

胰腺疾病病人的护理

胰腺位于腹膜后，斜向上横卧于第1~2腰椎前方。正常成人胰腺长15~20cm，分头、颈、体、尾4个部分。胰头部被十二指肠C形襻所围绕，胰尾部和脾门相邻。胰腺血供来源于胃十二指肠动脉、肠系膜上动脉和脾动脉的分支。胰腺的静脉与同名动脉伴行，最后汇入门静脉。胰腺的淋巴很丰富，多组淋巴结群引流胰腺的淋巴。胰管是胰腺的输出管道，主胰管直径2~3mm，约85%的人主胰管与胆总管末端汇合成壶腹部开口于十二指肠乳头，此处有奥迪括约肌调节胰液和胆汁的流量（图32-1）。这种共同开口或共同通道是胰腺疾病和胆道疾病互相影响的解剖学基础。副胰管较短细，位于主胰管之上，单独开口于十二指肠。

图32-1 胰管的解剖关系

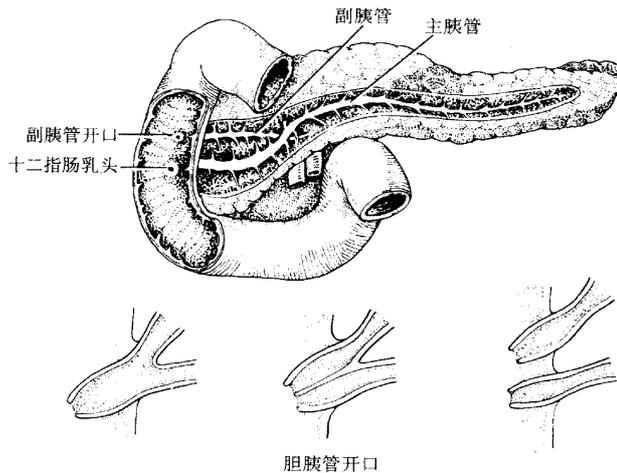


图47-1 胰管的解剖关系

胰腺有外分泌和内分泌2种功能。胰腺的外分泌为胰液。胰液为透明等渗液体，由胰腺腺泡细胞和导管细胞产生，每日分泌量750~1500ml，其主要成分为水、碳酸氢盐和消化酶。胰消化酶以胰淀粉酶、脂肪酶、蛋白酶为主。胰液的分泌受迷走神经和体液的双重控制，但以体液调节为主。胰腺内分泌由胰岛细胞产生。胰岛有多种细胞，其中B细胞占大多数，分泌胰岛素；A细胞分泌胰高血糖素；D细胞分泌生长抑素；还有少数细胞分泌血管活性肠肽（VIP）、胰多肽（PP）和胃泌素（促胃液素）等。

一、急性胰腺炎

急性胰腺炎是指胰腺分泌的消化酶被激活后对自身器官和周围组织产生自身消化所引起的急性炎症，为常见的急腹症之一。

【病因及病理】

急性胰腺炎病因复杂，主要与胆道疾病或过量饮酒有关。常见病因有：①胆道疾病。为本病常见的原因。胆结石、胆道蛔虫等造成胆胰共同通路的梗阻，导致胆汁逆流入胰管，造成胆汁诱发的胰实质损伤，从而激活胰酶引起胰腺组织坏死，产生急性胰腺炎。②饮酒过量和暴饮暴食：可刺激胰液过量分泌，又可引起奥迪括约肌痉挛和十二指肠乳头水肿，使胆汁、胰液引流不畅，乙醇对胰腺还有直接毒性作用。③其他：创伤、胰腺血液循环障碍、病毒感染、某些药物以及高脂血症、高钙血症等，也可引起急性胰腺炎。

急性胰腺炎的发病机制尚不清楚。正常情况下，胰液中的胰蛋白酶原在十二指肠内被胆汁和肠液中的肠激酶激活变成有活性的胰蛋白酶，才具有消化蛋白的作用。胆汁、胰液逆流进入胰管导致腺泡破裂，胰液外溢，大量胰蛋白酶被激活，使组织蛋白分解。胰蛋白酶又能激活其他酶，如磷脂酶A使卵磷脂变为溶血卵磷脂，溶解破坏胰腺细胞膜和线粒体膜的脂蛋白结构，引起胰腺及其周围组织的广泛坏死。弹性蛋白酶能溶解弹性组织，破坏血管壁和胰腺导管，使胰腺出血和坏死。脂肪酶使脂肪分解，与钙离子结合成皂化斑，可使血钙降低。大

量胰酶被腹膜吸收入血，使血淀粉酶和脂肪酶升高。胰酶入血后可直接或进一步激活体内其他活性物质造成重要器官损害，引起休克以及肝、肾、脑等多器官功能障碍。

急性胰腺炎按病程和严重程度可分为：①急性水肿性胰腺炎。胰腺呈局限性或弥漫性充血、水肿。属轻型病变，及时解除病因，经治疗后效果好。②急性出血坏死性胰腺炎。病变以广泛的胰腺出血、坏死为特征。腹腔内有血性浑浊渗液。胰腺周围可见散在的灰白色皂化斑或小块状的脂肪坏死灶。晚期坏死胰腺组织合并感染，可形成胰腺脓肿。

【临床表现】

本病起病急，部分病人有胆石症等病史，病变程度不同，症状和体征等也有很大差异。

1.腹痛为主要症状，常于饮酒或饱餐后突然发作，腹痛剧烈，位于上腹部或偏左，向左腰背部放射。病变累及全胰时，疼痛范围较宽并呈束带状向左腰背部放射。

2.恶心、呕吐早期即可出现，剧烈而频繁，呕吐物为胃十二指肠内容物，后期因肠麻痹或肠梗阻可呕吐小肠内容物。呕吐后腹痛不缓解。

3.腹胀与腹痛同时存在。早期为反射性肠麻痹，晚期则是感染中毒造成麻痹性肠梗阻所致，病人停止排气、排便。

4.腹膜炎体征水肿性胰腺炎时，压痛多只限于上腹部，可无明显肌紧张。出血坏死性胰腺炎时，可出现全腹腹肌紧张，压痛、反跳痛等。

5.其他早期多为轻、中度发热。合并胆道感染者可伴有寒战、高热和黄疸。胰腺坏死伴感染时，常呈持续性高热。部分病人还可有低血容量休克、精神症状、消化道出血、手足抽搐、左腰部青紫色斑（Grey-Turner 征）或脐部青紫色斑（Cullen 征）等，严重者可有 DIC 表现。



【辅助检查】

1.实验室检查

（1）胰酶测定：血清淀粉酶测定是最主要的诊断指标之一。血清淀粉酶在发病 2h 后升高，24h 达高峰，4~5d 或以后逐渐降至正常。尿淀粉酶在发病 24h 后开始升高，48h 后达高峰，持续时间 1~2 周。淀粉酶的测值越高，诊断的正确率也越高。但淀粉酶值的高低，与病变的轻重程度并不一定成正比。血清脂肪酶明显升高也是诊断急性胰腺炎比较客观的指标。

（2）其他：白细胞升高、高血糖、低血钙、肝功能异常、血气分析及 DIC 指标异常等。

2.腹腔穿刺出血坏死性胰腺炎穿刺液呈浑浊血性，可见脂肪小滴。穿刺液中淀粉酶明显升高有诊断意义。

3.影像学检查

（1）B 超：为首选检查方法。可显示胰腺肿大，有无出血坏死、胆道结石和腹腔积液等。

（2）CT：确诊急性胰腺炎最为敏感的方法。CT 增强扫描可见胰腺弥漫性肿大、密度不均匀、边界模糊，并可见积液。还可发现胰腺脓肿、假性囊肿或出血坏死灶等。

(3) 胸、腹部 X 线平片：可了解有无胸腔积液，以及肠管胀气、扩张等情况。

【处理原则】

根据胰腺炎的临床症状、体征及辅助检查结果，一般可明确诊断。依据急性胰腺炎的临床表现和分型确定恰当的治疗方案。

1. 非手术治疗适用于急性水肿性胰腺炎，以及尚无感染的出血坏死性胰腺炎。主要方法有：
①禁食、胃肠减压。可减轻腹胀、防止呕吐。②补充液体、防治休克。静脉输液，补充电解质和热量，纠正酸中毒，维持有效的循环血量。③抑制胰腺分泌及抑制胰酶活性。应用 H₂ 受体抑制药、抗胆碱能药、生长抑素和抑肽酶等。④镇静、解痉。诊断明确可用哌替啶加解痉药；禁用吗啡，以免引起奥迪括约肌痉挛。⑤营养支持。早期采用完全肠外营养，临床症状明显减轻后采用肠内营养。⑥防治感染。宜早期应用广谱抗生素。⑦腹腔灌洗。将富含胰酶和多种有害物质的腹腔渗出液移出体外，以减少局部和全身损害。

2. 手术治疗适用于胆源性胰腺炎和重症胰腺炎合并感染者。手术方式：①胰腺及周围坏死组织清除术；②腹腔灌洗引流术；③胆源性胰腺炎应清除结石，解除梗阻行 T 型管引流术。

【护理诊断及医护合作性问题】

1. 疼痛与胰腺及周围组织炎性反应、手术创伤有关。
2. 组织灌注不足与血液及血浆大量渗出、呕吐、禁食有关。
3. 营养失调，低于机体需要量与呕吐、禁食、疾病消耗及消化道功能紊乱有关。
4. 有感染的危险与机体免疫功能低下、细菌移位有关。
5. 潜在并发症低血容量休克、出血、胰瘘、胰腺脓肿、胰腺假性囊肿。

【护理措施】

1. 一般护理严密监测体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征的变化，观察发热和腹痛是否改善。病人卧床休息、禁食、胃肠减压。协助病人更换体位，以增加舒适感。
2. 输液的护理早期应遵医嘱迅速补充水、电解质、血浆或全血，并根据病人缺水程度、年龄和心脏功能情况，调节输液速度和输血量。
3. 营养支持的护理早期禁食、胃肠减压，主要靠完全肠外营养（TPN），可抑制胰腺分泌，使胰腺处于休息状态。待 2~3 周病情稳定，血尿淀粉酶正常，肠功能恢复后可给予肠内营养（EN）。逐步过渡到全肠内营养（TEN）和经口进食，但应限制高脂肪饮食。
4. 控制感染遵医嘱早期联合应用有效抗生素。加强基础护理，协助并鼓励病人多翻身、有效咳嗽和排痰，预防口腔、肺部和尿路感染。
5. 术后管道护理急性胰腺炎病人术后常留置各种引导管，包括胃管、尿管、空肠造瘘管、腹腔双套管等。应妥善固定，保持引流通畅，观察并记录各种引流液的量、颜色、性质等。
腹腔双套管灌洗引流的护理：①应用生理盐水加抗生素行腹腔持续灌洗，滴速以 20~30 滴 / min 为宜。②观察记录腹腔引流液的颜色、量和性质，若引流持续呈血性，应考虑有继发性出血发生，立即通知医师处理，并积极做好急诊手术的准备；若引流液含有胆汁、胰液或肠液，应考虑胆瘘、胰瘘或肠瘘的可能。③动态监测引流液的淀粉酶值，并定期做细菌培养。④保护引流管周围皮肤：涂抹氧化锌软膏或用凡士林纱布保护引流管周围皮肤，及时更换浸湿的敷料，以防胆汁、胰液的腐蚀。⑤病人体温持续正常 10d，血白细胞正常，引流液少于 5ml / d，可考虑拔管。拔管后应注意病人体温及有无腹痛等症状。

6. 并发症的观察和护理

(1) 出血：遵医嘱应用 H₂ 受体阻滞药及抗酸药，也可用冰盐水加血管收缩剂做胃内灌注治疗。在积极治疗的同时，应做好急诊手术止血的准备。

(2) 胰腺或腹腔脓肿：术后恢复期出现体温升高、腹部肿块，应进一步检查明确有无胰腺或腹腔脓肿的发生。

(3) 胰瘘、肠瘘：术后出现明显的腹膜炎体征，或从腹腔引流管引出无色透明液或胃肠液，

即可明确诊断。应注意保持引流通畅，保护切口周围皮肤，防止胰液对皮肤的腐蚀。加强营养支持，维持水、电解质平衡。

7.心理护理由于起病急，病情重，病人常会产生恐惧、焦虑、悲观等情绪，应为病人提供安静舒适的环境，多与病人交流，帮助病人树立战胜疾病的信心。

8.健康教育

（1）预防胰腺炎复发：指导病人建立良好的饮食习惯，如少量多餐、低脂肪饮食、戒酒等；积极治疗胆道疾病。

（2）自我护理：出院后注意休息，劳逸结合。若出现左上腹突发剧烈疼痛、腹胀、恶心、呕吐等，应及时就诊。