

胰腺假性囊肿行 EUS-FNA+支架植入胰液引流术后

联合多学科治疗及术后护理

谢敏, 王朝霞, 杨先芳, 代时梅, 韩宏姗

遵义市第五人民医院 贵州遵义

【摘要】胰腺假性囊肿是一种常见的肝脏疾病,其临床表现为右上腹区疼痛和不适感。近年来,越来越多的研究表明,在胰腺假性囊肿患者中,使用超声引导下进行内窥镜检查(EUS)并结合纤维支架植入胰液引流的方法可以有效地缓解症状,并且具有较高的治愈率。本文总结1例胰腺假性囊肿患者行EUS-FNA+支架置入术后的多学科治疗和护理体会。护理要点:多学科协作组建应急响应团队;出血倾向的观察与护理;多模式营养支持方案的实施;电解质监测与护理;医疗器械性压力损伤的护理;个体化心理护理。患者术后104天病情平稳后康复出院。本文总结了该例患者的临床资料、诊断和治愈标准、治疗和转归以及护理要点,以期为临床提供参考。

【关键词】胰腺假性囊肿; EUS-FNA; 支架; 多学科; 护理

【收稿日期】2023年10月22日 **【出刊日期】**2023年11月28日 **【DOI】**10.12208/j.cn.20230536

EUS-FNA+ stent implantation for pancreatic fluid drainage combined with multidisciplinary treatment and postoperative nursing were performed for pancreatic pseudocyst

Min Xie, Zhaoxia Wang, Xianfang Yang, Shimei Shi, Hongshan Han

Zunyi Fifth People's Hospital, Zunyi, Guizhou

【Abstract】 Pancreatic pseudocysts are a common liver disorder that presents clinically with pain and discomfort in the right upper abdominal region. In recent years, more and more studies have shown that the use of ultrasound-guided endoscopy (EUS) combined with fibre-optic stent implantation for pancreatic fluid drainage in patients with pancreatic pseudocysts can provide effective symptomatic relief and has a high cure rate. This article summarises the multidisciplinary treatment and nursing experience of a patient with pancreatic pseudocyst after EUS-FNA+stent placement. Nursing points: multidisciplinary collaboration to form an emergency response team; observation and care of bleeding tendency; implementation of multimodal nutritional support programme; electrolyte monitoring and care; care of medical device pressure injury; individualized psychological care. The patient recovered and was discharged from the hospital after 104 days postoperatively in stable condition. This article summarises the clinical data, diagnostic and curative criteria, treatment and regression as well as nursing points of this case, with a view to providing clinical reference.

【Keywords】 Pancreatic pseudocyst; EUS-FNA; Stand; Multi-disciplinary; Nurse

EUS-FNA+支架置入术是一种新的内镜技术,用于治疗胰腺假性囊肿。胰腺假性囊肿是由于急性或慢性胰腺炎导致的胰腺液外溢形成的囊性病^[1]。

EUS-FNA+支架置入术的原理是通过超声内镜引导下,将穿刺针经胃壁或十二指肠壁穿刺进入囊肿腔内,置入导丝,沿导丝使用电切刀或扩张器造成囊肿与胃或十二指肠的通道,然后将金属或塑料支架经通道放置于囊肿内,使囊肿液体引流至消化道^[2-3]。这种技术的优点是可以避免外科手术的创伤和并发症,缺点

是需要专业的超声内镜操作技能和设备,有一定的操作风险和失败率,可能需要多次内镜检查和支架更换或取出^[4]。

总之,EUS-FNA+支架置入术是一种创新的内镜治疗胰腺假性囊肿的方法,具有一定的优势和局限性,需要根据患者的具体情况和医生的经验选择适合的方案。

我科收治1例多发、巨大的胰腺假性囊肿患者,经积极救治和护理,术后104天病情平稳,康复出院。

1 临床资料

1.1 病例介绍

患者, 男, 35 岁, 半年前患者因突发上腹部疼痛入住当地县级医院治疗, 诊断为急性胰腺炎, 经过一月治疗出院时 CT 提示胰腺假性囊肿, 建议定期随诊。3 个月后因“低血容量性休克、胰腺假性囊肿、弥漫性腹膜炎、腹腔积液”住院后分别行“腹腔穿刺置管引流术”、“胸腔穿刺置管引流术”、“胰腺假性囊肿外引流术”因胰腺假性囊肿外引流术引流欠佳于 2021 年 1 月 14 日转入我院普外科治疗。入院查体: T 36.4℃, P 67 次/分, R 20 次/分, BP 106/68mmHg, 实验室检查: 超敏 C 反应蛋白 35.78 mg/L; 血红蛋白浓度 108.0 g/L; 总蛋白 42.3 g/L, 白蛋白 18.5 g/L, 谷草转氨酶 14.2 U/L 凝血酶原时间 14.5 秒, 部分凝血酶原时间 46.2 秒。患者因腹腔内多发分隔性包裹性积液, 行开腹假性囊肿内引流手术治疗必然造成腹腔广泛粘连, 而分离粘连时容易导致肠管损伤, 造成术后吻合口肠漏、胰漏风险。故转我科行内镜下胰腺假性囊肿内引流方式治疗。

1.2 诊断和治愈标准

诊断标准: ①影像学检查: 包括腹部超声、CT、MRI 等; ②病史: 包括疾病持续时间、症状等; ③实验室检查: 包括血液学、生化学、肿瘤标志物等。④治愈标准: 因病情严重程度而异, 对于良性囊肿, 经过有效治疗后, 患者症状缓解, 囊肿不再增大, 无明显异常表现, 可认为治愈。

1.3 治疗和转归

患者于 2021 年 03 月 10 日 EUS-FNA+扩张+囊肿切开引流+支架置入术。术后患者反复发热最高体温 40.2℃、凝血功能异常, 请重症医学科、药剂科会诊予抗予美罗培南抗感染、输血浆补充凝血因子、促凝血因子合成、营养等治疗; 患者进食后血糖波动在 3.6-17.7mmol/L, 内分泌科考虑糖尿病特殊类型糖尿病? 予“优泌乐 50R 早晚餐前 8u 午餐前 6u 皮下注射”, 同时监测血糖, 根据血糖适当调整胰岛素剂量。MRI+MRCP1 提示胆总管扩张 (16mm), 考虑胆总管下段有梗阻, 进一步行 ERCP 明确胆胰管情况。于 2021 年 4 月 22 日行 ERCP 未成功, 于鼻囊管置入术, 期间予囊肿冲洗 (生理盐水+替硝唑), 于 2021 年 5 月 13 日拔出鼻囊管, 术后 104 天康复出院。

2 护理

2.1 多学科协作组建应急治疗团队

患者术后反复发热最高体温 40.2℃、凝血功能异

常, 血糖异常, 组织多学科联合诊治, 由重症医学科、普外科、神经内分泌科、和药剂科, 制定多学科协作方案, ①普外科患者术后发热, 考虑患者住院时间长, 免疫力差, 予加强营养; 患者胰头、胰尾囊肿, 复查增强 CT 明确胰腺及囊肿大小情况; 可进一步完善囊液胆红素明确有无胆漏, 并完善囊液淀粉酶测定; 予美罗培南抗感染, 使用 72 小时后如感染仍不能控制, 考虑拔出支架及鼻囊管。②重症医学科患者反复胸腹腔积液, 内环境差, 适时复查血气, 明确内环境情况, 以指导治疗; 患者淋巴细胞低, 细胞免疫低下, 易反复感染, 患者囊肿坏死物多, 且有分隔, 引流相对欠佳, 进一步完善腹部增强 CT 明确囊肿及胰腺情况; 治疗上加用血必净控制炎症反应。③患者进食后血糖波动在 3.6-17.7mmol/L 内分泌科考虑特殊类型糖尿病? 予甘舒霖 R 4U 餐前半小时皮下注射降糖治疗, 静脉滴注 5-6: 1 比例糖水提供能量, 密观患者血糖变化, 现患者处于应激状态, 饮食差, 将血糖控制在空腹 8~9mmol/l, 餐后 12~13mmol/l。④药剂科根据患者腹腔感染为肠杆菌属、拟杆菌属、肠球菌混合感染, 继续予以美罗培南 1.0g q8h ivgtt (尽量延长滴注时间) 抗感染; 复合乳酸菌肠溶胶囊 2 粒 3/日口服调节肠道菌群。⑤中西医结合肿瘤科针对患者腹水、腹胀、大便次数增多等症状治疗上予健脾益气、化湿利水。

2.2 出血倾向的观察与护理

术后接受检验科危急值凝血酶原时间 19.4 秒, 部分凝血酶原时间 87.4 秒, 凝血酶时间 20.5 秒, 纤维蛋白原 1.7g/L。立即交叉配血, 输注新鲜冰冻血浆补充凝血因子, 同时予维生素 K1 肌肉注射每天 1 次促进凝血因子合成。①观察患者的皮肤、口腔、眼结膜等部位是否有明显出血点或瘀斑等症状。②监测患者的体温、呼吸、血压等生命体征变化, 及时发现异常并及时处理。③避免患者接触刺激性物质和活动, 避免出现剧烈咳嗽、呕吐等行为。④给患者饮食上的建议, 如饮食应清淡易消化, 避免食用刺激性食物和过热或过冷的食物等。

2.3 多模式营养支持方案的实施

为了改善患者的营养状况, 我们采用了多模式营养支持方案, 包括口服营养补充、肠内营养和肠外营养。具体步骤如下: ①通过监测营养指标以及采用营养风险筛查表 (NR2002) 对患者进行营养状况评估^[5]。评分为 3 分, 总蛋白 42.3 g/L, 白蛋白 18.5 g/L, 红蛋白浓度 108.80g/L, 提示患者存在中度营养不良风险。②根据患者的能量和蛋白质需求^[6], 制定个体化的营养支持方案。首选口服营养补充 (ONS), 予高蛋白、高热量、高维

生素饮食治疗^[7]。当口服摄入不能满足目标需要量时, 采用肠内营养 (PEN), 通过鼻胃管或胃造瘘给予要素型或非要素型肠内营养制剂。当肠道功能丧失或肠内营养不能满足目标需要量时, 采用肠外营养 (TPN), 通过中心静脉置管给予全肠外营养制剂。^④监测和调整营养支持方案的效果和安全性。定期检测患者的生化指标、身体成分、并发症等, 根据患者的临床情况和代谢变化, 及时调整营养支持方案的种类、途径、剂量、速度等。经过多模式营养支持方案的实施, 患者的总蛋白升至 55.9 g/L, 白蛋白升至 29.8 g/L, 红蛋白浓度降至 100.0 g/L, 患者的营养状况较前有所改善。

2.4 电解质监测与护理

(1) 高热的护理

术后患者反复高热最高体温达 40.2℃, 导致水分的丢失, 引起水电解质紊乱^[8]。护理措施: ^①降低患者体温: 给予物理降温和药物降温, 控制感染, 减少水分蒸发和代谢加速。^②补充液体和电解质: 根据患者的丢失量和需要量, 给予适量的液体, 包括口服补液、静脉输液等。根据血电解质的水平, 给予适当的钾、钠、钙等电解质的补充。^③维持患者营养: 根据患者的营养支持方案, 给予足够的能量和蛋白质, 防止营养不良和肌肉分解。^④口腔护理: 防止口腔细菌繁殖, 减少口腔感染, 保持口腔清洁和舒适, 并预防口腔脱水、口腔溃疡等不良反应的发生。经过电解质监测与护理, 患者的水电解质紊乱得到了纠正, 体温恢复正常, 引流量减少, 血钾、钠、钙等指标恢复正常范围。

(2) 胰腺假性囊肿内引流引起水电解质紊乱的护理

假性囊肿内引流量 170-1900ml, 导致水分、钾、钙等营养物质丢失, 引起水电解质紊乱, 患者血钾 2.84mmol/L, 钠 146.3mmol/L, 钙 1.84mmol/L。护理措施: ^①监测患者的体液平衡, 包括入液量、出液量、尿量、体重等, 根据输液量=1/2 累计损失量+生理需要量+当天额外损失量计算患者的水分丢失量和需要量, 根据患者的情况给予适当的液体补充, 如口服补液、静脉输液等。^②监测患者的电解质水平, 包括血钾、钠、钙等离子体浓度, 及时发现并纠正异常, 如低钾血症、高钠血症、低钙血症等, 给予适当的电解质补充, 如钾盐溶液、钠盐溶液、钙剂等。^③监测鼻囊管引流液体的颜色、量和性质, 防止引流管滑脱或感染。^④加强对患者的营养支持, 保证患者获得足够的能量和营养素, 促进其身体的康复, 给予低脂清淡、易消化、富含蛋白质和维生素的饮食或肠外营养支持。^⑤定期进行影像学检查, 如超声或 CT 等, 及时观察囊肿的大小、位置和变

化, 并根据需要调整引流管的位置或更换引流管。

3 小结

本次患者术后的康复出院, 得益于多学科的合作。在治疗过程中, 我们针对患者的病情, 开展了出血倾向的观察与护理、多模式营养支持方案的实施、电解质监测与护理、医疗器械性压力损伤的护理等多项护理措施, 同时还给患者提供了个体化的心理护理, 从而帮助患者渡过了难关, 病情最终得到了控制。在此次治疗中, 我们发现, 只有通过多学科的合作, 才能够真正地给患者提供全方位、个体化、高品质的护理服务, 从而达到最终的治愈效果。因此, 我们建议, 今后在医疗工作中, 应该进一步加强多学科合作, 以提高患者的治疗效果, 从而更好地服务于患者的健康。

参考文献

- [1] 刘方, 王子恺, 徐丽娟等. 胰腺假性囊肿与包裹性坏死的内镜引流疗效比较[J]. 解放军医学院学报, 2019, 40(12): 1142-1147.(2)
- [2] 许红霞, 李汛. 胰腺假性囊肿在超声内镜下置入蘑菇头金属支架治疗的预防性护理[J]. 甘肃科技, 2019, 35(09): 139-140+120.
- [3] 刘娟娟. 超声内镜引导下经胃穿刺引流治疗胰腺假性囊肿[D]. 天津医科大学, 2014.
- [4] 朱惠云, 杜奕奇, 金震东. 胰腺假性囊肿治疗的研究进展[J]. 中华消化内镜杂志, 2017, 34(4): 295-298.
- [5] 杨娜, 杨平, 刘燕等. 肝硬化合并肝性脑病患者营养不良的干预研究进展 [J]. 贵州医药, 2021, 45 (11): 1697-1699.
- [6] 王燕, 卢芳燕, 汤洒潇. 6例终末期肝病合并先天性心脏病患儿行肝移植的术后护理 [J]. 中华护理杂志, 2021, 56 (10): 1544-1548.
- [7] 渠方方, 朱廷芳, 张年等. 个体化营养干预方案在失代偿期肝硬化患者中的应用 [J]. 当代护士(下旬刊), 2021, 28 (08): 46-48
- [8] 皮龙涛, 杨晖. 高热引起水电解质紊乱的临床探讨[J]. 中国医药指南, 2017, 15(29): 337-339.

版权声明: ©2023 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS