

护理理论：胰十二指肠肿瘤围手术期观察及护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/490/2021_2022__E6_8A_A4_E7_90_86_E7_90_86_E8_c67_490581.htm

术前准备 1 心理护理 胰十二指肠肿瘤患者术前的心理状态比其他肿瘤术前心态还要差。除了手术给患者带来不同程度的恐惧忧虑之外，由于频繁呕吐、腹胀、腹痛、皮肤瘙痒，使患者的情绪处于高度紧张状态，护理人员向病人家属清楚交代施行手术的必要性、可能取得的效果、手术的危险性、可能发生的并发症以及术后恢复过程的注意事项，以取得病人和家属的信任，同时也使他们有一定的思想准备。 2 营养支持 补充能量是手术成功的关键之一，90%以上病人都有不同程度的黄疸、凝血功能差、手术危险大为了提高手术耐受力 and 减少并发症，1.术前要进行1周充分准备，包括补充血容量？慢性脱水、低钾的纠正，输入人体白蛋白、新鲜血浆、胃肠外补充维生素K1以改善凝血机制、纠正低蛋白血症，口服胆盐减轻内毒素血症，如有贫血，则予以输血。2.对于高消耗分解代谢的病人使用氨基酸、20%脂肪乳剂。3.胰十二指肠肿瘤病人糖尿病的发生率比普通人群得多，一旦检查证实，应使用胰岛素控制血糖在7.2~8.9mmol/L、尿糖（-）~（-）范围内，要避免胰岛素过量因为低血糖比高血糖危险更大。 3 呼吸道的准备 胰十二指肠肿瘤术后肺部并发症机会多，术前应采取预防措施。严格戒烟最好2周以上，教会病人进行胸式呼吸锻炼，有助于防止术后膈 萎陷、肺部感染和低氮血症。我科54例患者有吸烟史32位，术前、术后进行深呼吸锻炼者，术后肺部并发症发生率为0. 术后护理 患者回病房后取平卧位，神志清晰取半卧

位。24小时心电监护、监控血压、脉搏，保持各种引流管有效吸引，保证静脉通畅，记录24小时出入量，注意口腔和皮肤护理，此外，还需做好以下护理：1 腹腔内出血的观察及处理 胰十二指肠根治术，因手术范围大、吻合口多，最易出现腹腔内出血。早期应密切观察腹腔引流液的性质和量，应注意腹腔内出血往往不能通过腹腔引流表现出来，也就是说不能完全依赖腹腔引流。我科22例有并发症发生，出血占12例，其中6例腹腔出血已经有很多，而腹腔引流量不多，甚至没有。所以必须结合病人全身情况进行分析，一旦患者在术后出现烦躁、口渴、脉快、低血、失血休克表现时，首先应考虑腹腔出血的可能。一旦明确诊断，予以止血药物，如：立止血2~4u静脉点滴、补充血容量、输血等抗休克治疗并密切观察生命体征，必要时立即手术探查、止血。2 应急性溃疡观察及处理 胰十二指肠根治术后5~7天，最易出现并发症是应急性溃疡。应急性溃疡的出现与手术创伤较大、病人应急程度较低、体内激素分泌增加有关，因此，为减少应急性溃疡的发生，在手术前应使病人做好充分准备，以减少精神应激，术中尽量缩短时间，术后予以营养支持和必要的代谢调理，以降低应激程度和增加组织修复能力。予以雷尼替丁0.15 NS20ml Bid静脉注射或信法丁40-60mg + NS20ml Bid静脉注射等酸药物，并给予抑制胃肠道、胰胆等激素分泌和对胃肠道粘膜有保护作用的生长抑素。我科发生应激性溃疡7例，经过以上方法控制都得到满意效果。3 胰瘘的观察及护理 胰瘘是胰十二指肠根治术的一种严重并发症，是根治术后早期死亡的主要原因。随着胰吻合技术的提高，胰瘘的发生率大大降低。我科54例胰十二指肠根治术，仅发生1例胰瘘。胰

痿不仅与患者全身情况、医生的操作机能有关，而且与感染有关。感染可以增加胰痿的发生，胰痿也与增加感染的程度有关。一旦发生胰痿，早期应保持胰液引流通畅，可使用善得定0.2mg q8h皮下注射，或用施他宁3000u 5%GS500ml维持24小时，并予以肠外高能量静脉营养等支持疗法，合理使用有效抗菌素。

4 腹腔内感染的观察及护理

腹腔内感染主要是由于术中胃肠、胆道细菌感染所致。另外病人对细菌的抵抗力减弱，也有一定因素。如：高热、营养障碍、低蛋白血症等，故除做好术前准备外，手术医生无菌隔离，防止感染忧关重要。术后护理人员各项操作都要按无菌操作技能完成。术前可预防性应用抗生素，在麻醉手术前半小时至1小时开始静脉输入抗菌素，术后予以足量合理抗菌素来预防治疗感染。

胰十二指肠根治术后患者顺利度过危险期进入恢复期，护理人员做好饮食指导和保健指导相当重要，鼓励患者床上适当活动，饮食应以高维生素、高蛋白、低脂、易消化食物、少量多餐避免过饱造成腹部不适，术后第十天能基本在床周围活动。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com