

# 胰腺肿瘤切除术联合术前放置胰管预防支架 7 例的护理

周虹,赵林芳,陈钧,胡晓昀

浙江大学医学院附属邵逸夫医院,浙江杭州 310016

**摘要:**总结 7 例胰腺肿瘤切除术联合术前放置胰管预防支架患者的护理经验。术前协助患者做好胰管预防支架护理;术后进行营养支持,严密观察胰漏、出血等并发症并及时给予护理措施;做好患者康复治疗与护理、出院指导和随访。本组 7 例患者均顺利完成治疗,1 例患者术后 11 d 内镜下拔除胰管支架,1 例患者术后 6 个月胰管支架自行脱落,5 例患者术后 3~6 个月再次行内镜拔除胰管支架。

**关键词:**胰腺肿瘤;胰管支架;切除术;护理 DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2022.02.018

**中图分类号:**R473.6

**文献标识码:**B

**文章编号:**1671-9875(2022)02-0064-03

胰腺良性疾病以囊性疾病、神经内分泌肿瘤和实性假乳头状肿瘤较为常见,其中胰腺假性囊肿占 70% 以上,其余 30% 为胰腺囊性肿瘤,相对于胰腺癌等恶性肿瘤,胰腺囊性肿瘤的发病率较低,仅为 2%~45%<sup>[1]</sup>。胰腺肿瘤大多数需要手术切除,其中以切除术为较理想的术式<sup>[2]</sup>。切除术操作简单,创伤小,最大限度地保留正常胰腺组织和机体生理完整性,避免吻合口瘘及继发性并发症可能,降低继发糖尿病概率<sup>[3]</sup>。目前临床上普遍接受的切除术适应证是良性疾病、病变与主胰管存在一定的安全距离(2~3 mm),当病变与主胰管或胆总管距离小于安全距离或术中损伤主胰管时,选择胰腺节段性切除、胰十二指肠切除术或胰肠手术(即 Roux-en-Y 胰肠吻合术),但手术创伤及其他风险增大。胰腺肿瘤切除术较胰腺中段切除术术后发生胰漏的风险更高,而采用胰腺肿瘤切除术联合术前胰管预防支架置入的治疗方式,在保留主胰管作用和观察胰漏发生方面有较满意的临床效果<sup>[4-5]</sup>。2017 年 3 月至 2020 年 8 月,浙江大学医学院附属邵逸夫医院通过胰腺肿瘤切除术联合术前放置胰管预防支架治疗 7 例胰腺良性疾病,取得较好效果。现将护理报告如下。

## 1 临床资料

本组患者 7 例,其中男 1 例、女 6 例;年龄 26~75 岁,平均(49±16)岁;临床诊断为胰腺肿瘤,病程 3 d~2 年,平均病程(135±249)d。完善

术前检查后排除手术禁忌证,先行经内镜胰管预防支架置入后再行胰腺肿瘤切除术,4 例患者在同一天内完成内镜和手术,3 例患者先行经内镜胰管预防支架放置,其中 1 例出现急性胰腺炎症状,经对症治疗,症状缓解,3 例皆 1 周后再行手术。2 例术后出血,均在术后第 1 天行探查止血术;7 例术后均出现 B 级胰漏并发症<sup>[6]</sup>,经充分引流、延长引流管放置时间、禁食、使用抑制胰酶及消化液分泌的药物治疗后,2 例胰漏停止出院前拔管,5 例胰漏量逐渐减少,但带管出院。1 例术后 11 d 内镜下取出胰管支架;3 例术后 3~6 个月再次入院,在内镜下取出胰管支架;1 例术后 6 个月胰管支架自行脱落;2 例分别于术后 3 个月、4 个月门诊内镜下取出胰管支架。

## 2 护理

### 2.1 胰管预防支架护理

经内镜胰管预防支架置入后的并发症以胰腺炎最常见。术后持续腹痛、复查血淀粉酶升高 3 倍以上且持续>24 h,可诊断为急性胰腺炎。责任护士观察患者主诉、腹部体征,遵医嘱留取血淀粉酶,嘱患者禁食,大量补液,常规使用抑制胰酶分泌或消化液分泌的生长抑素或奥曲肽。本组 3 例行经内镜胰管预防支架放置,其中 1 例患者胰腺预防支架置入后立即出现急性胰腺炎症状,对症处理后 1 周后胰腺水肿消退再行腹腔镜胰腺肿瘤切除术,另外 2 例由于医院机器人有限,预防支架置入后 1 周行机器人胰腺肿瘤切除术。同时,该 3 例患者内镜下放置胰管支架需禁食禁饮,全胃肠外营养支持,支架放置后 3 d 恢复半流饮食,临床降阶使用生长抑素,以减少药物突然停止后引发的

**作者简介:**周虹(1987-),女,本科,主管护师。

**收稿日期:**2021-04-02

**通信作者:**赵林芳,zhaolf@srrsh.com

**基金项目:**浙江省医药卫生学科平台项目,编号 2018PY029

腹泻,2 例因暂停生长抑素静脉注射后出现不同程度的腹泻,其中 1 例给予奥曲肽 1 mg 皮下注射后再停药症状缓解,另 1 例腹泻 7 次后给予蒙脱石散止泻药物口服后缓解。4 例患者给予手术前晚禁食禁饮,手术当天上午先行经内镜下胰管预防支架放置,术晨予乳酸钠林格注射液 500 mL 静脉滴注,内镜治疗前再次予乳酸钠林格注射液 500 mL 静脉滴注,顺利完成内镜治疗后,下午行腹腔镜胰腺肿瘤切除术。

## 2.2 术后护理

### 2.2.1 营养支持

术后禁食、禁饮,给予全胃肠外营养支持。本组 3 例术后留置胃管,以起到胃肠减压作用,均在术后 1~3 d 排气排便后拔除胃管。患者于术后第 4~7 天进食流质饮食,并请营养科会诊后开具营养粉加强患者营养支持,术后第 5~9 天过渡为半流饮食,床边责任护士采用回授法(teach-back)行饮食宣教。本组 1 例患者因不能耐受乳清蛋白粉,请营养科再次会诊后改成短肽型粉剂;2 例患者半流饮食后,由营养科评估再加用纤维营养素或强化肽营养粉。

### 2.2.2 并发症的观察与护理

#### 2.2.2.1 胰漏

国际胰漏研究小组对于胰漏的标准定义为引流液淀粉酶含量高于血清淀粉酶的 3 倍。术后胰漏分为 A、B、C 三级,A 级为“一过性漏”,无临床意义;B 级有轻微临床症状,通过延长引流可达到治愈,无需进一步干预;C 级有明显的临床症状,需要手术干预<sup>[6]</sup>。胰腺周围引流液淀粉酶的监测是诊断和及早发现术后胰漏的灵敏指标,保持腹部引流管引流通畅对防治胰漏的发生和进展十分重要,充分引流胰液,可减少出血和腹腔感染的发生<sup>[7]</sup>。本组 7 例患者术后均带回 1~3 根胰腺周围引流管,每根引流管除手术缝线外,根据引流管粗细予“三条腿”鼻贴或“工形贴”双重固定,以降低引流管意外拔管风险。每班查房时关注引流管标识清晰度以及引流液的颜色、性状、量;定时挤压引流管,保证引流管引流通畅;遵医嘱每日留取胰腺周围引流液,检验淀粉酶指标,动态观察是否存在胰漏。7 例患者术后均出现 B 级胰漏,经充分引流、禁食,以及使用抑制胰酶及消化液分泌的药物

等治疗,在院期间均未发生引流管堵管或意外拔管事件,其中 5 例术后带管出院。

#### 2.2.2.2 出血

术后严密观察患者的生命体征、腹部体征及引流液的颜色、性状、量,遵医嘱进行血常规检验,关注患者的血红蛋白等指标的动态变化,必要时进行腹腔积液 B 超检查明确是否有出血情况。本组 2 例患者术后第 1 天心率加快至 100 次/min 和 140 次/min,血压下降至 81/40 mmHg(1 mmHg=133 Pa)和 65/44 mmHg,血红蛋白下降至 82 g/L 和 67 g/L,并伴随腹胀不适,引流管引出新鲜温热血性液体,床边腹腔积液 B 超检查示出血可能。严密观察患者生命体征;开通两路及以上静脉通路,快速补液;观察引流管情况,做好记录。2 例患者生命体征仍不稳定,遂行腹腔镜探查止血术,术中发现 1 例脾动脉和脾静脉出血,另 1 例胰腺钩突创面小血管活动性出血,二次止血术后均回病房继续治疗。

#### 2.2.2.3 深静脉血栓形成(deep venous thrombosis,DVT)

采用 Caprini 风险评估模型筛查 DVT 高危患者,将电子版嵌入住院电子病历中,由医生对入院 24 h(排除其他抗凝适应证)、转科、病情变化(术后或病情加重)等患者进行风险评估,中高危及术后患者常规排查 D-二聚体及双下肢深静脉彩色超声检查<sup>[8]</sup>。本组 7 例患者均为 DVT 高危患者,术中穿戴弹力袜;术后 3 d 内每天遵医嘱监测 D-二聚体,观察并记录数据动态变化;术后第 3 天行双下肢深静脉彩色超声检查。在排除 DVT 后,遵医嘱行床边双下肢肌泵治疗预防 DVT,1 次/d,30 min/次。4 例患者在术后第 3 天行双下肢深静脉彩色超声检查时发现下肢肌间血栓,其中 1 例患者主诉下床活动时偶有双下肢酸胀不适,在评估出血风险后给予基础预防,鼓励早期下床活动;住院期间未发生 DVT。

## 2.3 康复治疗与护理

多学科合作,给予患者康复指导:呼吸系统方面,呼吸治疗科术前会诊,指导患者术前术后的呼吸功能锻炼,并采用适合患者的仪器辅助深呼吸锻炼,术后责任护士每日系统评估记录患者肺部情况,必要时再次邀请呼吸治疗科会诊;手术切口方面,责任护士观察患者手术切口恢复情况,切口

敷料若有渗液及时报告主管医生换药,术后第2天挤压手术切口,观察有无红肿、渗液,若发现手术切口红肿、渗液,报告主管医生,请康复科行红外线治疗或者伤口造口小组会诊;康复活动方面,术后第1天主管医生开具康复科会诊,由康复治疗师协助患者下床活动,指导其进行康复锻炼,当天下床活动后要求患者床上坐起3次,10 min/次,踝泵运动3次,20组/次,之后责任护士仍需参与到患者康复锻炼,以有效预防肠梗阻和肠粘连的发生。本组1例患者早期切口脂肪液化予红外线照射后好转,7例均经过多学科合作干预,未发生切口感染、肺部感染及肠梗阻。

### 2.4 出院指导及随访

本组7例患者经治疗后于术后14~28 d出院,5例患者带胰腺周围引流管出院。出院时责任护士在饮食、活动、出院带药、引流管4个方面进行出院宣教。出院后患者继续低脂半流饮食,加强营养支持。日常生活中,患者保证每天的运动量。根据出院记录,患者遵医嘱服用抗感染、促消化、护胃等药物。携带引流管出院的患者,需关注引流液颜色、性状和量,定时挤压和倾倒,做好导管双重固定,防止意外拔管,每周更换引流袋和引流管周围敷料,以防止引流管相关感染的发生。护士嘱患者于出院后2周时门诊复查,将每日引流量数据带回,根据其引流量和临床检查决定是否拔管,该5例患者均于门诊复查时拔除胰腺周围引流管。术后6个月若患者还未内镜下行胰管预防支架取出术,主管医生电话联系患者,督促其及时就诊和告知胰管预防支架放置超时的危险性,以保证患者安全。

### 3 小结

胰腺良性肿瘤患者在术前行经内镜胰管预防

支架置入有利于在手术过程中定位胰管,保护胰管;在术后,胰管支架能保持引流通畅,利于胰漏等并发症的观察,避免重症胰腺炎的发生。护理重点为做好胰管预防支架护理,术后进行营养支持,注重对并发症的观察及护理,做好出院指导和随访,最终降低术后并发症特别是胰漏引发重症胰腺炎的发生,促进胰腺良性肿瘤患者的康复及顺利出院。

### 参考文献:

- [1] NAGTEGAAL I D, ODZE R D, KLIMSTRA D, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system[J]. *Histopathology*, 2020, 76(2): 182-188.
- [2] BARTOLINI I, BENCINI L, BERNINI M, et al. Robotic enucleations of pancreatic benign or low-grade malignant tumors: preliminary results and comparison with robotic demolitive resections [J]. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*, 2019, 33(9): 2834-2842.
- [3] 丁国平, 俞一尘, 曹利平. 腹腔镜胰颈部肿瘤切除联合胰管支架置入术[J/CD]. *中华腔镜外科杂志(电子版)*, 2021, 14(5): 312-314.
- [4] 徐盟, 秦仁义. 腹腔镜胰腺手术器官保留的技巧和运用[J]. *临床外科杂志*, 2021, 29(7): 604-606.
- [5] 王琨, 阿不都热依木·吐尔洪, 杨帆, 等. 经内镜胰管支架置入联合肿瘤剜除术治疗胰腺颈部良性肿瘤1例报告[J]. *临床肝胆病杂志*, 2019, 35(1): 185-186.
- [6] BASSI C, MARCHEGIANI G, DERVENIS C, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After[J]. *Surgery*, 2017, 161(3): 584-591.
- [7] 叶海丹, 罗新春, 豆秋江, 等. 上腹部多器官联合移植术后胰漏的观察及护理[J]. *中国实用护理杂志*, 2017, 33(20): 1551-1553.
- [8] 余红梅, 潘红英, 占玉芬, 等. 全院联动静脉血栓形成防治信息化体系的建立与实践[J]. *中华护理杂志*, 2020, 55(3): 373-378.

## • 信 息 •

### 《护理与康复》杂志社网上投稿须知

《护理与康复》杂志社网上投稿系统于2014年10月1日启用,是投稿的唯一方式,网址 <http://www.zjhlykf.com>。如果您还没有注册用户名,请在作者登录系统点击注册,按照系统提示填写注册信息,\*项的信息必须填写,其他项目可在不影响您信息安全的条件下选择填写。注册成功后,用您的用户名、密码登录,进入作者中心进行投稿、稿件查询等,在线上传文章时,如果不能顺利上传,可能与您使用电脑的浏览器版本较低有关,请及时升级浏览器到较高版本,以便能顺利上传文章。投稿后需要缴纳审稿费,可直接点击链接通过支付宝支付费用。如有疑问可来电咨询,编辑部电话:0571-87152049。

《护理与康复》编辑部