

1例胰十二指肠切除术后 伴肺部感染危重患者的中西医结合护理

张佩瑶, 杨冬梅, 郑乃花

(北京中医药大学东方医院 危重症监护病房, 北京, 100078)

摘要: 本文总结1例胰十二指肠切除术后伴有肺部感染危重患者的中西医结合护理经验。以“肺与大肠相表里”为理论指导,通过中药灌肠技术联合西医治疗及护理措施,使患者在恢复正常胃肠道功能的同时,肺部感染得到有效控制,病情好转由ICU转入外科病房继续治疗,数日后安全出院。中西医结合护理方法能有效减轻患者痛苦,确保治疗效果,为中医技术在危重患者中的开展拓宽了思路,值得临床借鉴推广。

关键词: 中药灌肠; 重症肺炎; 肺与大肠相表里; 胰十二指肠切除术; 中西医结合护理

Nursing of Integrated traditional Chinese and Western medicine for a critically ill patient with pulmonary infection after pancreatoduodenectomy

ZHANG Peiyao, YANG Dongmei, ZHENG Naihua

(Intensive Care Unit, Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078)

ABSTRACT: This paper summarized the nursing management of integrated traditional Chinese and Western medicine of a critically ill patient with pulmonary infection after pancreatoduodenectomy. Guided by the theory of "lung and large intestine being interior exteriorly related", through the combination of Traditional Chinese Medicine enema technology and western medicine treatment and nursing measures, gastrointestinal function was recovered and pulmonary infection was effectively control. The patient was transferred from the ICU to the surgical ward for further treatment, and was discharged safely a few days later. The combination of traditional Chinese and western medicine could reduce the pain of patient and ensure the clinical treatment effect. It may also broaden the thinking for the development of Traditional Chinese Medicine technology for critically ill patients, and is worthy of clinical reference and promotion.

KEY WORDS: Chinese herbal medicine enema; severe pneumonia; lung and large intestine being interior exteriorly related; pancreatoduodenectomy; nursing of integrated Chinese and western medicine nursing

胰头癌是起源于胰腺头部的恶性程度极高的消化系统肿瘤。胰十二指肠切除术主要用于治疗胰头癌、十二指肠癌等恶性肿瘤和慢性胰腺炎胰头部肿块以及良性肿瘤。重症肺炎是由各种病原菌感染所致的肺部实质性炎症,其治疗主要是以抗感染、祛痰、呼吸及营养支持等为主,但在病程中,随着炎症因子的释放及广谱抗生素的长期使用,极易导致肠道屏障功能受损及肠道内菌群失调,使得大量重症肺炎患者同时存在不同程度的胃肠功能障碍^[1]。中医学强调人体是统一的整

体,多将“肺与大肠相表里”追溯至《黄帝内经》,认为《灵枢》所提出的“肺合大肠”是关于“肺与大肠相表里”最早的描述^[2-4]。本病例为胰十二指肠切除术后伴有肺部感染危重患者,其病种复杂,病情危重,给治疗及护理带来了巨大挑战。患者治疗过程中,以“肺与大肠相表里”为理论指导,通过中药灌肠技术联合西医治疗及护理方法使患者恢复正常胃肠道功能的同时,肺部感染得到有效控制,最终病情好转,由ICU安全转入病房继续规范治疗。现将患者的中西医结合护理经验报告如下。

1 临床资料

患者男性,87岁,因“上腹痛一月余”于2021年12月10日收入外一科,入院诊断为急性胰腺炎。CT检查显示胰头部位恶性病变可能性较大,病灶累及十二指肠降端左侧肠壁及胆总管下端,双肺多发斑片索条影、钙化灶及小结节病灶;双侧肺门及纵隔多发高代谢钙化淋巴结,考虑非特异性炎性反应。于2021年12月15日在全麻下行腹腔镜下胰十二指肠切除术,术中因患者凝血机制差,输液渗血较多,中途转开腹手术。手术过程较顺利,术后转ICU。

入科时患者镇静未醒,带经口气管插管接呼吸机辅助呼吸,模式PC-AC, P_i 15 cm H_2O , PEEP 5.0 cm H_2O , FiO_2 100%, f 16次/min,痰量较多,为黄色脓血痰。留置右锁骨下深静脉管路,留置胃管接胃肠减压,留置肠管,术中留置胰肠、胆肠引流管,引流液较多,为浆血性。留置尿管,尿液酱油色澄清。舌质红,苔黄厚腻,脉滑数。患者体温(T)36℃,心率(HR)59次/min,呼吸(R)16次/min, NBP:135/69 mmHg。辅助检查:胸部X线示双肺纹理增粗。实验室检查:CRP 11.9 mg/L,白细胞 $4.79 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对值 $7.61 \times 10^9/L$ 。入科诊断:胰癌,胰腺恶性肿瘤切除术。既往史:高血压病史2年,脂肪肝病史6年,前列腺增生病史4年,心律失常病史7年。

治疗方案:氨甲环酸、维生素K止血,厄他培南抗感染,醋酸奥曲肽、乌司他丁抑制胰液分泌。患者于12月16日,暂停胃管胃肠减压,经肠管试餐给予10%GS 100 mL鼻饲泵10 mL/h泵入。12月17日,经肠管给予5%GS 250 mL+肠内营养混悬液Sp 250 mL,15 mL/h泵入。12月15日至12月20日未排气排便,因患者手术创伤损伤及肠腑,排便困难,且痰量较多,肺部感染严重。遵医嘱给予甘油灌肠剂灌肠以恢复肠道功能。灌肠后可排气仍未排便。即给予中药灌肠,1次/d,连续3 d,以补中益气,健脾化湿。

2021年12月23日患者伤口逐渐愈合,引流管引流量减少,肺部感染得到控制,大便恢复正常,转回普外科继续治疗。经过数日治疗与护理,患者腹部手术伤口愈合良好,于2022年1月6日出院。

2 护理

2.1 护理评估

患者术后卧床,呼吸机辅助呼吸,痰量较多,痰液黄脓血痰,肺部感染严重;胃肠道功能待恢复,未排便;日常生活能力评定Barthel指数量表评分为0分;Waterlow压疮危险因素评分为25分。

2.2 护理诊断

护理诊断内容:①清理呼吸道无效:与留置人工气道有关。②有便秘的危险:与胃肠蠕动功能降低有关。③卫生自理能力缺陷:与病情危重,生活不能自理有关。④有感染的危险:与留置有创管路有关。⑤有误吸的危险:与鼻饲流食有关。⑥有皮肤完整性受损的危险:与长期卧床,躯体不能活动有关。

2.3 护理计划

根据护理评估和诊断结果制订护理计划:①清除呼吸道分泌物,保持有效通气。②补中益气,促进胃肠道功能恢复。③妥善固定管路,保证引流通畅。④患者术后高消耗,加强营养。⑤长期卧床,注意皮肤情况。⑥创造舒适环境,做好生活护理。

2.4 护理实施

2.4.1 机械通气的护理:患者带经口气管插管,给予妥善固定,以防脱出。按时经气管及口腔内吸痰,保持气道通畅。遵医嘱每2 h翻身拍背1次,必要时应用祛痰清肺仪,促进痰液排出。遵医嘱进行雾化吸入,稀释患者痰液,摇高床头,促进痰液引流。及时更换呼吸机湿化用灭菌注射用水,保持气道湿化。

2.4.2 中药灌肠:患者术后5 d未排气排便,遵医嘱给予甘油灌肠剂灌肠,灌肠后患者排气仍未排便。遵医嘱予以下药方浓煎灌肠,1次/d,连续3 d。具体药方如下:炙黄芪20 g、麸炒白术15 g、党参20 g、当归9 g、陈皮9 g、醋北柴胡6 g、麸炒苍术15 g、山药20 g、薏苡仁20 g、茯苓15 g、炙甘草6 g、桔梗9 g。以其通过中药灌肠促进患者胃肠道蠕动,从而促进排便,且“肺与大肠相表里”,从而促使患者肺部感染情况得到改善。中药灌肠技术是将中药药液从肛门灌入直肠或结肠,使药液保留在肠道内,通过肠黏膜的吸收达到清热解毒等作用。操作方法:协助患者左侧卧位,充分暴露肛门,垫中单于臀下,放置垫枕抬高臀部10 cm。

中药药液温度为 39~41℃,灌肠量不超过 200 mL,灌肠袋中液面的距离距肛门不超过 30 cm,排液后充分暴露肛门用石蜡油润滑,插入肛门 10~15 cm 缓慢滴入药液,滴注时间在 15~20 min^[5]。灌肠过程中注意观察患者生命体征,及时调节滴入速度。滴注完毕后协助患者擦干肛门周围皮肤,纱布轻柔肛门处,取舒适体位并抬高臀部。灌肠后观察肠蠕动情况、排气排便情况,及时记录。

2.4.3 管路护理:患者留置管路较多,经口气管插管、胃管、肠管、尿管、锁骨下深静脉置管、动脉留置针、胰肠引流管以及胆肠引流管,日常护理工作中需注意以下几点:①妥善固定,防止管路脱出:各管路均需固定牢固,采取高举平台的方法使管路固定在相应位置,若敷料松动或穿刺点周围有渗出,均应及时换药。为患者翻身或变体位时应注意防止管路脱出。病人躁动时避免意外拔管,必要时给予约束。②保持各管路通畅:胃管及肠管定时脉冲式冲管;锁骨下深静脉置管每次使用前冲管,输液完毕后用肝素盐水正压封管;动脉留置针定时冲管校零;胰肠、胆肠引流管及尿管定时挤压,保证引流通畅。③及时观察引流液颜色、性质和量:按时观察并记录引流管中引流液的颜色、性状和量,发生异常及时告知医生。

2.4.4 营养支持:①肠内营养支持:鼻饲前清水冲洗肠管保证管路通畅,鼻饲时应保持床头抬高>30°,避免误吸。鼻饲液体的温度保持在 38~40℃,避免过凉或者过热。每班观察管路固定是否牢固,保证管路固定到位,避免管路脱出。②肠外营养支持:遵医嘱以高糖、氨基酸、脂肪乳肠外营养支持。配制时严格执行无菌操作技术。输液过程中加强巡视,注意输液管路是否通畅,输液速度是否均匀。输液完毕后用肝素盐水封管以避

免管路堵塞。密切观察生命体征变化,出现异常,及时通知医生,避免输液反应的发生。

2.4.5 皮肤护理:加强翻身拍背,预防压疮。勤观察皮肤的营养状况,包括皮肤弹性、颜色、温度感觉等,观察受压部位的皮肤有无潮湿、压红等,出现异常,及时处理。必要时给予气垫床、软枕、软垫等保护骨隆突部位。

2.4.6 生活护理:每日为患者进行晨晚间护理,保持床单位干净整洁无皱褶。定期为患者洗头、洗脚、修剪指甲。每日进行中药口腔护理,保持口腔清洁,预防口腔感染。

2.5 护理评价

患者经过 8 d 的治疗和护理,阳性指征较前好转:①痰量较前减少,痰液颜色变白,性状较前稀薄,肺部感染症状得到有效控制,双肺纹理较前恢复。见图 1。②胃肠道功能恢复,能正常排气排便,大便 1 次/d,为黄色软便。③胰肠、胆肠引流液颜色转为褐色,引流量逐渐减少。见图 2。④各炎性指标较前下降。见图 3。⑤日常生活能力评定 Barthel 指数量表及 Waterlow 压疮危险因素评分量表评分均降低。见表 1。⑥营养状态良好,鼻饲期间,无误吸的发生;卧床期间无压疮等皮肤问题的发生。



图 1 双肺 X 线片比较

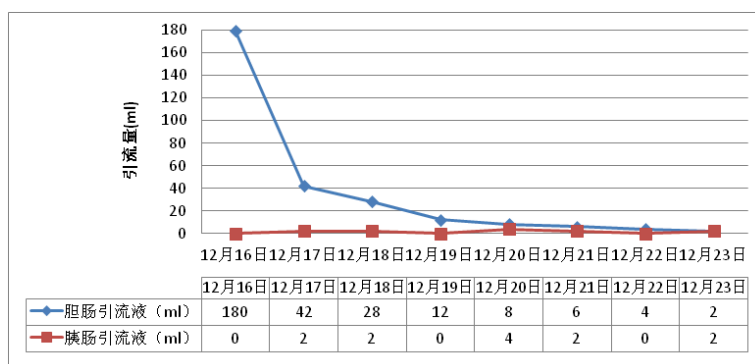


图 2 胆肠引流管与胰肠引流管引流量趋势图

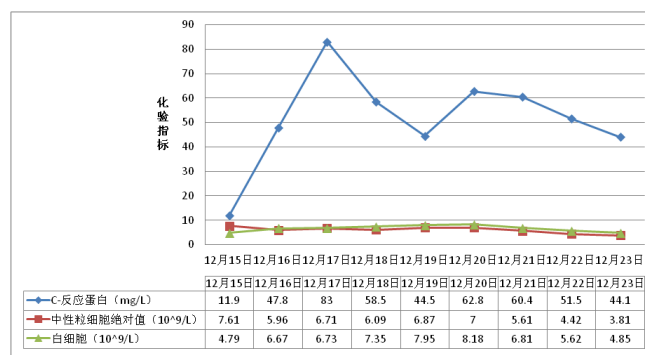


图3 炎症指标趋势图

表1 日常生活能力及压疮危险因素治疗前后评分比较

项目	治疗前	治疗后
日常生活能力评定 Barthel 指数量表	0	15
Waterlow 压疮危险因素评分量表	25	19

3 讨论

手术是一种比较常见的有创性治疗,一般胃肠道手术之前需要禁食和肠道准备,会导致体内的营养成分流失,手术后还需要在肠道恢复蠕动之后才可以进食。胰十二指肠切除术为多脏器联合切除,需多部位吻合,创伤较大,且患者手术时间比较长,一般血液流失较多,加之身体代谢较快,消耗的热量较高。在手术创伤、术后缺少食物刺激等多种因素的作用下,患者往往会发生不同程度的肠功能紊乱,手术后腹腔内压力和内环境的改变使患者胃肠功能障碍状况更为严重^[6-7]。西医治疗胃肠功能紊乱通常采取对症治疗,但不能很好地控制症状和稳定病情,中医向来有标本兼治之功效。探索中西医结合的综合护理与治疗方法势在必行。

中医认为“肺与大肠相表里”,是指肺与大肠在病理上的相互影响,表现为肺失宣降和大肠传导功能失调,大肠传导功能失常可导致肺气失于宣降,而出现胸闷、呼吸不利等肺部症状,严重者导致肺部感染症状。西医则认为肺与大肠两者在组织上具有同源性,而且在免疫以及神经内分泌系统具有同步性,经直肠给药能够通过直肠静脉入肝脏、下腔静脉,进入大循环,炎症信号可以通过肠道到达肺和其他器官^[8-10]。重症肺炎易引发全身炎症反应综合征,目前普遍认为胃肠道功能是全身炎症反应综合征的触发器和始动器,而肺部感染患者会出现体内肠道菌群紊乱,进而发生细菌感染。故患者大便不通、胃肠功能障碍易引起细菌移位,导致感染难以控制,继而出现多脏器

功能不全而危及生命。因此尝试通过中药灌肠技术,在促进胃肠功能恢复的同时,通过补中益气,达到减轻肺部感染症状有充足的理论依据。且研究表明,营养支持可以增加胃肠道的血液循环,保护胃肠道内的菌群,维持肠道中黏膜的正常功能,从而促进术后胃肠道的功能恢复^[11-13]。因此针对本病例,将中药灌肠技术联合营养支持,同时配合综合护理措施,有效促进了病情恢复,减轻了患者的痛苦,值得临床借鉴参考。

本文病例属于个案,数据也较为片面,不能代表大多数病例,今后可尝试将此方法用于临床护理,收集更多资料进行验证,为胃肠道手术并发肺部感染的重症患者的治疗和护理提供中西医结合的新思路,为中医技术应用于危重症患者的研究探索新的路径。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 王彤, 张谦. “肺与大肠相表里”理论在治疗重症肺炎中的临床应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(86): 88-89, 95.
WANG T, ZHANG Q. The clinical application of “the lung and the large intestine being interior-exteriorly related” theory in the treatment of severe pneumonia[J]. World Latest Med Inf, 2019, 19(86): 88-89, 95. (in Chinese)
- [2] 邵峦, 王键, 邓勇. “肺与大肠相表里”理论的研究现状和思路[J]. 中医杂志, 2012, 53(4): 291-294.
GAO L, WANG J, DENG Y. Research status and thinking of the theory of “lung and large intestine are exterior-interior”[J]. J Tradit Chin Med, 2012, 53(4): 291-294. (in Chinese)

- [3] 莫芳芳, 马师雷, 李鸿涛, 等. 基于中医古籍研究的“肺与大肠相表里”理论源流及其内涵探讨[J]. 环球中医药, 2015, 8(2): 165-168.
MO F F, MA S L, LI H T, et al. Discussion on the origin and connotation of the “lung and large intestine being interior exteriorly related” based on TCM classics [J]. Glob Tradit Chin Med, 2015, 8(2): 165-168. (in Chinese)
- [4] 张芸, 史锁芳. “肺与大肠相表里”学说的现代研究进展[J]. 中医研究, 2015, 28(5): 73-75.
ZHANG Y, SHI S F. Modern research progress of the theory of “lung and large intestine are exterior-interior” [J]. Tradit Chin Med Res, 2015, 28(5): 73-75. (in Chinese)
- [5] 刘姗姗, 郑红梅, 孙鹏程, 等. 中药灌肠技术治疗腹腔镜术后胃肠功能障碍 1 例的护理[J]. 中西医结合护理, 2022, 8(2): 60-63.
LIU S S, ZHEN H M, SUN P C, et al. Nursing management of a patient receiving Chinese herbal medicine enema treatment for gastrointestinal dysfunction after laparoscopy [J]. Chi J Integr Nurs, 2022, 8(2): 60-63. (in Chinese)
- [6] SIEGEL R L, MILLER K D, JEMAL A. Cancer statistics, 2019 [J]. CA Cancer J Clin, 2019, 69(1): 7-34.
- [7] NARAYANAN S. Mortality after pancreaticoduodenectomy: assessing early and late causes of patient death[J]. J Surg Res, 2018, 231: 304-308. [
- [8] 张敏, 纪立金, 高思华. 肺与大肠“相合”的理论探讨[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(10): 2840-2843.
ZHANG M, JI L J, GAO S H. Theoretical discussion on the ‘consistency’ between the lung and the large intestine [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2013, 28(10): 2840-2843. (in Chinese)
- [9] 李建, 杨英伟, 刘恩顺, 等. 通腑泻肺方对 ALI/ARDS 大鼠肺肠功能的影响[J]. 世界中医药, 2014, 9(4): 412-414.
LI J, YANG Y W, LIU E S, et al. Effects of tongfu Xiefei herbs on lung and large intestinal function in ALI/ARDS rats [J]. World Chin Med, 2014, 9(4): 412-414. (in Chinese)
- [10] 刘文兵, 张艳, 周三军, 等. 泻热解毒通腑汤为主治疗痰热壅肺型重症肺炎 60 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(4): 261.
LIU W B, ZHANG Y, ZHOU S J, et al. Clinical observation on 60 cases of severe pneumonia of phlegm-heat blocking lung treated by xiejiedu tongfu decoction [J]. Zhejiang J Tradit Chin Med, 2015, 50(4): 261. (in Chinese)
- [11] 刘玉贵. 腹部外科手术后肠内营养支持的临床研究[J]. 中外医学研究, 2018, 16(25): 150-152.
LIU Y G. Clinical study of enteral nutrition support after abdominal surgery [J]. Chin Foreign Med Res, 2018, 16(25): 150-152. (in Chinese)
- [12] 奚晓华, 杨刚. 腹部手术后胃肠功能障碍的现代概念[J]. 吉林医学, 2013, 34(1): 127-130.
XI X H, YANG G. Modern concept of gastrointestinal dysfunction after abdominal surgery [J]. Jilin Med J, 2013, 34(1): 127-130. (in Chinese)
- [13] 姬晓伟, 谢波. 重症患者合并急性胃肠功能障碍的病因及其对预后的影响[J]. 全科医学临床与教育, 2012, 10(6): 656-658.
JI X W, XIE B. Etiology of severe patients complicated with acute gastrointestinal dysfunction and its influence on prognosis [J]. Clin Educ Gen Pract, 2012, 10(6): 656-658. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。