

## · 护理园地 ·

# 1 例重症急性胰腺炎多次腹腔大出血的救治与护理

刘亚萍<sup>1</sup>, 徐 诺<sup>1</sup>, 沈正华<sup>1</sup>, 叶向红<sup>2</sup>

**[摘要]** 文章总结报道 1 例重症急性胰腺炎多次腹腔大出血的救治与护理过程。根据疾病的特点,在护理过程中采取相应的护理措施,对患者实施出凝血观察、肠内营养安全管理、腹腔引流量的观察、血流动力学的监测管理、数字减影血管造影技术(DSA)术后护理、胰腺坏死组织清除+出血部位压迫止血+腹腔引流术后护理及康复指导,有效促进了疾病的恢复,最终患者康复出院。

**[关键词]** 急性胰腺炎;腹腔出血;护理

**[中图分类号]** R65 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1672-271X(2017)03-0315-03

**[DOI]** 10.3969/j.issn.1672-271X.2017.03.024

急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)约占急性胰腺炎中的 10%~20%,是一种发病急、进展快、并发症多、死亡率高的急腹症,是急性胰腺炎中病情危重的一种,常见的病因包括胆道结石、酗酒、暴饮暴食、高脂血症等<sup>[1-3]</sup>。重症急性胰腺炎引起的腹腔内大出血是少见但致命的并发症,其发病率不足 2.5%,但死亡率高达 37.9%~87.9%,是急性胰腺炎的主要死亡原因之一<sup>[4]</sup>。目前认为出血与胰腺坏死的严重程度有关,原因多为胰蛋白酶和弹性蛋白酶长期腐蚀腹腔内和腹膜后血管有关。治疗进展采用介入放射学对诊断和治疗及出血部位的局部压迫止血是早期抢救的有效措施之一<sup>[5]</sup>。该病例给护理上带来了难度,尤其是出血的急救、数字减影血管造影技术(digital subtraction angiography, DSA)、床边止血、和急诊手术止血等的配合,生命体征的维持监测等;2016 年 11 月,南京军区总医院消化内科监护收治了 1 例重症急性胰腺炎合并腹腔大出血的病例,经过 2 个月的积极治疗与护理,患者顺利康复出院。现将护理体会报道如下。

## 1 临床资料

患者男,43 岁,2016 年 10 月因胰腺炎在县、市等多家医院治疗,外院治疗期间合并呼吸衰竭,行

气管切开,呼吸机辅助呼吸,腹腔穿刺引流,给予积极治疗患者病情好转,成功撤机。11 月 25 日患者腹痛突然加剧,腹腔引流管中引流出洗肉样液体,CT 示腹腔出血,因病情不能缓解于 11 月 30 日转入我院消化内科监护病房,入院查体:体温 37.9℃;心率 111 次/min;呼吸 20 次/min;血压 160/95 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa);患者意识清醒、贫血面容,腹部膨隆、上腹压痛、右腹腔引流管引流出洗肉样液体,实验室检查:C 反应蛋白 80.4 mg/L,血红蛋白 78 g/L,D-二聚体 10.31 mg/L,急性生理功能和慢性健康状况评分系统(APACHE)15 分,入院诊断为重症急性胰腺炎、腹腔大出血、ARDS、糖尿病、脓毒血症、脂肪肝(重度)、慢性乙型肝炎,入院积极予以禁食、抑酸、止血、输血、抑制胰酶分泌、抗感染、营养支持等治疗。入院第 21 天腹腔双套管出血,量约 1300 mL,当日行数字减影血管造影技术诊治发现脾区微小动脉瘤,考虑坏死组织腐蚀血管出血;入院第 22 天再次出现腹腔双套管引流出血性液体,量约 1000 mL,血压下降,经积极的输血、扩容、输入血管活性药物等抢救治疗。生命体征平稳后于入院第 23 天在手术室下行胰腺坏死组织清除+出血部位压迫止血+腹腔引流术,腹腔内见脓性液体含有血凝块,量约 1000 mL,术中出血约 1000 mL,术后共放置腹腔双套管 4 根,术后引流出血性液体 400 mL。术后返回监护病房继续呼吸机辅助呼吸,输入白悬浮红细胞、血浆、亚胺培南抗感染治疗。患者治疗过程中共 6 次出血,累计出血量约 5000~6000 mL,输入悬浮红细胞 30.5 u(6100 mL),输血浆 1130 mL,输白蛋白 90 g。术后出血逐渐停止,术后第 10 天转入普通病房,给予肠内营养治疗,术后 2 周行彩色多普

作者单位: 210002 南京,南京军区南京总医院,1. 消化内科,2. 普通外科

通信作者: 叶向红, E-mail: icuyz@126.com

引用格式: 刘亚萍,徐 诺,沈正华,等.1 例重症急性胰腺炎多次腹腔大出血的救治与护理[J].东南国防医药,2017,19(3): 315-317.

勒超声提示左侧股静脉血栓,立即行左下肢深静脉造影+下腔静脉滤器置入+溶栓导管置入术,遵医嘱给予溶栓并制动,经过精心的治疗护理,患者病情平稳,无腹腔出血,左下肢肿胀完全消退,于 2017 年 1 月 15 日康复出院。

## 2 护 理

**2.1 出凝血观察护理** 出血期快速打通静脉通道,建立 3 条有效的大静脉通道,加快输液速度,并实施输血或输液,促使血容量得到扩充,确保身体器官系统的血流流通,使得器官系统正常运转,杜绝休克,防止器官功能衰竭的现象。患者低凝状态,给予监测血栓弹力图,对于单纯输悬浮红细胞超过 10 u 即须高度警惕凝血功能障碍的发生,患者在治疗过程中总共输入悬浮红细胞 30.5 u(6100 mL),悬浮红细胞中含有抗凝剂,输注的悬浮红细胞量越大,输入的枸橼酸钠量越多,使患者的凝血功能更差,从而伤口不易愈合,因此在输悬浮红细胞的同时输入血浆,补充凝血因子<sup>[6]</sup>,以防止机体凝血功能下降导致出血不止。密切观察患者的生命体征、观察皮肤黏膜及伤口有无出血,行动静脉穿刺拔针后应加长按压的时间,行口腔护理动作应轻柔,及时观察凝血功能。

**2.2 肠内营养安全管理** 重症急性胰腺炎患者机体处于高分解代谢状态,肠黏膜屏障功能易损伤,易引起肠黏膜萎缩、肠功能衰竭及肠道细菌易位,增加肠源性感染<sup>[7]</sup>。通过早期供给肠内营养,可以维持肠道内环境,减少肠道菌群易位及肠源性感染等风险。针对患者营养支持,采取个体化肠内营养安全管理。患者术前因腹腔多次大量出血,给予禁食,使用肠外营养治疗,出血停止后 48 h 遵医嘱早期使用肠内营养,遵循浓度由低到高、容量由少到多、速度由慢到快的原则”营养液输注温度一般以 35~37℃ 为宜<sup>[8]</sup>,在输入过程中至少 2 h 冲管 1 次,防止堵管。同时观察患者有无腹胀、腹痛及排便情况。

**2.3 腹腔引流量的观察** 腹腔引流管应妥善固定,避免牵拉,保持引流管通畅,观察引流液的性质、颜色,准确记录引流量,若在 24 h 内引流液为鲜红色、引流量>100 mL/h,并伴有心率快、血压下降,应立即通知医师<sup>[9]</sup>。2 次/d 根据各引流管引出液的颜色进行等渗盐水腹腔冲洗并观察引出液的颜色、量,进行动态比较。引流袋使用抗反流引流袋,每周更换 1 次,有引流出血性液体每日更换,以免凝固的血痂堵塞引流口,更换时注意执行无菌操作,防

止逆行感染。

**2.4 血流动力学的监测管理** 目前对危重患者血流动力学变化的监测是临床明确诊断、指导治疗、评估治疗反应及氧输送水平的手段。有创血压监测(arterial blood pressure, ABP)是经动脉穿刺置管后直接测量动脉腔内压力的方法,是危重患者血流动力学监测主要手段,可为危重患者抢救治疗提供有力保障。尤其扩容及大量输血可以随时监测循环系统。有创血压监测可随时抽取动脉血进行血气分析检查,避免频繁穿刺给患者带来疼痛或血管壁的损伤。部位选桡动脉为主,插管中严格无菌操作,测压中将压力传感器置于与右心房同一水平(即相当于腋中线第 4 肋骨水平)保证测压的准确性。在测压过程中取血标本要严格无菌操作及严防血管内进气体而造成空气栓塞。留置期间每日更换穿刺处敷料,微量泵持续 24 h 冲洗管道,置管时间不超过 1 周,以防止感染。密切观察动脉穿刺部位远端皮肤的颜色和温度有无异常,若发现局部肿胀,应立即拔除。采集血标本后,立即用肝素盐水冲洗导管,避免血栓形成危机生命。

**2.5 数字减影血管造影技术(DSA)术后护理** 数字减影血管造影检查范围覆盖全腹主要动脉,检出率高,对于一些特殊原因和部位的消化道出血,尤其是动脉性消化道出血,血管造影和介入治疗是重要的诊断和治疗方法,能够很好的发现不明原因消化道出血的病因,有报道称其阳性检出率可达 89%<sup>[10]</sup>。术后绝对卧床 24 h,患侧肢体制动 12 h,观察肢体皮温、颜色、感觉、穿刺部位有无出血渗血血肿及足背动脉搏动等情况,如有肢体循环障碍,应行正确肢体功能锻炼,可抬高患肢予以热敷、按摩,并观察症状有无改善,如疑有股动脉栓塞,出现肢体发麻则禁忌按摩以防栓子脱落。同时观察体温及有无腹痛症状,注意保暖,防止受凉。

**2.6 胰腺坏死组织清除+出血部位压迫止血+腹腔引流术后护理**

**2.6.1 双套管的护理** 腹腔双套管及负压引流管能有效清除胰腺坏死组织,控制腹腔内感染<sup>[11]</sup>,双套管的护理是最耗时也易出现障碍,患者的双套引流管护理中,管道堵塞、扭曲、出血、移位是影响引流效果的主要原因,因此,在细心观察与精心照料引流管的同时,掌握双套引流管的护理技巧 8 步法,一看:观察引流管引流量、引流液性状,穿刺点有无红肿;二听:听吸引声,正常的吸引声为流水声与负压吸引声交织在一起的“呼呼”声,当听不到吸引声说明导管已阻塞或受压不通畅;三转:当发出细而

尖的“鸣笛声”时可能是吸入了纤维组织或导管周围的肉芽组织,可适当转动导管;四巡:勤巡视;五调:根据渗出情况及时调节负压;六问:询问患者穿刺处有无疼痛,有无腹胀;七标:每根导管给予相应的标识,床头挂防导管滑脱警示卡,严格床边交接班;八固:遵循高举平台法固定导管,必要时给予有效的肢体约束及使用防拔管手套。

**2.6.2 腹部切口护理** 观察伤口有无红肿、疼痛、渗血及渗液,保持敷料干燥,有渗液观察渗液颜色、量、性质、异味等。有潮湿应及时通知医师给予更换,严格无菌操作。患者术后留有多种管道导致患者畏惧翻身,故告知患者翻身的重要性,骶尾部使用减压贴,协助患者翻身,保护受压的部位。严格执行 1~2 h 翻身 1 次,翻身前先做好导管的固定,以免导管滑脱。患者伤口渗出较多,每 4~6 小时更换 1 次敷料,保持伤口干燥无渗液,使用降温药物时患者出汗量大,注意保暖,温水全身擦浴 2 次/d,及时给予更换病员服,保持床单位干燥、整洁。

**2.7 深静脉血栓术后护理** 急性重症胰腺炎早期导致的炎症反应、血液流变学变化、代谢紊乱等引起的低容量性休克、血液高凝状态易引起深静脉血栓。但是,由于深静脉血栓临床表现隐匿,约 80% 的患者无临床症状<sup>[12]</sup>。患者于 1 月 10 日出现左下肢麻木,胀痛感,立即制动、给予抬高患肢 20°,停止按摩,严禁冷热敷,报告医师,于 1 月 11 日行左下肢深静脉造影+下腔静脉滤器置入+溶栓导管置入术,术后患者肢体制动 24 h,每 4 小时观察皮肤颜色、温度、色泽及足背动脉搏动情况。测量两侧肢体的膝上和膝下 10 cm 处的周径值,2 次/d。深静脉血栓一旦形成,在给予大量液体复苏时,栓子可能脱落,进而导致肺栓塞<sup>[13]</sup>,如出现呼吸困难,或难以纠正的低血症应警惕肺栓塞发生。

**2.8 康复指导** 护理人员应告知患者饮酒、暴饮暴食与胰腺炎的关系,嘱其养成良好的饮食生活习惯;忌油炸、油腻、刺激性食物和生冷饮食,禁止暴食,绝对禁酒<sup>[14]</sup>,帮助患者及家属正确认识胰腺炎的易发因素,坚持使用弹力袜及服用溶栓药物治疗。尽早下床活动有助于预防下肢静脉血栓形成<sup>[15]</sup>,加强自我观察,定期随访,避免举重物 and 过度疲劳及情绪激动。

### 3 结 语

患者住院期间腹腔出血共 6 次,在救治与护理

过程中增加了很多难点,护士在病情观察中做到心中有数,不仅对引流液的颜色进行观察,对心率、血压及血色素严密观察,做到早期发现出血。重点做好出凝血的观察护理、肠内营养安全护理、腹腔引流量的观察、血流动力学的监测管理、数字减影血管造影术后及胰腺坏死组织清除+出血部位压迫止血+腹腔引流术后护理及康复指导,尤其早期肠内营养的管理及负压吸引压力的管理,是该患者救治成功的关键。

### 【参考文献】

- [1] 万水治,胡敢峰,李琳,等. CT 检查急性胰腺炎 25 例[J]. 东南国防医药,2009,11(3):205-208.
- [2] 黄义球. 急性重症胰腺炎早期并发症的观察与护理研究[J]. 中国医药指南,2013,11(34):519-520.
- [3] Jain V, Gupta O, Rao T, et al. Acute pancreatitis complicating severe dengue[J]. J Glob Infect Dis, 2014,6(2):76-78.
- [4] Flati G, Andren Sandberg A, LaPinta M, et al. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention, and treatment[J]. Pancreas, 2003,26(1):8-14.
- [5] 秦华东,张东伟. 重症急性胰腺炎术后腹腔内大出血的临床诊治分析[J]. 中国急救医学,2007,27(9):835-837.
- [6] Ryan SN, Rankin N, Meyer E, et al. Energy balance in the intubated human airway is an indicator of optimal gas conditioning[J]. Crit Care Med, 2002,30(2):355-361.
- [7] Olah A, Romics L. Early enteral nutrition in acute pancreatitis[J]. Langenbecks Arch Surg, 2008,393(3):261-269.
- [8] 叶向红,彭南海,童智慧,等. 妊娠期急性胰腺炎患者的护理[J]. 医学研究生学报,2012,25(6):631-634.
- [9] 陈小雁,潘向东. 闭合性胰腺损伤的术后护理[J]. 中华医学实践杂志,2004,12(3):12-13.
- [10] 李玉伟,张富强,李云辉,等. 不明原因消化道出血的 DSA 诊断与介入治疗[J]. 现代诊断与治疗,2009,20(1):13-15.
- [11] 杨春梅,刘友平,刘春艳. 急性重症胰腺炎术后管道的护理[J]. 护理实践与研究,2012,8(9):56-58.
- [12] Hirsh J, Dalen J, Guyatt G, et al. The sixth (2000) ACCP guidelines for antithrombotic therapy for Prevention and treatment of thrombosis[J]. Chest, 2000,119(1 Suppl):1S-2S.
- [13] Gallagher JJ. How to recognize and manage abdominal compartment syndrome[J]. Nurs Manage, 2004(S1):36-42.
- [14] 李维勤,李宁,黎介寿. 重症急性胰腺炎患者的营养支持[J]. 肝胆外科杂志,2003,2(11):8-9.
- [15] 罗琼,蒋玲. 下肢深静脉血栓形成原因分析及护理[J]. 医学文选,2005,24(5):805-806.

(收稿日期:2017-02-10; 修回日期:2017-04-26)

(本文编辑:刘玉巧)