者常伴浆膜腔积液和（或）器官水肿，表现为胸腔、腹腔、心包或阴囊积液和（或）肺水肿、脑水肿以及胃肠黏膜水肿。高度水肿时局部皮肤发亮、变薄。皮肤破损时可有组织液渗漏不止。胸膜腔积液可致胸闷、气短或呼吸困难等；胃肠黏膜水肿和腹腔积液可致食欲减退和上腹部饱胀、恶心、呕吐或腹泻等。

（4）高血压或低血压：血压一般为中度增高，常在 $140 \sim 160/95 \sim 110\text{mmHg}$ 。水肿明显者多见，部分患者随水肿消退可降至正常，部分患者存在血容量不足（由于低蛋白血症、利尿等）而产生低血压。

（5）高脂血症：血中胆固醇、三酰甘油含量升高，低及极低密度脂蛋白浓度也增高。

（6）并发症

1) 继发感染：常见感染部位顺序为呼吸道、泌尿道、皮肤。感染是导致 NS 复发和疗效不佳的主要原因之一，甚至导致患者死亡，应予以高度重视。

2) 血栓和栓塞：以深静脉血栓最常见；此外，肺血管血栓、栓塞，下肢静脉、冠状血管血栓和脑血管血栓也不少见。血栓、栓塞并发症是直接影响 NS 治疗效果和预后的重要因素。

3) 急性肾衰竭：低蛋白血症使血浆胶体渗透压下降，水分从血管内进入组织间隙，引起有效循环血容量减少，肾血流量不足，易致肾前性氮质血症，经扩容、利尿可恢复；少数 50 岁以上的患者（尤以微小病变型肾病患者居多）出现肾实质性肾衰竭。

4) 蛋白质及脂质代谢紊乱：长期低蛋白血症可导致营养不良、小儿生长发育迟缓；免疫球蛋白减少造成机体免疫力低下，易致感染；诱发内分泌紊乱（如低 T_3 综合征等）；高脂血症增加血液黏稠度，促进血栓、栓塞并发症发生，还将增加心血管系统并发症，并可促进肾小球硬化和肾小管、间质病变的发生，促进肾病变的慢性进展。