急性胰腺炎病人的护理

泰山护理职业学院
外科教研室

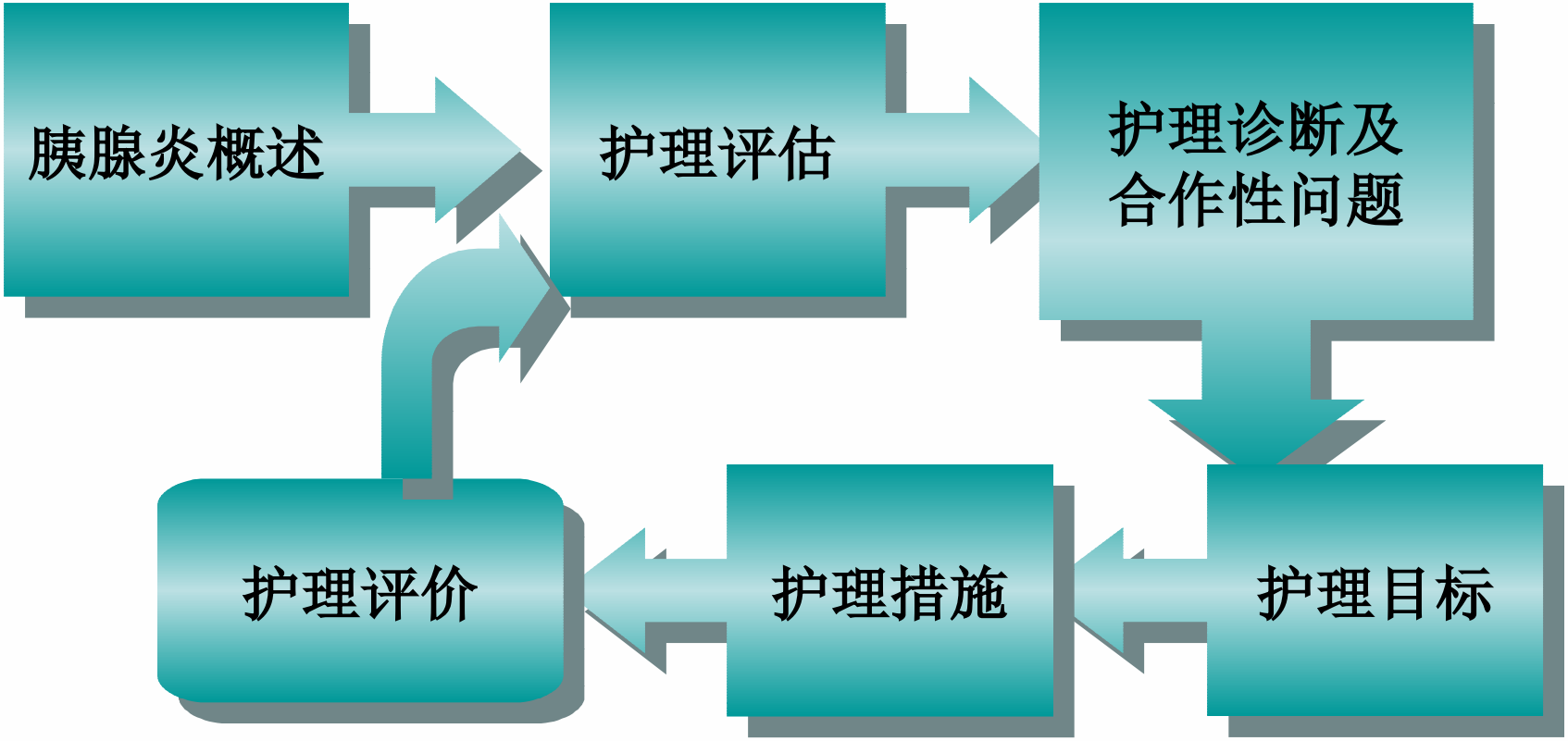
教学目标

1、掌握急性胰腺炎的护理评估、护理措施。

2、熟悉急性胰腺炎的病因、治疗原则。

3、了解急性胰腺炎的发

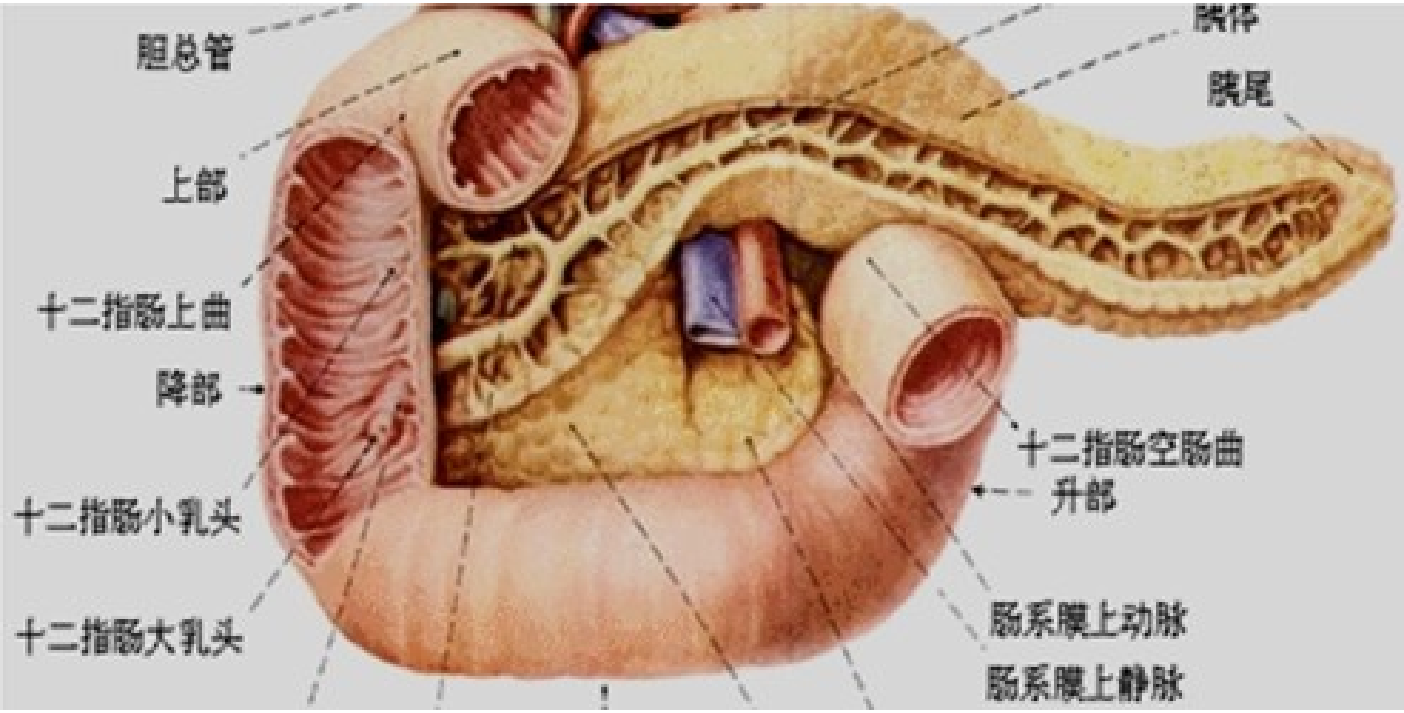
教学内容



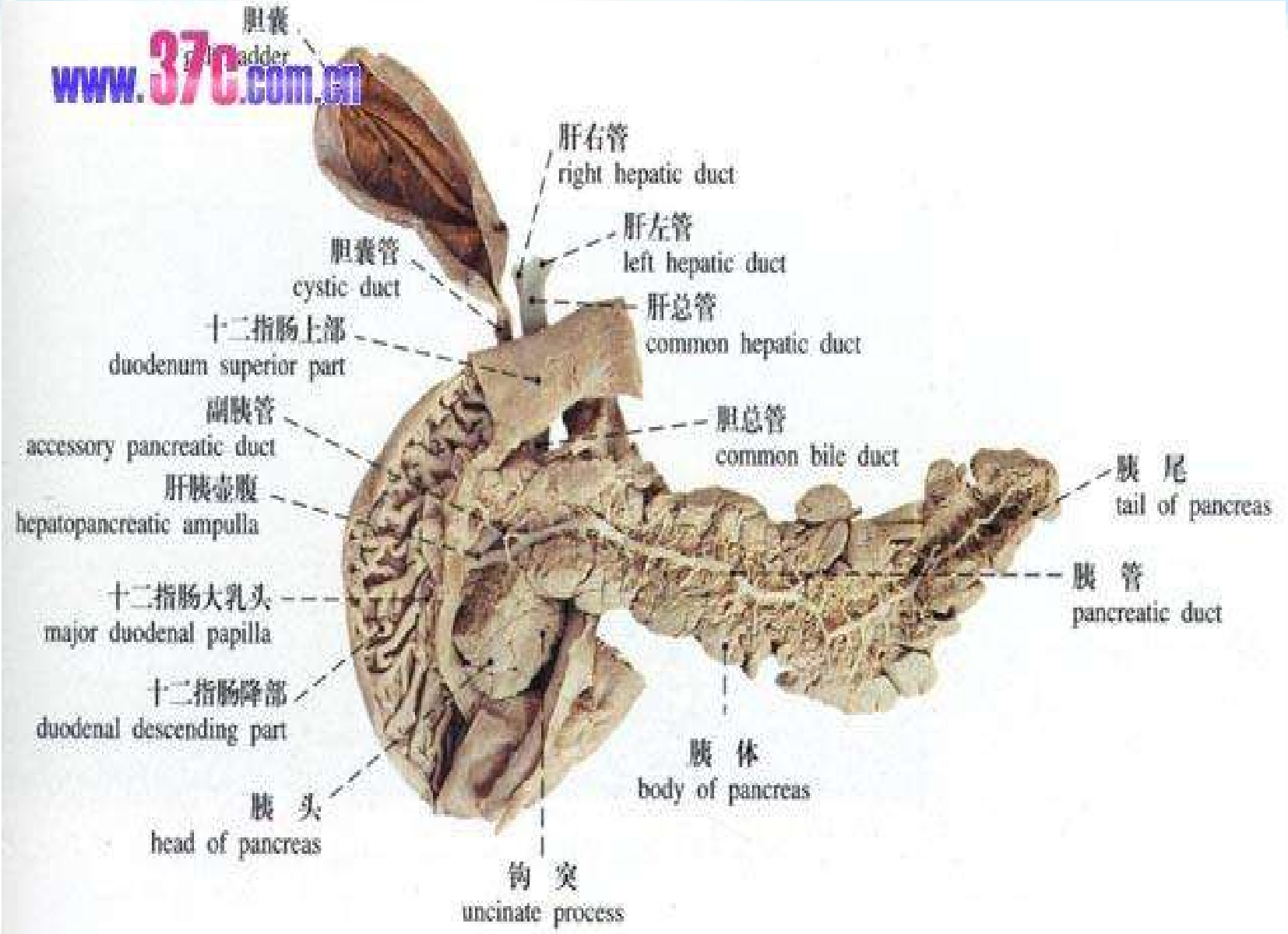
一、概述

- 急性胰腺炎（acute pancreatitis， AP），是多种病因导致胰酶被激活后产生胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的化学性炎症。

解剖生理概要


胆总管
上部
十二指肠上曲
降部
十二指肠小乳头
十二指肠大乳头
胰体
胰尾
十二指肠空肠曲
升部
肠系膜上动脉
肠系膜上静脉

解剖生理概要


胆囊
gallbladder
肝右管
right hepatic duct
肝左管
left hepatic duct
胆囊管
cystic duct
肝总管
common hepatic duct
十二指肠上部
duodenum superior part
胆总管
common bile duct
副胰管
accessory pancreatic duct
肝胰壶腹
hepatopancreatic ampulla
胰 尾
tail of pancreas
十二指肠大乳头
major duodenal papilla
胰 管
pancreatic duct
十二指肠降部
duodenal descending part
胰 体
body of pancreas
胰 头
head of pancreas
钩 突
uncinate process

二、病因与发病机制

1、胆道疾病　　胆石症、胆道感染或胆道蛔虫

2、大量饮酒和暴饮暴食

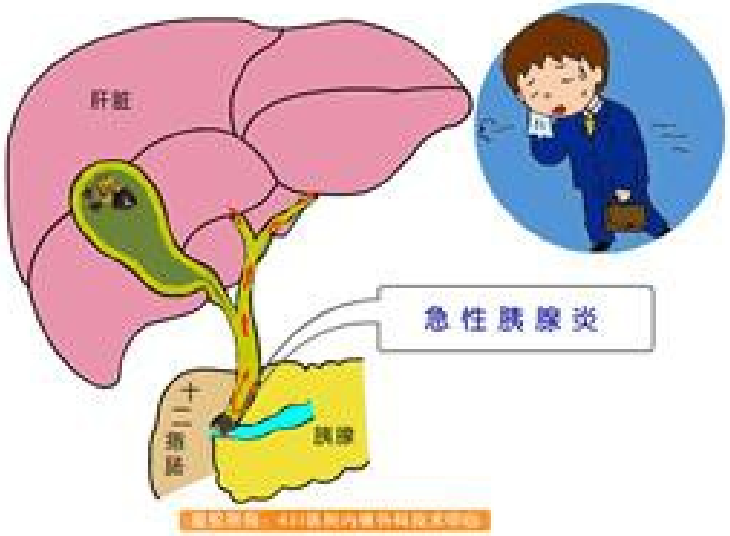
3、胰管阻塞

4、手术与创伤

5、内分泌与代谢障碍

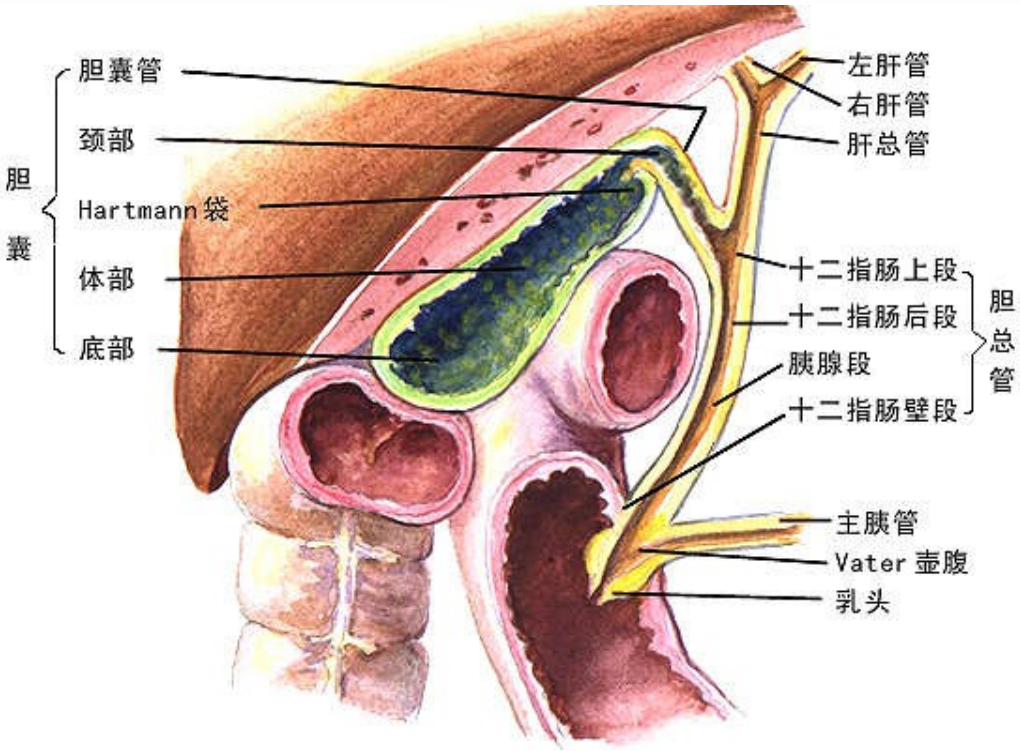
6、感染

7、药物



三、护理评估——身体状况

oddi 括约肌：胆总管末端和胰管末端的环形平滑肌与胆胰壶腹周围的环形平滑肌一起合称为 Oddi 括约肌，又称胆胰壶腹括约肌，具有控制胆汁和胰液排放的作用。进食时，尤其是高脂肪食物时，在神经体液调节影响下， Oddi 括约肌松弛，胆汁和胰液流入十二指肠；不进食时 Oddi 括约肌收缩，关闭其围绕的管道。



三、护理评估——身体状况

- 症状
- 1．腹痛　　主要症状 首发症状
- 2．恶心、呕吐及腹胀
- 3．发热
- 4．低血压或休克
- 5、水、电解质、酸碱平衡及代谢紊乱

三、护理评估——身体状况

体征

1、轻症急性胰腺炎

腹部体征较轻，腹胀、肠鸣音减弱

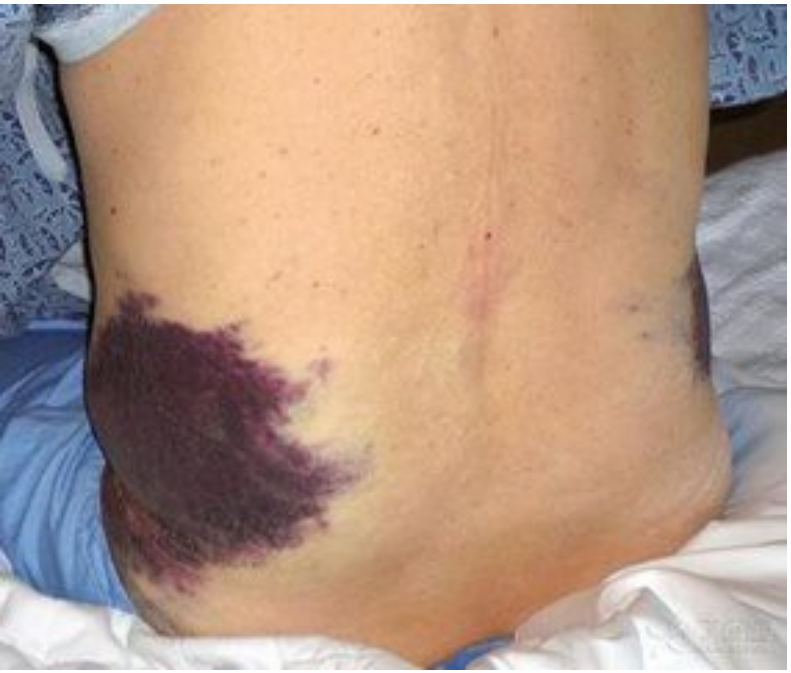
2、重症急性胰腺炎

休克、腹膜炎体征

Grey-Turner 征　　腰部、两侧肋腹部青紫色瘀斑

Cullen 征　　脐周皮肤青紫

三、护理评估——身体状况



三、护理评估——身体状况

- **并发症**

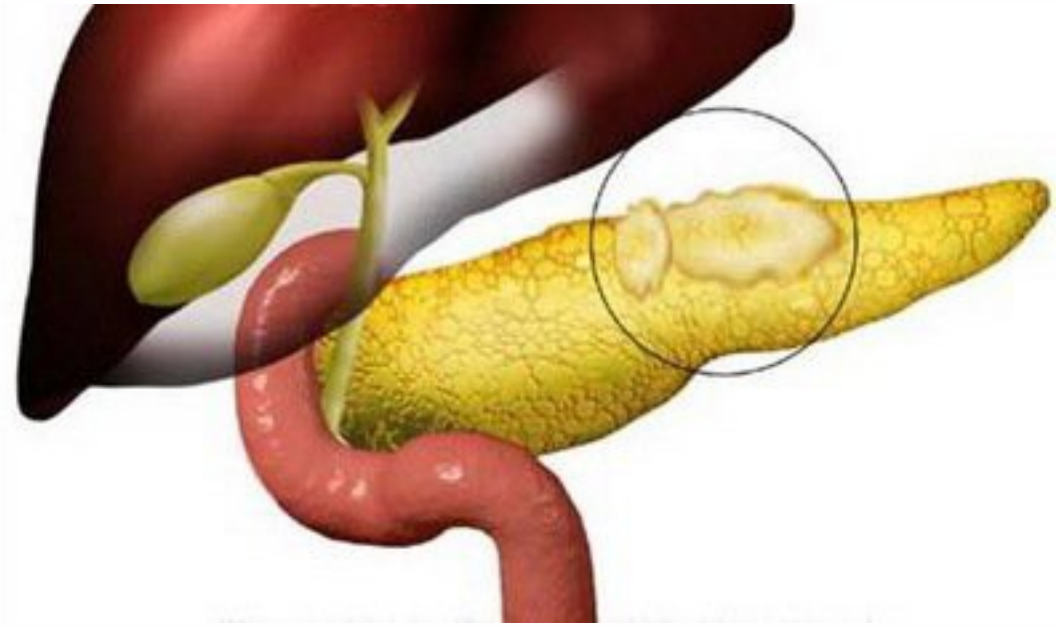
1、局部并发症

胰腺脓肿

假性囊肿

2、全身并发症

多器官功能衰竭



三、护理评估——检

1、白细胞计数

2、血、尿淀粉酶测定

血清淀粉酶超过正常值 3 倍可确诊为本病，但其高低并不反映急性胰腺炎的严重程度。

尿淀粉酶明显升高（正常值 80—300U/dl，苏氏法），具有诊断意义，适用于就诊较迟的病例。

3、血清脂肪酶测定

三、护理评估——检

4、 C-反应蛋白（CRP）

组织损伤和炎症的非特异性标志物

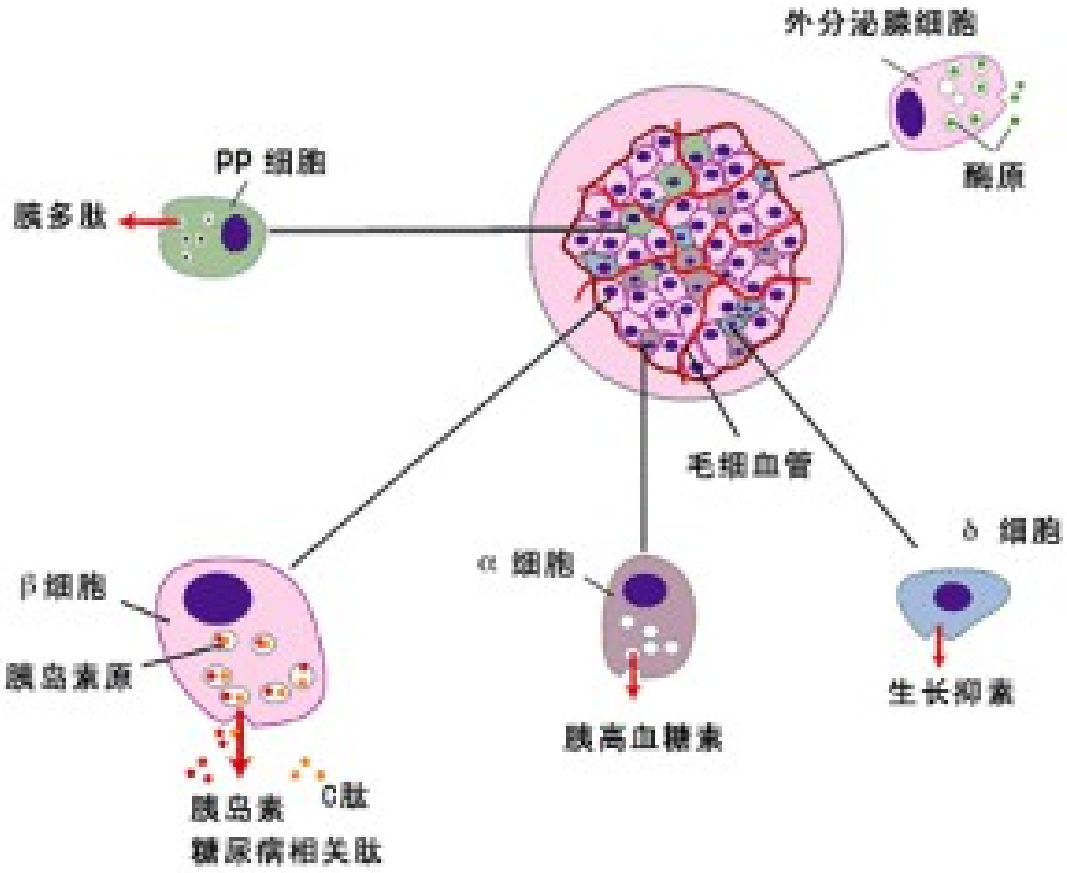
5、生化检查

暂时性低钙血症常见于重症急性胰腺炎

持久地空腹血糖高于10mmol/L反映胰腺坏死

6、影像学检查

三、护理评估——检查

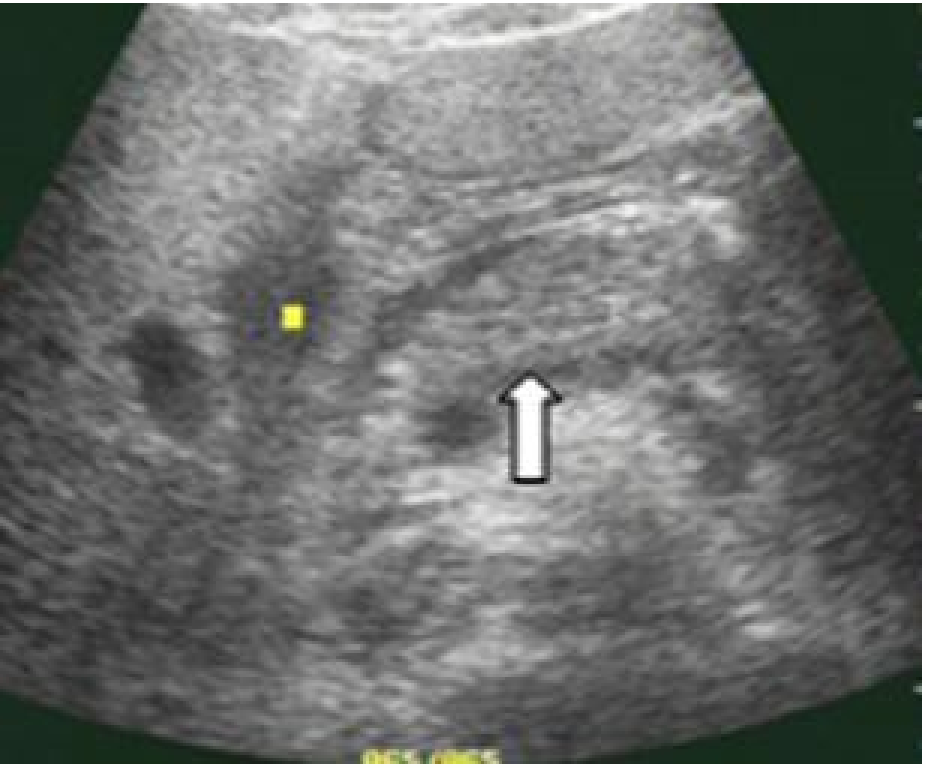


胰岛细胞

Expert Reviews in Molecular Medicine © 2000 Cambridge University Press

三、护理评估——检查

B 超



CT

三、护理评估——治疗要点

1. 非手术治疗

抑制胰腺分泌，纠正休克与水、电解质平衡失调，镇静止痛，防止继发感染及其他并发症。

（1）禁食及胃肠减压

（2）维持水、电解质平衡

（3）止痛

三、护理评估——治疗要点

（4）营养支持

（5）控制感染

（6）减少胰液分泌

（7）抑制胰酶活性

（8）中医中药

三、护理评估——治疗要点

2、腹腔双套管灌洗引流

适用于重症胰腺炎病情不稳定或术后治疗

3、手术治疗

急性出血坏死型胰腺炎经内科治疗无效

并发症

四、护理诊断及合作性问题

1. 急性疼痛

炎症、水肿或出血坏死有关

2. 潜在并发症

休克、 ARF 、 ARDS

3 、体温过高

炎症或并发脓肿

4. 知识缺乏

缺乏本病相关病因和防治措施

五、护理措施——一般护理

1. 休息与活动

绝对卧床休息，如弯腰前倾坐位、屈膝侧卧，鼓励病人翻身，因剧痛在床上辗转反侧者，要防止坠床。

五、护理措施——一般护理

2. 饮食护理

1 ）急性期禁食、禁饮 1 ～ 3 天，禁食时不能饮水；

2 ）每天应静脉补液；

3 ）腹痛和呕吐症状基本消失后可给予少量低糖流质食物，忌油脂；

4 ）以后逐步恢复正常饮食，但忌高脂肪，防止复发。

五、护理措施——病情观察

1、生命体征、意识、尿量

2、腹痛的程度、性质

3、引流管的观察

4、白细胞计数、血尿淀粉酶

五、护理措施——防治休克

严密观察病人体温、脉搏、呼吸、血压及神志变化，血压下降等低血容量性休克的表现时，要及时报告医生并积极配合医生采取抢救措施。

五、护理措施——腹腔灌洗引流

1、灌洗速度： 20-30 滴 / 分钟

2、引流液的观察

3、局部皮肤的护理

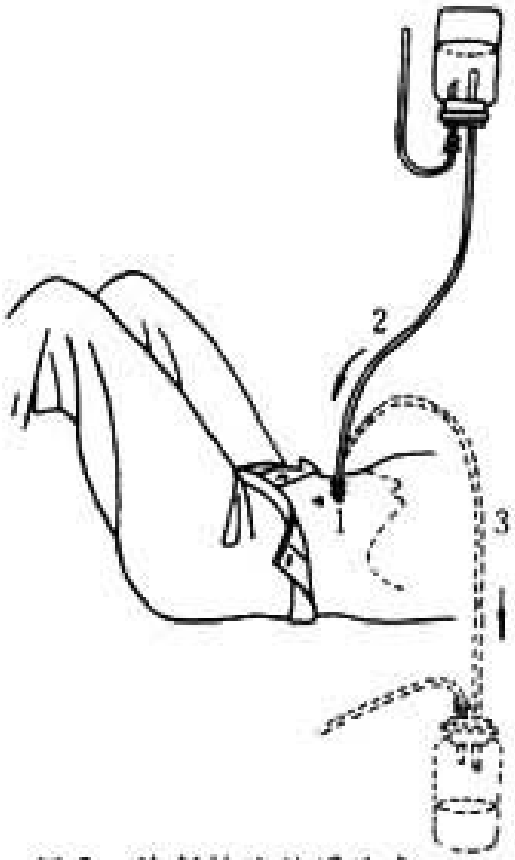


图 2 诊断性腹腔灌洗术

五、护理措施——手术病人的护理

术前护理

1、告知相关知识

2、禁食、胃肠减压

五、护理措施——手术病人的护理

术后护理

1、一般护理

生命体征，禁食、胃肠减压

2、引流管的护理

（1）标记、固定

（2）引流液的观察

（3）无菌操作

（4）引流管的位置

五、护理措施——手术病人的护理

术后并发症的观察和护理

1、肠瘘

表现：腹胀、发热、腹膜炎症状

引流出粪味液体

护理：禁食、胃肠减压

引流管负压吸引

五、护理措施——手术病人的护理

术后并发症的观察和护理

2、胰瘘

表现：腹痛、腹胀、发热

引流液淀粉酶明显升高

护理：补充营养、水、电解质

抑制胰液分泌的药物

五、护理措施——手术病人的护理

术后并发症的观察和护理

3、胆瘘

表现：引流出胆汁

发热、腹痛、胆汁性腹膜炎症状

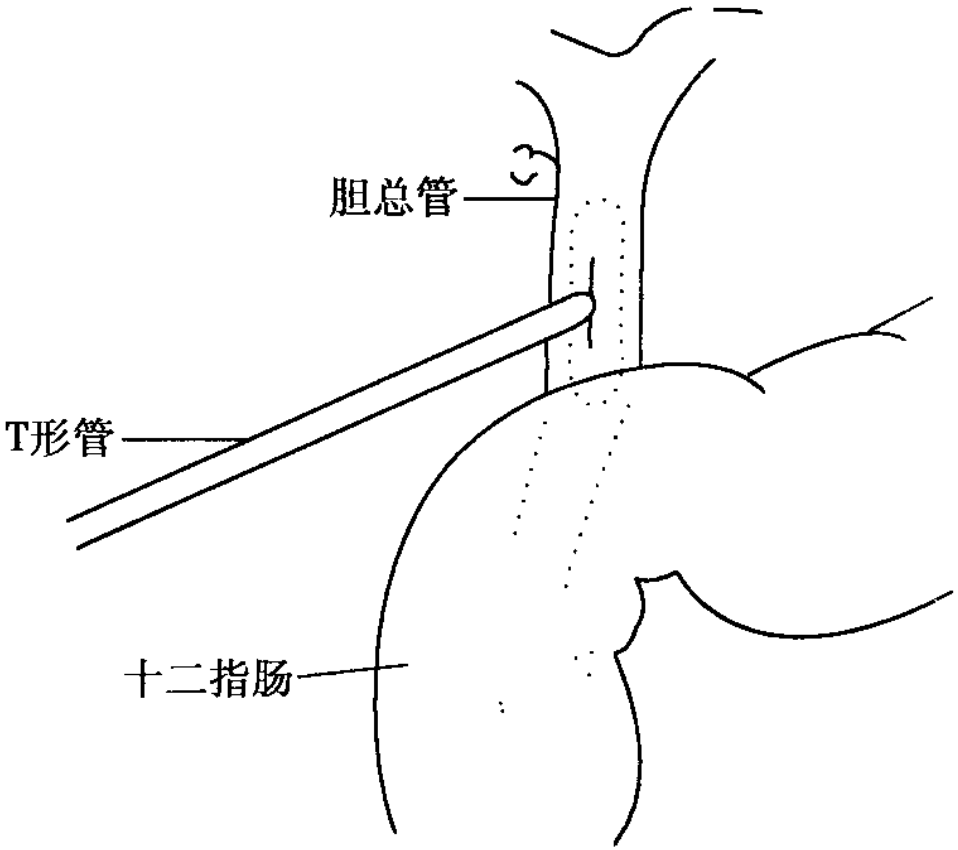
瘘口周围皮肤疼痛、糜烂

护理：保持T管引流通畅

持续负压吸引

禁食、胃肠减压

五、护理措施——手术病人的护理



T 形引流管

T 管引流术是行胆总管手术时所需要放置的一种引流方法。

五、护理措施——心理护理

- 针对病人易出现的焦虑、抑郁等心理，尤其是重度胰腺炎病人易出现恐惧心理，护士应陪伴病人身旁，给予照顾和心理疏导，积极协助病人取得家庭和社会支持，以缓解其不良情绪，树立战胜疾病的信心。

五、护理措施——健康教育

（1）疾病知识指导：介绍本病相关知识

（2）生活指导：

饮食卫生，避免暴饮暴食

进食无刺激食物

戒烟戒酒

Thank You !