

胰十二指肠切除行贯穿缝合式胰肠吻合术后的护理体会

张文萍, 卜剑, 周艳

(江苏省泰兴市人民医院 肝胆外科, 江苏 泰兴, 225400)

摘要:目的 探讨胰十二指肠切除行贯穿缝合式胰肠吻合术后的护理方法。方法 回顾性分析 31 例采用贯穿缝合式胰肠吻合的胰十二指肠切除患者术后所采取的护理措施。结果 31 例患者均痊愈, 无 1 例发生胰瘘或者出血。结论 密切观察病情、注重心理沟通、保持管道通畅、必要时配以肠内营养是胰十二指肠切除术后高质量护理的关键。

关键词: 贯穿缝合式胰肠吻合; 胰十二指肠切除; 护理

中图分类号: R 473.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2013)04-084-03 DOI: 10.7619/jcmp.201304030

Nursing experience of penetrating - suture type of pancreaticojejunostomy in the duodenopancreatectomy

ZHANG Wenping, BU Jian, ZHOU Yan

(Department of Hepatobiliary Surgery, Taixing People's Hospital, Taixing, Jiangsu, 225400)

ABSTRACT: Objective To explore the nursing method for patients with penetrating - suture type of pancreaticojejunostomy in the duodenopancreatectomy. **Methods** Nursing measures of the 31 patients with penetrating - suture type of pancreaticojejunostomy in the duodenopancreatectomy were analyzed retrospectively. **Results** All of the 31 patients were cured, and no patient had pancreatic fistula or hemorrhage. **Conclusion** Close observation on the condition of disease, mental communication, maintenance of unobstructed tube and necessary enteral nutrition are the key points of high quality nursing for patients underwent duodenopancreatectomy.

KEY WORDS: penetrating - suture type of pancreaticojejunostomy; duodenopancreatectomy; nursing

胰十二指肠切除术是腹部外科最为复杂的手术之一,术后胰瘘是其常见并发症,严重的胰瘘甚至会导致患者死亡^[1-2]。为防止胰瘘的发生,2005年5月—2011年12月本科对31例胰十二指肠切除术采用了贯穿缝合式胰肠吻合法,术后配合高质量的临床观察和护理,无1例患者术后出现胰瘘,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例31例,其中男19例,女12例,年龄26~82岁,平均63岁。胰头癌15例,胆总管下段癌6例,十二指肠癌5例,壶腹部癌2例,胰十

二指肠毁损伤2例,胰头部黏液性乳头状瘤1例。同次手术行直肠癌根治性切除1例、剖宫产1例。合并高血压病9例、糖尿病3例、脑梗死恢复期2例。

1.2 方法

胰十二指肠切除范围包括远端部分胃、胆囊、胆总管、胰头部和整个十二指肠及空肠上段15~20cm,清扫沿途的淋巴结、脂肪及神经结缔组织。本组病例行胰十二指肠切除均采用Childs式消化道重建。手术采用贯穿缝合式胰肠吻合法^[3-4]:①胰断面准备,胰腺垂直横断,断面以电凝或缝扎止血,残端游离1~1.5cm,主胰管内置入支撑引流管。②空肠准备,胰空肠端侧吻合

时对应的空肠壁全层切开,如作胰管空肠黏膜吻合,空肠浆肌层全部切开,黏膜层中央处作1个小切口以作吻合用,其上下两端的黏膜也一并切开。

- ③ 贯穿缝合,在距胰腺断端0.5~0.8 cm处,贯穿缝合胰腺断端全层、空肠前后壁共6~8针,将胰管支撑管送入肠腔后对拢打结,使空肠前、后壁内翻覆盖于胰断面上,缝合时避免损伤主胰管。
- ④ 加强缝合,胰包膜空肠浆肌层间断缝合作加强。

1.3 结果

本组31例患者均痊愈出院,无1例发生胰瘘或者出血,所有患者随访6~24个月,经B超、腹部CT或者MRI检查未发现胰肠吻合口附近积液或者胰管明显扩张。

2 术后护理

2.1 一般护理

术后予心电监护,严密监测生命体征和腹部体征变化。禁食水,记录24 h液体的出入量,必要时检测中心静脉压。控制补液速度,以防补液过快过多而导致心肺功能不全。持续吸氧,去枕平卧6 h,头偏向一侧,防止误吸。注意保持患者口腔和皮肤清洁。患者清醒后尽可能取半卧位,有利于呼吸及腹腔引流。鼓励患者深吸气和咳嗽,勤翻身拍背,预防肺不张和坠积性肺炎的发生。活动或者按摩患者双下肢,经常按摩骨突部,尽早鼓励患者在病床上适当活动,每2 h翻身1次,谨防褥疮和深静脉血栓的发生。

2.2 心理护理

胰十二指肠切除手术创伤大,麻醉时间长,身上管道多,这些会不同程度增加患者的心理负担,患者容易出现烦躁、焦虑不安等情绪,给治疗带来困难。护士应主动关心体贴患者,多与患方沟通,向患者及其家属讲明各种留置管等治疗措施的重要性,并介绍术后可能会发生的并发症和注意事项^[5]。帮助患者消除恐惧心理,增强信心,使其能更好地接受诸多管道和全量补液带来的不适。实施肠内营养前向患者介绍肠内营养的优点、目的和对治疗原发病的益处及开始使用时可能出现的不良反应。

2.3 胃管护理

胃管应妥善固定,防止滑脱,注意检查,保持通畅。观察胃管引流液的颜色、性质及引流量。胰十二指肠切除术后1~2 d内胃管内可引出色

暗红或紫褐色液体,其主要为胃肠吻合口少量渗血,24 h引流量一般少于300~500 mL,并且逐日减少。若引流液鲜红并且量逐渐增多或者短时间内有大量鲜红色血性液体引出,要考虑吻合口血管大出血可能,应及时通知医生。胰十二指肠切除术后5~7 d胃管引出血性液体要考虑应激性溃疡,应激性溃疡出血多为咖啡色引流液,出血多者引流液可呈暗红甚至鲜红色。出现应激性溃疡时,除了静脉应用抑酸剂外,还可以在医生的指导下定时向胃管注入或加入去甲肾上腺素的冰生理盐水。

2.4 腹腔引流管护理

本组患者均在胰肠、胆肠吻合口旁各放置了1根多孔乳胶管。引流管要固定牢靠,防止引流管脱落、折叠和扭曲,经常观察、捏挤引流管,确保引流管通畅,并记录引流液的颜色、性状和量,可及时发现腹腔内大出血、胰瘘、胆瘘的发生^[6]。胰十二指肠切除术后2~3 d内腹腔引流液可为淡血性,以后会逐渐转为淡黄色,并且引流量也会逐渐减少。若短时间内腹腔引流管引出大量血性液体,表明腹腔内有活动性出血,及时协助医生抢救并做好手术准备^[7]。测定术后腹腔引流液、血液淀粉酶含量,但腹腔引流液淀粉酶升高并非一定就表明有胰瘘发生^[8-9]。一般认为术后3 d以后腹腔引流管内出现可计量的液体引流,并且其淀粉酶含量高于血清淀粉酶活性正常上限的3倍要考虑存在胰瘘^[10]。腹腔引流液轻度升高考虑胰肠吻合口渗漏,渗漏量会逐渐减少并于7~10 d后消失,一般不会发生严重并发症。一旦发生胰瘘,需改用双管或双套管引流,冲洗引流管并接负压吸引以保持有效引流,保护好瘘口周围皮肤不被腐蚀。一旦发生胆瘘,护理重点仍应保持T管或者腹腔引流管通畅,周围皮肤涂锌氧油,防止皮肤糜烂。保持有效持续引流,胆瘘引流量会逐渐减少,最后均可自愈。

2.5 肠内营养护理

12例营养状况较差或术后不能正常进食且肠道功能正常患者行肠内营养。术中将鼻空肠营养管远端送至胃空肠吻合口以下输出段约30 cm处或行空肠造瘘,妥善固定鼻腔肠管或空肠造瘘管,保护空肠造瘘管周皮肤^[11-12]。拟进行肠内营养前营养管内滴入生理盐水或5%葡萄糖水100~150 mL,如无明显不适,可过渡为预消化的营养液(如百普力),开始滴入速度为10~20滴/

min,视情况可使用加热泵或输液泵泵入,温度控制在38~42℃为宜,适应后可调至100~150 mL/h。原则是从少量、低浓度开始,每日总量由开始的500mL逐渐增加至1500~2000 mL。使用前和结束时要用生理盐水或温开水冲管,以免堵管^[13-14]。肠内营养过程中少数患者可出现腹痛、腹胀等不良反应,减慢滴速可缓解不适^[15]。

3 讨论

胰瘘是胰十二指肠切除术后最常见的并发症和导致死亡的主要原因,被消化液激活的胰液漏入腹腔,可腐蚀和消化腹腔内组织,造成大出血和感染,严重者可导致死亡。近些年来人们对胰肠吻合方式进行了诸多改进,但胰瘘仍时常发生,有文献报道胰瘘发生率为5%~25%,病死率为20%~50%^[16]。贯穿缝合式胰肠吻合操作简单、省时,其吻合和止血均非常可靠,贯穿缝合对胰腺组织损伤少,胰腺断端的血供好;胰腺断面无裸露且渗液引流通畅,可避免无效腔形成^[17]。贯穿缝合是一种比较理想的胰肠吻合方法,其最大的优点是可以适应任何条件的胰腺残端,本组31例患者行贯穿缝合式胰肠吻合,无1例发生胰瘘。

胰十二指肠切除术后防止胰瘘发生除了胰肠吻合方法很重要外,还需注重术后的综合治疗,尤其是高质量的护理措施。高质量护理是指术后密切观察病情,并配以细心的心理护理,以使患者配合术后各项治疗和护理措施的施行。贯穿缝合式胰肠吻合法是一种全新的吻合方法,其设计理念符合胰腺器官解剖特点和生理特性。当然理论需要实践检验,术后每天需定时测定腹腔淀粉酶和同时血清淀粉酶,每天更换胆肠及胰肠吻合口旁引流袋,然后对照国际胰瘘的诊断标准来判断是否存在胰瘘。胰十二指肠切除手术创伤大,对营养状况欠佳或者不能正常进食的患者术后需行肠内营养支持。肠内营养可以刺激消化液和胃肠道激素的分泌,促进胃肠蠕动恢复,符合生理过程;还能促进肝脏蛋白的合成,改善营养,以促进吻合口愈合;而且肠内营养还可以改善肠黏膜的渗透性,改进肠黏膜屏障功能和减少肠道细菌移位,减

少肠源性感染的发生^[18]。

参考文献

- [1] 刘颖斌,朱锦辉,王建伟,等.三种不同胰肠吻合术可靠性比较的实验研究[J].中华外科杂志,2006,44(5):339.
- [2] 朱学锋,陈益君.胰十二指肠切除术中胰肠吻合的历史与研究现状[J].肝胆外科杂志,2012,20(4):311.
- [3] 陈益君,朱永胜,黄建军,等.胰腺断端空肠前后壁一针贯穿结节缝合在胰肠吻合术中的应用[J].肝胆外科杂志,2008,16(2):123.
- [4] 陈益君,朱学锋,黄建军,等.贯穿缝合式胰肠吻合术[J].中华肝胆外科杂志,2012,18(2):81.
- [5] 赵艳萍,马金凤,隋春梅,等.捆绑式胰肠吻合术应用于胰十二指肠切除的护理[J].护理实践与研究,2008,5(5):43.
- [6] 裘丹英.胰十二指肠切除术后引流管的护理[J].浙江临床医学,2006,8(9):1001.
- [7] 刘秋云.28例胰十二指肠切除术后的临床护理体会[J].实用临床医药杂志,2010,14(18):81.
- [8] 陈益君,朱学锋,朱永胜,等.胰肠吻合术后腹腔引流液淀粉酶连续监测结果分析[J].肝胆外科杂志,2012,20(4):276.
- [9] 孙莉莉.胰十二指肠切除术80例引流管的护理[J].中国误诊学杂志,2012,12(3):712.
- [10] Bassi C, Dervenis C, Butturini G, et al. Postoperative pancreatic fistula: an international study group(ISGPF)definition[J]. Surgery, 2005, 138(1): 8.
- [11] 王继,周黎黎,龚妹.胰十二指肠切除术后经鼻肠管早期肠内营养的护理[J].华西医学,2012,27(3):416.
- [12] 何庆玲.胰十二指肠切除术后肠内营养支持的观察与护理[J].中国医学创新,2012,9(8):55.
- [13] 孙敏,董顺红,张华,等.胰十二指肠切除术后早期肠内营养的应用和护理[J].实用临床医药杂志,2011,15(22):114.
- [14] 刘希华,张宝林.胃肠术后早期肠内营养支持的观察和护理[J].当代护士,2006,3:27.
- [15] 刘慰.胰十二指肠切除术后并发症的观察及护理体会[J].实用临床医药杂志,2010,14(18):11.
- [16] 霍红,张欣宇.持续腹腔冲洗治疗胰十二指肠切除术后吻合口瘘患者的护理[J].护理学杂志,2011,26(12):39.
- [17] 寇慧玲,刘孟刚,吴忠玲.老年患者行胰十二指肠切除术的护理配合[J].海南医学院学报,2011,17(12):1726.
- [18] 郭丽萍,唐春,袁涛,等.胰十二指肠切除术治疗慢性胰腺炎的临床观察[J].第三军医大学学报,2010,22(32):2467.