



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I

K E

H U

L I



主编：周庆湘
主讲：周庆湘





外科护理



第二十章

胰腺疾病病人的护理

YI XIAN JI BING BING REN DE HU



目录

> 第一节 急性胰腺炎病人的护理

> 第二节 胰腺癌病人的护理

第一节 急性胰腺炎病人的护理

急性胰腺炎(acute pancreatitis)是指胰腺分泌的消化酶被异常激活,对自身器官产生消化所引起的炎症性疾病。病变程度轻重不一,轻者以胰腺水肿为主,预后良好,临床多见。重者胰腺出血坏死,病情进展迅速,常并发休克,甚至多器官功能衰竭,死亡率高,称为重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)。

一、病因及发病机制

急性胰腺炎有多种致病危险因素，最常见的是胆道疾病和酗酒。在我国，急性胰腺炎的主要病因以胆道疾病为主，称胆源性胰腺炎；西方国家主要与过量饮酒有关。

1. 梗阻因素 胆总管与主胰管有着共同通道或共同开口，这种共同通道或共同开口是胰腺疾病与胆道疾病相互关联的解剖学基础。

2. 酗酒和暴饮暴食 乙醇能直接损伤胰腺组织；大量饮酒和暴饮暴食可引起胰腺过度分泌，并刺激Oddi括约肌引起痉挛，十二指肠乳头水肿，使胰液排出受阻，胰管内压力增高，细小胰管破裂，胰液进入胰腺组织间隙，引起急性胰腺炎。

3. 其他 外伤、手术或内镜逆行胰胆管造影等直接或间接损伤胰腺组织可导致急性胰腺炎其他致病因素还包括高脂血症、高钙血症、药物因素等。有少数病人最终找不到明确的发病原因为特发性急性胰腺炎。

二、病理生理

急性胰腺炎按病理改变分为水肿性和出血坏死性。急性胰腺炎基本的病理改变是胰腺不同程度的充血、水肿、出血和坏死。

1. 急性水肿性胰腺炎 病变轻，胰腺充血、水肿，多局限在胰体尾部，腹腔内脂肪组织可见皂化斑，有可发生局限性脂肪坏死。
2. 出血坏死性胰腺炎 即重症急性胰腺炎，以广泛的胰腺出血、坏死为特征，胰腺肿胀，呈暗紫色，坏死灶呈灰黑色，严重者整个胰腺变黑。腹腔内可见皂化斑和脂肪坏死灶，腹膜后可出现广泛组织坏死，腹腔内有咖啡色或暗红色血性浑浊液体。晚期坏死组织合并感染形成胰腺或胰周脓肿。

三、护理评估

(一) 健康史

了解病人的性别、年龄、体重、职业；评估病人的饮食习惯，有无嗜好油腻饮食和经常大量饮酒，发病前有无暴饮暴食；既往有无胆道疾病史，高脂血症，近期有无腹部手术，外伤、感染、用药等诱发因素

(二) 身体状况

1. 症状

(1) 腹痛：腹痛是急性胰腺炎的主要和首发症状。腹痛常于饱餐或大量饮酒后突然发生，疼痛剧烈，呈持续性并有阵发性加重，疼痛位于上腹正中或偏左，炎症累及全胰时呈束带状向两侧腰背部放射，以左侧为主。腹痛与进食和体位有一定的关系，屈曲位疼痛减轻，进食后疼痛加剧。

(2) 恶心、呕吐：发生早而频繁，呕吐后腹痛不缓解为其特点。

(3) 发热：轻症可不发热或轻度发热。重症急性胰腺炎胰腺坏死伴感染时，可有持续性高热，体温常超过 39°C

(4) 腹胀：与腹痛同时存在，是重症急性胰腺炎的重要体征之一。因肠管浸泡在含有大量胰液、坏死组织和毒素的血性腹水中而发生麻痹性肠梗阻所致。

(5) 休克：重症急性胰腺炎可出现休克和脏器功能障碍。早期以低血容量性休克为主，后期合并感染性休克。有的病人以突发休克为主要表现，称为暴发性急性胰腺炎。

(6) 多器官功能衰竭：为重症急性胰腺炎主要死亡原因之一。最常见的是肺功能衰竭，其次是肾衰竭、肝衰竭、心力衰竭、消化道出血、DIC、脑损害等。

2. 体征

(1) 腹膜炎体征：水肿性胰腺炎时，压痛只限于上腹部，常无明显肌紧张；出血坏死性胰腺炎压痛明显，并有肌紧张和反跳痛，移动性浊音阳性，肠鸣音减弱或消失。

(2) 黄疸：结石嵌顿或胰头肿大压迫胆总管可引起黄疸，程度一般较轻。

(3) 皮下出血：少数出血坏死性胰腺炎病人可在腰部出现青紫色斑(Grey-Turner征)或脐周围蓝色改变(Cullen征)。主要系外溢的胰液穿过组织间隙渗至皮下，溶解皮下脂肪使毛细血管破裂出血所致。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血、尿淀粉酶测定：血清淀粉酶在发病2小时后开始升高，24小时达高峰，持续4~5天；尿淀粉酶在发病24小时后开始升高，48小时达高峰，持续1~2周。一般认为血、尿淀粉酶升高超过正常上限的3倍才有诊断意义。淀粉酶值越高诊断正确率越高，但淀粉酶的升高程度与病变严重程度不一定成正比，如胰腺广泛坏死后，淀粉酶生成减少，血、尿淀粉酶均不升高。

(2) 血钙测定：血钙降低与脂肪组织坏死后释放的脂肪酸与钙离子结合生成脂肪酸钙(皂化斑)有关。若血钙低于 2.0mmol/L ，常预示病情严重。

(3) 其他：白细胞计数增多、血尿素氮或肌酐增高、肝功能异常、血气分析指标异常、血糖升高等。诊断性腹腔穿刺若抽出血性浑浊液体，所含淀粉酶明显高于血清淀粉酶有诊断意义。

2. 影像学检查

(1) B超检查主要用于胆源性急性胰腺炎，了解胆囊、胆道是否有结石存在。

(2) CT检查和MRI检查是急性胰腺炎重要的诊断方法，可鉴别是水肿性还是出血坏死性胰腺炎，以及病变的部位和范围，有无胰腺外浸润、浸润范围及程度等。

(四) 心理-社会状况

了解病人和家属对疾病的认识程度；对治疗、护理配合知识的了解程度。对手术有何顾虑和思想负担；了解家属对病人的关心、支持程度，家庭对手术的经济承受能力。

(五) 处理原则

依据急性胰腺炎的分型、分类和病因选择恰当的治疗方案。水肿性胰腺炎采用非手术疗法；坏死性胰腺炎，尤其合并感染者则采用手术疗法；胆源性胰腺炎大多需要手术治疗，以解除病因。

1. 非手术治疗 是急性胰腺炎的基础治疗，目的是减轻腹痛、减少胰液分泌、防治并发症。包括①禁食、胃肠减压；②补液、防治休克；③解痉、镇痛；④抑制胰腺分泌和胰酶活性；⑤营养支持；⑥预防和控制感染；⑦中药治疗；⑧血液滤过治疗。

2. 手术治疗 最常用坏死胰腺及胰周坏死组织清除加引流术，若为胆源性胰腺炎则应同时解除胆道梗阻，畅通胆道引流。

四、常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与胰腺及周围组织炎症、水肿、出血坏死及胆道梗阻有关。
2. 有体液不足的危险 与腹腔渗液、出血、呕吐、禁食等有关。
3. 营养失调 低于机体需要量 与呕吐、禁食、大量消耗等有关。
4. 体温过高 与胰腺坏死和继发感染有关。
5. 潜在并发症 休克、多器官功能衰竭、感染、出血、胰痿、肠痿、胆痿。

五、护理措施

(一) 非手术治疗的护理/术前护理

1. 控制疼痛 协助病人膝盖弯曲，靠近胸部以缓解疼痛；按摩背部，可增加舒适感。疼痛剧烈时，诊断明确后予解痉(山莨菪碱、阿托品等)、镇痛药物，吗啡可引起Oddi括约肌张力增高，需谨慎使用。禁食、持续胃肠减压、使用抑制胰腺分泌的药物可减少胰液分泌及其对胰腺及周围组织的刺激。

2. 禁食、胃肠减压 禁食，持续胃肠减压，以防止呕吐、减轻腹胀、降低腹内压。

3. 营养支持 禁食期间给予肠外营养支持。

4. 静脉补液 严密监测生命体征，观察神志、皮肤黏膜温度和色泽，监测水、电解质、酸碱平衡情况；准确记录24小时出入水量，必要时监测中心静脉压及每小时尿量。

5. 降低体温 发热病人给予物理降温，如冷敷、温水或酒精擦浴，必要时给予药物降温；遵医嘱使用敏感、能通过血胰屏障的抗生素控制感染。

6. 用药护理 遵医嘱使用质子泵抑制剂、H₂受体阻滞药、生长抑素或胰蛋白酶抑制剂，抑制胰腺分泌；呕吐控制后，可经胃管注入复方清胰汤等中药。

7. 心理护理 由于急性胰腺炎发病突然、发展迅速、病情凶险，病人常会产生恐惧心理；由于病程长，病情反复及治疗费用等问题，病人易产生悲观消极情绪。为病人提供安全舒适的环境。了解其感受，安慰、鼓励并讲解治疗和康复知识，可使病人以良好的心态接受治疗。

(二) 术后护理

主要介绍行胰腺及胰周坏死组织清除加引流术后病人的护理。

1. 病情观察 观察并记录生命体征，监护24~48小时，病情需要时延长监护时间。维持水、电解质及酸碱平衡，准确记录24小时出入水量。观察腹部体征，了解有无腹痛、腹胀及腹膜刺激征等。

2. 体位 病人麻醉未清醒前取平卧位，头偏向一侧，以免呕吐物、分泌物吸入导致窒息或并发吸入性肺炎。清醒且血压稳定者，改为半卧位，以利于呼吸和引流。

3. 引流管的护理 术后引流管包括胃管、腹腔双套管、胰周引流管、空肠造瘘管、胃造瘘管及导尿管等。引流管上需标注管道名称及放置时间，明确引流管放置部位及作用；将引流管远端与相应的引流装置紧密连接并妥善固定，定期更换引流装置。观察并记录引流液的颜色、性状和量，定期挤压，防止堵塞，保持引流通畅。

(1) 腹腔双套管灌洗引流护理:

目的是冲洗脱落坏死组织、黏稠的脓液或血块。

护理措施①持续腹腔灌洗：常用生理盐水加抗生素，现配现用；②保持引流通畅：持续低负压吸引，负压不宜过大，以免损伤内脏组织和血管；③观察引流液的颜色、性状和量；④维持出入液量平衡：准确记录冲洗液量及引流液量，保持平衡；⑤拔管护理：病人体温维持正常10日左右，白细胞计数正常，腹腔引流液少于5ml/d，引流液的淀粉酶测定值正常，可考虑拔管。拔管后保持局部敷料清洁、干燥。

(2) 空肠造瘘管护理：术后可通过空肠造瘘管行肠内营养支持。
护理措施：①妥善固定：防止管道脱出；②保持管道通畅；③营养液输注的注意事项：营养液现配现用，使用时间不超过24小时；输注时注意营养液的速度、浓度和温度；观察有无腹痛、腹胀或腹泻等不良反应。



4. 伤口护理 观察伤口敷料是否干燥，有无渗血、渗液，如有渗液及时更换敷料，有渗血时根据出血量做相应处理。

5. 并发症的护理

(1) 出血

1) 原因：包括应激性溃疡出血、手术创面的活动性渗血、感染坏死组织侵犯引起的消化道大出血、消化液腐蚀引起的腹腔大血管出血等。

2) 表现：胃管、腹腔引流管或手术切口流出血性液体，病人出现呕血、黑便或血便。

3) 护理：①密切观察生命体征，特别是血压和脉搏的变化；②保持引流管通畅，准确记录引流液的颜色、性状和量；③监测凝血功能，纠正凝血功能紊乱；④遵医嘱使用止血和抑酸药物；⑤应激性溃疡出血可采用冰盐水加去甲肾上腺素胃内灌洗；⑥胰腺及周围坏死腔大出血时急诊行介入或手术治疗。

(2) 胰痿

1) 原因：胰痿由胰管损伤或破裂所致。

2) 表现：病人出现腹痛、持续腹胀、发热，腹腔引流管或伤口流出无色清亮液体。

3) 护理：①取半卧位，保持引流通畅；②根据胰痿程度，采取禁食、持续胃肠减压、静脉泵入生长抑素等措施；③严密观察引流液量、颜色和性状，准确记录；④必要时作腹腔灌洗引流，防止胰液积聚侵蚀内脏、腐蚀大血管或继发感染；⑤保护腹壁痿口周围皮肤，可用凡士林纱布覆盖，皮肤保护膜或

(3) 胃肠道瘘

1) 原因：胰液的消化和感染坏死病灶的腐蚀均可使胃肠道壁坏死、穿孔发生瘘。

2) 表现：常见部位是结肠和十二指肠，有时也发生在胃和空肠。当病人出现以下任一情况即可以诊断：①引流管或创口有消化液、食糜或食物残渣引出；②口服或经造瘘管注入亚甲蓝从创口或窦道引出；③胃肠道造影显示瘘口部位以及瘘口远端肠道情况；④窦道加压造影显示窦道与消化道相通。

3) 护理：①持续腹腔灌洗，低负压吸引，保持引流通畅，防止消化液积聚引起感染和腹膜炎；②纠正水、电解质紊乱，加强营养支持，合理使用生长抑素；③指导病人正确使用造口袋，保护瘘口周围皮肤；④对不易愈合的瘘，应当采用手术治疗。

(三) 健康教育

1. 减少诱因 积极治疗胆道疾病、戒酒、预防感染、正确服药等，预防复发。
2. 休息与活动 劳逸结合，保持良好心情，避免疲劳和情绪激动。
3. 合理饮食 养成良好的饮食习惯，规律饮食，少量多餐，进食低脂饮食，少食油腻食物，忌食辛辣刺激食物，禁烟酒。
4. 控制血糖及血脂，监测血糖及血脂，必要时使用药物控制。
5. 复诊指导 定期到医院复查，出现胰腺假性囊肿、胰腺脓肿、胃肠道痿等并发症时，及对就诊。

第二节 胰腺癌病人的护理

胰腺癌(pancreatic carcinoma)是一种发病隐匿，进展迅速，治疗效果及预后极差的消化道恶性肿瘤，其发病率呈明显增加的趋势。40岁以上好发，男性比女性多见。多发生于胰头部，约占70%~80%，其次为胰体尾部，全胰癌少见。

一、病因与病理

导致胰腺癌的直接病因尚不清楚。在胰腺癌的致病因素中，吸烟是唯一公认的危险因素。高蛋白，高胆固醇饮食摄入可促进胰腺癌的发生。糖尿病、慢性胰腺炎、遗传因素、长期的职业和环境暴露等可能是胰腺癌的致病因素。

以导管细胞腺癌最多见，约占90%；腺泡细胞癌，黏液性囊腺癌等少见。导管细胞腺癌致密而坚硬，浸润性强，切面呈灰白色或灰黄色，常伴有纤维化增生及炎症反应，与周围胰腺组织无明确界限。胰腺癌转移和扩散途径主要为局部浸润和淋巴转移，也可经血行转移至肝、肺、骨等处。

二、护理评估

(一) 健康史

病因尚不清楚，可能与吸烟及遗传因素等有关。应注意询问病人有无吸烟情况及家族史等。

(二) 身体状况

1、症状

(1) 上腹痛：是胰腺癌常见的首发症状。早期因肿块压迫导致胰管不同程度的梗阻，引起胰管扩张、扭曲及压力增高，出现上腹不适，或隐痛、钝痛。中晚期因癌肿侵及腹膜后神经丛，出现持续性剧烈疼痛，向腰背部放射，日夜不止，屈膝卧位可稍有缓解。胰体尾部癌的疼痛在左上腹或脐周，出现疼痛时已多属晚期。

(2) 黄疸：是胰头癌最主要的症状，多系胰头癌压迫或浸润胆总管所致，呈进行性加重，可伴皮肤瘙痒，茶色尿和陶土色大便。约25%的胰头癌病人表现为无痛性黄疸，黄疸伴无痛胆囊增大称库瓦西耶征(Courvoisier sign)。对胰头癌具有诊断意义。10%左右的胰体尾部癌病人也可发生黄疸，与肿瘤发生肝内转移或肝门部淋巴结转移时压迫肝外胆管有关。

(3) 消化道症状：早期常有食欲减退、上腹饱胀、消化不良、服泻等症状；部分病人可出现恶心、呕吐。晚期癌肿浸润或压迫胃十二指肠，可出现上消化道梗阻或消化道出血。

(4) 消瘦和乏力：是主要临床表现之一，随着病程进展，病人消瘦乏力、体重下降，伴有贫血、低蛋白血症等，晚期可出现恶病质。

(5) 其他：可出现发热、急性胰腺炎发作、糖尿病、脾功能亢进及血栓性静脉炎等。

2. 体征 肝肿大，胆囊肿大，腹部肿块，还可在左上腹或脐周围及血管杂音；晚期可出现腹水或扪及左锁骨上淋巴结肿大

(三) 心理-社会状况

病人常有疼痛，特别在夜间为重，严重影响病人的睡眠，易产生焦虑、悲观等情绪；因疾病预后差，常会出现否认、畏惧或愤怒情绪，甚至拒绝接受治疗。

(四) 辅助检查

1、实验室检查 ①血清生化检查：继发胆道梗阻或出现肝转移时，常出现血清总胆红素和结合胆红素升高，碱性磷酸酶和转氨酶多有升高：空腹或餐后血糖升高及糖耐量异常：血、尿淀粉酶一过性升高：②免疫学检查：诊断胰腺癌常用的肿瘤标志物有糖链抗原(CA19-9)、癌胚抗原(CEA)和胰胚抗原(POA)。CA19-9对胰腺癌敏感性和特异性较好，常用于胰腺癌的辅助诊断和术后随访。

2、影像学检查 ①腹部超声：可显示胆、胰管扩张，胆囊肿大，胰头部占位病变，同时观察有无肝转移和淋巴结转移。②内镜超声(EUS)：优于腹部超声检查，可发现直径小于1cm的小胰癌，对评估大血管受侵犯程度敏感性高。③CT：是诊断胰腺癌的重要手段，能清楚显示胰腺形态、肿瘤部位、肿瘤与邻近血管的关系及后腹膜淋巴结转移情况。④MRI和MRCP：MRI显示胰腺肿块的效果较CT更好，诊断胰腺癌敏感性和特异性较高；MRCP可显示胰胆管扩张、梗阻情况，具有重要诊断意义。⑤ERCP：可显示胆管或胰管狭窄或扩张，并能进行活检；还可经内镜在胆管内置入内支撑管，达到术前减轻黄疸的目的。⑥PTC和PTCD：适用于重度黄疸且肝内胆管扩张者，可清楚显示梗阻上方肝内、外胆管扩张情况，对判断梗阻部位、胆管扩张程度具有重要价值。

3. 细胞学检查 行ERCP检查时收集胰液查找癌细胞，在腹部超声或CT引导下经皮细针穿刺胰腺病变组织进行细胞学检查，都是很有价值的诊断方法。

(五) 处理原则

1. 非手术治疗 吉西他滨是晚期胰腺癌治疗的一线化学治疗药物,也可使用氟尿嘧啶和丝裂霉素。还可选择介入治疗、放射治疗、基因治疗及免疫治疗等。

2. 手术治疗 手术切除是胰腺癌最有效的治疗方法。尚无远处转移的胰头癌,均应采取手术切除。

(1) 胰十二指肠切除术(Whipple手术): 胰头癌可施行胰十二指肠切除术。手术切除范围包括胰头(含钩突)、胆囊和胆总管、远端胃、十二指肠及空肠上段,同时清除周围淋巴结,再将胰腺、胆总管、胃和空肠吻合,重建消化道。

(2) 保留幽门的胰十二指肠切除术(PPPD): 即保留全胃、幽门和十二指肠球部, 其他切除范围和经典胰十二指肠切除术相同。该术式适用于幽门上下淋巴结无转移, 十二指肠切缘无癌细胞残留者。PPPD主要的优点在于缩短了手术时间, 减少了术中出血, 使病人术后能够更快康复, 但同时也使病人术后胃溃疡和胃排空障碍的发生有所增加。因此若采用该术式治疗胰头癌, 应严格掌握手术适应证。

(3) 胰体尾切除术: 适用于胰体尾部癌, 因确诊时多属晚期, 故切除率很低。

(4) 姑息性手术: 对高龄、已有肝转移、肿瘤已不能切除或合并明显心肺功能障碍不能耐受较大手术者, 可行胆肠吻合术以解除胆道梗阻, 胃空肠吻合术解除或预防十二指肠梗阻, 化学性内脏神经切断术或腹腔神经结节切除术减轻疼痛。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 慢性疼痛与癌肿侵犯周围组织、脏器等有关。
2. 营养失调: 低于机体需要量与食欲下降、肿瘤消耗等有关。
3. 焦虑 与胰腺癌预后差有关。
4. 潜在并发症: 术后出血、胰瘘、胆瘘、血糖异常、切口感染等。

四、护理措施

(一) 术前护理

1. 心理护理 多数病人就诊时已处于癌症中晚期，得知诊断后易出现否认、悲哀、畏惧和愤怒等不良情绪，对手术治疗产生焦虑情绪。护士应理解、同情病人，有针对性地进行健康指导，使病人能配合治疗与护理，促进疾病的康复。

2. 疼痛护理 观察病人腹痛的部位、范围、规律及持续时间，对病人进行疼痛评估，合理使用镇痛药，保证病人良好的睡眠及休息。对于中晚期胰腺癌病人，持续疼痛者可给予芬太尼进行镇痛治疗。

3. 改善肝功能 静脉输注高渗葡萄糖加胰岛素和钾盐，增加肝糖原储备；使用护肝药、复生素B等；有黄疸者，静脉输注维生素K1改善凝血功能。

4. 皮肤护理 黄疸伴皮肤瘙痒者，指导病人修剪指甲，勿搔抓皮肤，防止破损；穿宽松纯衣裤；保持皮肤清洁，用温水擦浴，勿使用碱性清洁剂，以免加重皮肤瘙痒。镇静药和抗组胺药可缓解病人的瘙痒，瘙痒剧烈者可给予炉甘石洗剂外用。

5. 营养支持 监测营养相关指标，如血清白蛋白、血清转铁蛋白、血红蛋白、皮肤弹性、体重等。

6. 肠道准备 术前3日开始口服抗生素抑制肠道细菌，预防术后感染；术前2日进食流质；术前晚行全肠道灌洗或清洁灌肠，减少术后腹胀及并发症的发生。

7. 其他 血糖异常者，通过调节饮食和注射胰岛素控制血糖。有胆道梗阻并继发感染者，予抗生素控制感染。

(二) 术后护理

1. 病情观察 观察生命体征、腹部体征、伤口及引流情况，准确记录24小时出入水量，必要时监测CVP及每小时尿量。

2. 营养支持 术后早期禁食，禁食期间给予肠外营养支持，维持水、电解质平衡，必要时输注白蛋白。拔除胃管后从流质、半流质，逐渐过渡至正常饮食。术后因胰腺外分泌功能减退，易发生消化不良、腹泻等，可口服胰酶制剂。

3. 心理护理

护士应多与患者沟通，了解其真实感受，有针对性地做好心理护理，使患者能配合治疗和护理，取得最好效果。

3. 并发症的护理

(1) 胰瘘：是胰十二指肠切除术后最常见的并发症和导致死亡的主要原因。术前黄疸持续时间长、营养状况差、术中出血量大是术后胰瘘发生的危险因素。胰瘘一经证实，应积极处理，大多数胰瘘可在2~4周得到控制并自行愈合。护理措施参见本章第一节急性胰腺炎病人的护理。

(2) 出血：胰十二指肠切除术后出血是危及病人生命最严重的并发症，出血可发生在术后早期(24小时以内)和晚期(24小时以上)，晚期常发生在术后1周左右。根据出血部位可分为腹腔出血和消化道出血，二者亦可同时发生。

1) 原因：术后早期出血常因凝血功能障碍导致创面广泛渗血、手术中止血不彻底或吻合口出血引起；晚期出血多系腹腔严重感染、胰痿、胆痿使邻近血管受到腐蚀导致破裂出血，应激溃疡或吻合口溃疡引起。

2) 表现：病人出现心慌、面色苍白、血压下降、脉搏细速等休克表现，或出现呕血、黑便或便血等消化道出血的表现，腹腔引流管和胃肠减压管流出大量鲜红色血性液体。

3) 护理：①监测生命体征；②观察胃肠减压及腹腔引流液的颜色、性状及量；③出血量少者可予静脉补液，使用止血药、输血等治疗，出血量大者需急诊行介入或手术止血。

(3) 胆瘘：多发生于术后5~7日，表现为腹腔引流管流出大量胆汁，每日数百毫升至1000ml不等。护理措施参见第十九章第四节胆石症病人的护理。

(4) 感染：以腹腔内局部细菌感染最常见，若病人免疫力低下，还可合并全身感染。术后严密观察病人有无高热、腹痛和腹胀、白细胞计数增高等。遵医嘱合理使用抗生素，加强全身支持治疗。形成腹腔脓肿者，可在超声引导下行脓肿穿刺置管引流术。

(5) 胃排空延迟：多见于保留幽门的胰十二指肠切除术后。胃排空延迟是术后因非机械性梗阻因素引起的以胃排空障碍为主要表现的胃动力紊乱综合征，表现为病人手术10 日以后仍不能规律进食或需胃肠减压。护理：①禁食、持续胃肠减压，每日观察并记录胃液量；②合理补液，监测电解质水平，维持水、电解质平衡；③使用肠外营养支持，并可安置鼻肠管输注肠内营养液；④使用胃动力药物；⑤遵医嘱合理使用抗生素，去除腹腔内感染，必要时予以针对性引流。促进胃动力恢复。多数病人经保守治疗3~6周可恢复。

(三) 健康教育

1. 自我监测 年龄40岁以上者，短期内出现持续性上腹部疼痛、腹胀、黄疸、食欲减退、消瘦等症状时，需行胰腺疾病筛查。
2. 合理饮食 戒烟酒，少量多餐，均衡饮食。
3. 复诊指导 术后每3~6个月复查1次，若出现贫血、发热、黄疸等情况，及时就诊。



谢谢观看

