

DOI: 10.12209/CAIM202411290008

· 中西医结合临床案例 ·

中西医结合治疗 1 例胰十二指肠 术后胃瘫患者的护理体会

王晓明, 李 瑾, 吴 西

(北京市健宫医院 普外肿瘤科, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例中西医结合治疗胰十二指肠术后胃瘫患者的护理体会。基于患者的实际病情, 实施耳穴压丸、针刺和穴位注射等中医特色技术, 同时结合饮食护理、情志护理等措施, 制定个体护理计划, 提升护理质量, 以达到整体施护的效果, 有效促进患者的康复。

关键词: 中西医结合治疗; 胰十二指肠; 胃瘫; 护理体会

Nursing experience of a case of gastroparesis after pancreaticoduodenectomy treated with integrated traditional Chinese and Western Medicine

WANG Xiaoming, LI Jin, WU Xi

(Department of General Surgery Oncology, Beijing Jiangong Hospital, Beijing, 100054)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of a case of gastroparesis after pancreaticoduodenectomy treated with integrated traditional Chinese and Western medicine. Based on the actual condition of patients, the implementation of ear acupoint pressure pills, acupuncture and acupoint injection and other traditional Chinese medicine characteristic technologies, combined with dietary nursing, emotional nursing and other measures, formulate individual nursing plans, improve the quality of nursing, so as to achieve the effect of overall nursing and effectively promote the rehabilitation of patients.

KEY WORDS: integrated traditional Chinese and western medicine treatment; pancreaticoduodenum; gastroparesis; nursing experience

腹腔镜胰十二指肠切除术(laparoscopic pancreaticoduodenectomy, LPD)是目前全球公认的难度最大、操作复杂的腹腔镜手术。胰十二指肠切除术已被普遍认为是治疗胰头癌、十二指肠癌、壶腹癌等肿瘤的标准术式,具有涉及脏器多、手术复杂、术程长、创伤大、术后并发症发生风险高及病死率高等特点,是腹部外科极富有挑战性的手术^[1-2]。随着医疗水平的不断进步及医疗技术人员手术技巧的不断提高,胰十二指肠切除术的治疗效果得到提高,手术患者的死亡率也降低至 5% 以内,但术后并发症发生风险仍处于相对较高水平^[3]。胰十二指肠切除术后常见并发症包括消化道或腹腔出血、吻合口瘘、胃瘫综合征等,术后胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome,

PGS)是指腹部手术后非机械性梗阻因素引起的、以胃排空障碍为主要特点的胃动力紊乱综合征,也称术后功能性胃排空障碍(functional delayed gastric emptying, FDGE)简称胃瘫,发生率为 7.0%~56.4%,其发病机制尚不明确,临床表现为上腹部饱胀、恶心及呕吐等症状,多发生于术后初进食或饮食由流质向半流质过渡时。该并发症虽不会危及患者生命,但会影响患者进行肠内营养时机、延缓术后康复进程,导致患者住院时间延长、住院花费增加^[4-6]。

2024 年 08 月我科接收 1 例胰十二指肠术后胃瘫患者,予患者西医常规治疗配合中医外治(耳穴压丸、穴位注射、针刺、穴位按摩、五音疗法)及中西医结合护理,制定个性化护理计划,缩短患者

收稿日期: 2024-11-29

通信作者: 李瑾, E-mail: 8957800@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

进食时间,减轻痛苦,促进快速康复,降低住院时间及医疗费用,提高患者生活质量。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,60岁,主因“体检发现胰头占位1周”由门诊以“胰头占位”于2024年08月12日收入院。既往高血压病史20年,口服替米沙坦片1片,1次/d;酒石酸美托洛尔缓释片25 mg,1次/d;血压控制在125~130/75~85 mm Hg。

1.2 体格检查

西医查体:患者体温(T)36.6℃,脉搏(P)80次/min,呼吸(R)18次/min,血压(BP)130/80 mm Hg。中医四诊:①望:神志清晰,精神萎,形体消瘦,双目无神,面色无华,舌淡红,舌苔薄黄;②闻:语声清晰,气平,无闻及异常气味;③问:呃逆感反复,肢体困倦而重,纳食乏味呆滞;④切:腹部平坦,腹痛胀满,脉弦滑。经中医辨证诊断为脾虚湿阻型胃瘫。

1.3 诊断

单位体检时发现上腹部B超疑是胰头占位,行腹部增强CT显示肝右叶前缘占位,胰头区可见多发片状低密度影,考虑胰头区占位。中医诊断:胰腺癌、胃瘫;中医辨病辨证:脾虚湿阻证;西医诊断:胰腺癌、胃瘫。

1.4 治疗干预

患者于2024年8月12日入院,后行胰十二指肠切除术+肠粘连松解术,术后予患者西医常规护理外加中医外治,以促进术后胃肠恢复,治疗胃肠功能紊乱等。2024年8月16日,术后第7日遵医嘱予进流食后患者恶心呕吐,腹胀痛,予对症治疗。2024年8月17日,术后第8日诊断为胃瘫,2024年8月31日遵医嘱出院,期间采用中西医结合治疗干预方法。西医治疗为保留胃管,减轻胃肠道张力,肠内外营养进行营养支持。胃管注射枸橼酸莫沙必利片(5 mg/次,3次/d)助消化,促进胃动力。口服替米沙坦片1片(20 mg),1次/d;酒石酸美托洛尔片25 mg,1次/d,降压。静脉泵入醋酸奥曲肽注射液0.5 mg+0.9%氯化钠注射液50 mL及生长抑素3 mg+0.9%氯化钠注射液50 mL,1次/12 h,抑制胃酸分泌。静脉滴注0.9%氯化钠注射液100 mL+注射用谷胱甘肽1.2 g,1次/8 h;口服熊去氧胆酸胶囊125 mg,2次/d,保肝利胆。抗感染并予双下肢气压及抗凝治疗,协助

床上翻身护理。胆肠吻合口旁及胰肠吻合口上下缘引流管均通畅固定好,引流液呈淡红色血性液体。

中医治疗干预包括耳穴压丸、穴位注射、针刺、穴位按摩、五音疗法及中药胃管注入。患者经治疗干预后,于8月24日呃逆不适感好转,偶感反酸,胃部胀满等胃瘫不适症状明显消失;8月26日有明显饥饿感,食欲得到恢复。经过14 d的中西医结合治疗和护理,患者腹胀恶心及疼痛症状有所减轻,胃肠减压引流量逐渐减少,营养状况明显改善,于2024年8月31日出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疼痛评估

数字分级法(NRS)^[7]将疼痛程度用0~10个数字依次表示,0表示无疼痛,10表示能够想象的最剧烈疼痛。疼痛程度分为轻度疼痛(1~3分)表示患者有轻微疼痛,可忍受;中度疼痛(4~6分)表示患者疼痛明显并影响睡眠,但可忍受;重度疼痛(7~10分)表示患者有强烈疼痛,疼痛不能忍受,并影响食欲及睡眠。本例患者疼痛评分为7分,属重度疼痛。

2.1.2 焦虑程度

采用汉密顿焦虑量表(HAMA)评估患者焦虑程度^[8],量表最低分0分,最高分56分。总分≥29分,可能为严重焦虑;总分≥21分,肯定有明显焦虑;总分≥14分,肯定有焦虑;总分>7分,可能有焦虑;总分<7分,没有焦虑症状。评估时间点为干预前和干预后。本病例患者治疗前HAMA评分为27分,属明显焦虑。

2.1.3 营养筛查与评估

营养风险筛查与评估是治疗胃瘫的关键环节^[9],常见评估方法包括营养风险筛查2002(NRS 2002)评分为5分,提示患者重度营养不良,营养耐受评分为5分。

2.2 护理诊断

①疼痛与伤口创伤、留置引流管有关;②焦虑与担心疾病预后有关;③恶心呕吐、营养不良与胃排空延迟、胃功能紊乱有关。

2.3 护理计划

①根据伤口的性质,做好防管路滑脱护理,减轻并发症的发生,提高舒适度及生活质量,降低患者的疼痛评分。②通过中西医结合治疗方法,采

用耳穴压丸治疗、针刺治疗、穴位按摩、五音疗法及口服中药等中医适宜技术,外加镇痛药物,降低患者的腹胀及恶心呕吐症状。③通过胃肠减压护理、肠内外营养指导,促进胃肠功能恢复,保证患者营养供给。④通过心理护理,减轻患者焦虑抑郁情绪,降低其焦虑及抑郁评分。

2.4 护理措施

2.4.1 伤口及引流管护理

①应用碘伏消毒伤口表面及周围皮肤,处理伤口时应小心谨慎,不要过度清洁伤口。②患者伤口渗出频繁及时更换无菌敷料,利用3M胶带“工字贴”妥善固定引流管,准确记录引流管的颜色性质。③物理治疗采用光子治疗仪治疗患者腹部手术切口,能够有效减轻患者切口疼痛,减少切口渗液,促进切口愈合。治疗20 min/次,1次/d。

2.4.2 疼痛护理

患者疼痛不能耐受时,遵医嘱予盐酸曲马多注射液100 mg肌注,1次/d。予患者中医特色技术,即耳穴压丸、穴位注射、针刺治疗及穴位按摩治疗。

2.4.2.1 耳穴压丸

治疗取主穴神门、交感及皮质下,配穴取三焦、神门。操作方法:取端坐位,用75%酒精棉签消毒耳轮体、耳廓。利用酒精湿度和光滑度对全耳进行按摩,从而刺激相应的耳部穴位,激发经气,疏通经络,调理气血,使耳廓得以充血发热,以便于耳穴贴压。用探棒探查耳穴的敏感点,从而确定贴压部位。镊子夹取王不留行籽贴压于所选耳穴敏感处,同时用拇指与食指按压穴位上下皮肤进行按压刺激。嘱病人左右耳交替按压3~5次/d,以有酸胀感为宜,3~5 min/次,两周为一疗程。

2.4.2.2 穴位注射

盐酸甲氧氯普胺具有较强的镇吐作用,常用于恶心、呕吐的对症治疗,可作用于上消化道加强食管、胃蠕动,促进胃排空^[10]。治疗取穴双侧足三里,1次/d。操作方法:患者取舒适体位,选择适宜的消毒注射器和针头,抽取甲氧氯普胺,在穴位局部消毒后,右手持注射器对准穴位,快速刺入皮下,然后将针缓慢推进,达到一定深度后产生得气感应,抽无回血时再缓慢地将药物推入。推液中等速度,拔针后用无菌棉签按压针孔片刻。治疗1次/d,7次为一疗程,穴位左右交替使用。

2.4.2.3 针刺治疗

针刺治疗辨证取穴,主穴取足三里、梁丘、天枢、上巨虚、下巨虚、内关、合谷及中脘等,配穴取脾俞、胃俞、太冲及天突。留针30 min,1次/d,医生操作,疗程为1周。

2.4.2.4 穴位按摩

穴位按摩治疗选取合谷穴,具有疏风止痛、通络开窍之功,针对术后疼痛有较好缓解作用。操作方法:取穴双侧足三里穴,属足阳明胃经,刺激穴位,温经散寒。手法点、按、揉,手按孔穴,2次/d,10 min/次,7 d为一疗程。

2.4.3 饮食护理

2.4.3.1 胃肠减压

妥善固定胃管,明确标记,防止被折叠、拉扯或压迫,从而确保胃管畅通。认真监测并准确记录胃肠减压引流液量、颜色及性质,遵医嘱按时予抗炎消肿抑酸等治疗。

2.4.3.2 营养支持

肠外营养支持:脂肪乳氨基酸葡萄糖注射液1440 mL,静脉滴注,1次/d。在对胃瘫综合征进行治疗时,因胃液引流量大,导致体内大量电解质丢失。准确记录患者24 h出入量,如有异常,立即纠正。肠内营养支持:肠内营养液500 mL,50 mL/h,在输注过程中使用恒温器来确保营养液温度保持在37~40℃。若患者在输注肠内营养液时出现恶心、呕吐、胀气、腹痛及腹泻等不适症状,应立即降低速度或停止输注,并立即通知医生及时处理。胃肠道功能得到恢复并开始口服食物时,为患者提供饮食指导。第1天流食,饮用少量温开水和米汤;在无腹痛、胀气等不适时,第2天全量液体,80 mL/次,2 d后无不适,予半流质饮食,如粥、面汤或蒸蛋等。

2.4.3.3 恢复胃动力

床头抬高45~60°,鼓励床上适当运动,活动量视身体状况逐步加大;枸橼酸莫沙必利片,捻碎经胃管注入后,应夹闭胃管1 h后打开,确保药物吸收使用。中药液口服包括龙葵15 g,醋莪术10 g,人参6 g,大枣30 g,生姜3片,代赭石15 g,旋覆花9 g,清半夏9 g,姜厚朴9 g,焦槟榔8 g,炙甘草6 g,炒枳壳9 g,炒白芍10 g及醋柴胡12 g,2次/d,50 mL/次,口服汤剂之后夹闭胃管,夹闭时间为2 h。

2.4.4 情志护理

予患者音乐疗法,五音是宫、商、角、徵、羽,分别对应人体的脾、肺、肝、心、肾。角调音乐有春回

大地、生机盎然的特点,曲调清脆悠扬,富含生命力,如木般柔和,主要调理肝脏,能够疏肝解郁,促进体内气机的上升和宣泄,在 19:00~23:00 听《胡笳十八拍》。予患者多方位心理安慰和指导,减轻患者心理负担,借助积极配合的患者案例予患者鼓励,帮患者建立恢复自信,嘱家属予患者安慰和鼓励。

2.5 护理评价

经过 14 d 的治疗和护理干预,患者胃肠减压引流量逐渐减少,血清营养各项指标水平提高,提示中西医结合护理干预有效促进了胃肠道蠕动,患者营养状况得到改善,详见表 1。

表 1 疗效评估

评估项目	2024 年 08 月 17 日	2024 年 08 月 27 日
胃肠减压引流量/mL	1000	200
NRS/分	7	1
HAMA/分	27	14
ALB/(g/L)	22	41

3 结果与随访

通过运用中西医结合治疗方法,加强患者伤口护理、疼痛护理、饮食护理及心理护理,患者腹胀恶心呕吐得到有效干预,疼痛症状减轻,营养状况得到改善,生活质量提高。分别于患者出院后第 3 天、第 14 天进行电话回访,患者舒适度得到提高,胃肠道反应有所减少,胃肠功能与营养状况得到改善,医护人员告知患者定期来院复诊。

4 讨论

有研究表明针刺联合穴位注射、穴位按摩及耳穴压丸治疗消化道肿瘤术后胃瘫,改变传统口服给药的用药途径,内病外治,疗效好,起效快,大部分患者可在较短时间内恢复胃动力,恢复经口进食及肠鸣音,为肿瘤术后胃瘫患者接受进一步治疗争取了时间。经治疗,患者胃瘫主要临床症状可在短期内显著缓解,并且可有效减少术后胃瘫患者胃液引流量/呕吐量,提高患者的生活质量,且疗法操作简单易行^[11]。

对于术后并发胃瘫综合征的患者,在确保连续胃肠减压的同时,应严密观察和准确记录胃肠减压内引流液的量、性质及颜色。有学者表明禁食与持续胃肠减压,温浓钠盐水洗胃可以减轻胃黏膜和吻合口炎性水肿,有助于胃动力的恢复。

同时,应给予联合肠内外营养支持治疗,尤其是肠内营养支持有助于术后胃肠道蠕动及消化液的分泌,促进肠道恢复免疫屏障、稳定微生物生态^[12]。在支持治疗的基础上,应有针对性的护理措施,以促进患者早日康复。护理人员应密切关注患者病情变化,及时调整护理计划,应对患者的病理生理特点和护理挑战。以综合护理为手段,运用科学的治疗和精心的护理及中西医结合疗法,对于提升疗效和改善预后具有重要意义,达到最佳治疗效果,减轻患者痛苦程度,且有较高的推广价值。

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] 刘建华. 胰十二指肠切除术的发展与现状[J]. 中华肝胆外科杂志, 2022, 28(4): 241-244.
LIU J H. Pancreaticoduodenectomy: development and present situation[J]. Chin J Hepatobiliary Surg, 2022, 28(4): 241-244. (in Chinese)
- [2] 李树营, 曹子谦, 任宏, 等. Whipple 术或保留幽门胰十二指肠切除术后并发症发生的相关因素及其与 Clavien-Dindo 分级相关性临床研究[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(10): 1319-1321.
LI S Y, CAO Z Q, REN H, et al. Clinical study on related factors of complications after Whipple operation or pylorus-preserving pancreatoduodenectomy and its correlation with Clavien-Dindo classification[J]. Shaanxi Med J, 2018, 47(10): 1319-1321. (in Chinese)
- [3] 曹子谦, 李树营, 任宏, 等. 胰十二指肠切除术后出血的治疗及影响因素分析[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(11): 1434-1437.
CAO Z Q, LI S Y, REN H, et al. Analysis of the effect and treatment methods of pancreatic leakage and intra-abdominal infection on PPH[J]. Shaanxi Med J, 2018, 47(11): 1434-1437. (in Chinese)
- [4] 贺卓, 王进峰, 罗建红, 等. 胰十二指肠切除术 150 例围手术期并发症临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2021, 30(3): 357-364.
HE Z, WANG J F, LUO J H, et al. Analysis of perioperative complications in 150 cases undergoing pancreaticoduodenectomy[J]. Chin J Gen Surg, 2021, 30(3): 357-364. (in Chinese)
- [5] 潘志忠, 于龙, 彭健宏. 结肠癌术后胃瘫综合征的诊疗现状和进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(6): 558-562.

- PAN Z Z, YU L, PENG J H. Progress in diagnosis and treatment of gastroparesis after colon cancer surgery [J]. Chin J Gastrointest Surg, 2022, 25 (6): 558–562. (in Chinese)
- [6] 刘祥, 王城, 武步强. 胰十二指肠切除术后胃排空障碍的诊疗进展[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(5): 641–645.
- LIU X, WANG C, WU B Q. Research progress of delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy [J]. Chin J Bases Clin Gen Surg, 2020, 27 (5): 641–645. (in Chinese)
- [7] 黄胤, 张兰, 张迪. 对癌痛患者进行规范化疼痛护理的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(10): 246–247.
- HUANG Y, ZHANG L, ZHANG D. Study on the effect of standardized pain care for cancer pain patients [J]. Journal of Contemporary Medicine, 2020, 18(10): 246–247. (in Chinese)
- [8] 汤毓华, 张明园. 汉密顿焦虑量表(HAMA)[J]. 上海精神医学, 1984(2): 64–65.
- TANG Y H, ZHANG M Y. Hamilton anxiety scale (HAMA)[J]. Shanghai Arch Psychiatry, 1984(2): 64–65. (in Chinese)
- [9] 李雯, 杨柳, 汤继刚. 营养风险筛查2002和患者主观整体评估在胃肠道恶性肿瘤手术患者营养评估中的应用价值[J]. 肿瘤基础与临床, 2024, 37 (4): 458–461.
- LI W, YANG L, TANG J G. Application value of nutritional risk screening 2002 and subjective overall evaluation of patients in nutritional evaluation of patients undergoing gastrointestinal malignant tumor surgery[J]. J Basic Clin Oncol, 2024, 37(4): 458–461. (in Chinese)
- [10] 王颖飞, 刘迎迎, 王全林. 耳针和体针联合盐酸甲氧氯普胺注射液治疗胃癌术后胃瘫综合征的研究[J]. 中医研究, 2024, 37(6): 53–57.
- WANG Y F, LIU Y Y, WANG Q L. Study on the treatment of gastroparesis syndrome after gastric cancer surgery by ear and body acupuncture combined with metoclopramide dihydrochloride injection [J]. Tradit Chin Med Res, 2024, 37 (6): 53–57. (in Chinese)
- [11] 田桢. 针刺联合穴位贴敷治疗难治性消化道肿瘤术后胃瘫的单中心、前瞻性临床研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2018.
- [12] 曹嵘, 李晓健, 李可为, 等. 胰十二指肠切除术后胃瘫综合征的影响因素分析及治疗经验总结[J]. 肝胆胰外科杂志, 2023, 35(3): 173–176.
- CAO R, LI X J, LI K W, et al. Influencing factors and treatment strategy for postoperative gastroparesis syndrome after pancreaticoduodenectomy [J]. J Hepatopancreatobiliary Surg, 2023, 35 (3): 173–176. (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。