



# 内科护理

## 第四章 消化系统疾病病人的护理

---





## 第四章 消化系统疾病病人的护理

### 第五节

### 急性胰腺炎病人的护理

---

主讲人：XXX



病人，女，25岁。饱餐后1小时，出现中上腹部剧烈的刀割样疼痛且向腰背部放射，继而出现呕吐，呕吐物含有胆汁。

护理体检：T 39.1℃，P 95次/分，R 22次/分，BP 95/60mmHg。意识清楚，面色苍白。全腹压痛，反跳痛，腹肌紧张。

临床诊断：急性胰腺炎

- 1.列出该病人的主要护理诊断/问题。
- 2.该病人的一般护理要点有哪些？



**知识目标:**

- 1.掌握急性胰腺炎病人的护理评估、护理措施。
- 2.熟悉急性胰腺炎病人的病因、辅助检查、常见护理诊断/问题。
- 3.了解急性胰腺炎病人的护理目标、护理评价。

**能力目标:** 学会识别重症胰腺炎病人的病情变化, 能配合医生实施抢救措施。

**素质目标:** 具有良好的沟通能力、 科学严谨的工作态度。



### 重点

- 急性胰腺炎病人的身体状况、护理措施和健康教育。

### 难点

- 轻症与重症急性胰腺炎的鉴别。



- 急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是指胰腺分泌的胰酶在胰腺内被激活后而发生胰腺自身消化的化学性炎症。
- 根据病理变化分水肿型 (轻症胰腺炎) 和出血坏死型 (重症胰腺炎)。
- 多见于青壮年, 女性多于男性。



1. **胆道疾病** 是引起急性胰腺炎**最常见的病因**。其中**胆石症最为常见**，其次为胆道感染和胆道蛔虫。
2. **酗酒和暴饮暴食** 乙醇可使胰腺大量分泌，嗜酒可使胰液内蛋白增高，沉淀形成蛋白栓，致使胰液排出不畅。酗酒和暴饮暴食均可引起十二指肠乳头水肿和Oddi括约肌痉挛，胰液排出受阻，使胰管压力增高。
3. **胰管阻塞** 胰管结石或蛔虫、胰管狭窄、肿瘤等引起胰管阻塞，胰管内压力增高，胰液与消化酶渗入间质引起急性胰腺炎。
4. **其他** 如手术、创伤、某些急性传染病或应用某些药物后，都可能导致急性胰腺炎。





急性胰腺炎的发病机制尚未完全阐明，但有共同的病理生理过程即胰腺组织的自身消化。胰腺分泌的消化酶有两种形式：一种为有活性的酶，如淀粉酶、脂肪酶；另一种是以酶原形式存在的无活性酶，如胰蛋白酶原、糜蛋白酶原。在各种病因的作用下，酶原被激活成有活性的酶，使胰腺自身消化，发生急性胰腺炎。



## (一) 健康史

- 询问病人有无胆道系统疾病、十二指肠疾病史；
- 有无酗酒、暴饮暴食；
- 有无手术、外伤及急性传染病病史；
- 是否服用噻嗪类利尿剂、糖皮质激素等药物。



## (二) 身体状况

### 1. 症状

(1) 腹痛：是本病的**主要症状和首发症状**。常在饮酒和饱餐后突然起病。**疼痛部位多在中上腹，向腰背部呈带状放射，取弯腰抱膝位可减轻**，进食可加剧，且一般胃肠解痉药止痛效果不佳。

(2) 恶心、呕吐及腹胀

(3) 发热：多数患者有中度以上发热，一般持续3~5天。持续发热一周以上不退者，应怀疑为出血坏死型或有继发感染。



## (二) 身体状况

(4) 低血压或休克：仅见于出血坏死型胰腺炎。

(5) 水、电解质及酸碱平衡紊乱：多有轻重不等的脱水，呕吐频繁者可有代谢性碱中毒。重者可有明显脱水与代谢性酸中毒。伴血钾、血镁、血钙降低，低血钙可致手足搐搦，常是重症与预后不良的征兆。部分患者伴血糖增高，可发生糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷。

## (二) 身体状况

### 2. 体征

(1) 轻症急性胰腺炎：腹部体征较轻，有上腹压痛，无肌紧张和反跳痛。

(2) 重症急性胰腺炎：全身表现有急性面容、表情痛苦、呼吸急促、脉搏增快、血压下降；腹部体征可为急性腹膜炎体征。少数患者出现两侧腰部皮肤暗灰蓝色淤斑，称Grey-Turner征，或脐周皮肤青紫，呈Cullen征。

## (二) 身体状况

### 3. 并发症 主要见于重症急性胰腺炎。

- 胰腺脓肿和假性囊肿
- 急性肾损伤、急性呼吸窘迫综合征、消化道出血、败血症及真菌感染等，病死率极高。



## (三) 心理-社会状况

因起病急，腹痛剧烈，同时不了解疾病而担心预后，病人常感到焦虑、恐惧。



#### (四) 辅助检查

1. 血常规 白细胞计数升高，中性粒细胞明显升高。
2. 淀粉酶测定 血清淀粉酶超过正常值3倍即可诊断本病，血淀粉酶测定常为早期诊断的主要标准。尿淀粉酶升高较晚。
3. 血清脂肪酶 在起病后24~72小时开始升高，持续7~10天，对就诊较迟者有诊断价值，具有特异性。
4. C反应蛋白（CRP） 在胰腺坏死时明显增高。





#### (四) 辅助检查

5. 其他检查 持久空腹血糖高于 $11.2\text{mmol/L}$ 反映胰腺坏死，提示预后不良。也可出现暂时性低钙血症，低血钙程度与临床严重程度平行，若低于 $2\text{mmol/L}$ 则提示预后不良。

6. 影像学检查 腹部B超及CT检查可见胰腺增大，对胰腺脓肿或假性囊肿的诊断有帮助。



## (五) 治疗要点

治疗以减轻疼痛，减少胰腺分泌、防治并发症为原则。

1. 轻症急性胰腺炎 ①**禁食及胃肠减压**：可减少胃酸分泌，进而减少胰液分泌，以减轻腹痛和腹胀。②**静脉输液**：补充血容量，维持水、电解质和酸碱平衡。③**止痛**：腹痛剧烈者可用哌替啶。④**抗感染**：口服抗生素可进一步清除肠腔内的致病菌。⑤**抑酸治疗**：静脉给予H<sub>2</sub>受体拮抗剂或质子泵抑制剂。



## (五) 治疗要点

2.重症急性胰腺炎 除上述治疗措施外，还需：①**纠正休克及水、电解质平衡紊乱**。②营养支持：早期一般采用全胃肠外营养，如无肠梗阻，应尽早肠内营养，增强肠道黏膜屏障。③抗感染治疗：重症病人常规使用抗生素，如氧氟沙星、环丙沙星等，预防胰腺坏死并发感染。④**减少胰液分泌**：常用**生长抑素和奥曲肽**。可抑制胰液和胰酶分泌，抑制胰酶合成的作用。⑤抑制胰酶活性：仅用于重症胰腺炎的早期，常用药物有抑肽酶、加贝酯等。



## (五) 治疗要点

3.并发症治疗 对急性出血坏死型胰腺炎伴腹腔内大量渗液、伴急性肾损伤者,可采用腹膜透析治疗;急性呼吸窘迫综合征除药物治疗外,可作气管切开和应用呼吸机治疗;并发糖尿病者可使用胰岛素。



1. 疼痛：腹痛 与急性胰腺炎所致的胰腺组织水肿有关。
2. 体温过高 与胰腺的炎症过程有关。
3. 有体液不足的危险 与禁食、呕吐、胰腺的急性出血有关。
4. 恐惧 与剧烈腹痛有关。
5. 潜在并发症：休克、急性腹膜炎、急性肾衰竭等。

- 1.病人疼痛减轻或缓解。
- 2.病人体温逐渐恢复正常。
- 3.病人保持体液平衡，表现为尿量  $> 30\text{ml/h}$ ，皮肤弹性良好，血压、脉搏正常。
- 4.病人情绪稳定，焦虑、恐惧的心理减轻或消除。
- 5.病人无并发症，或出现并发症后能及时发现和处理。

## 一、一般护理

1. 休息和体位 病人应绝对卧床休息，减轻胰腺负担。选择舒适体位如**弯腰抱膝侧卧位可减轻疼痛**。保持环境安静舒适，避免刺激。
2. 饮食护理 **急性期严格禁食、水1~3天**，以减少胃酸和食物刺激胰液分泌。禁食患者每日应**补液2000~3000ml**，胃肠减压者补液量适当增加。**腹痛基本缓解后**，可进食**低糖、低脂饮食**，逐步恢复普通饮食。
3. 口腔护理 禁食、水期间口渴可含漱或用水湿润口唇。胃肠减压者，应每日做口腔护理，以减轻患者的口腔不适。



## 二、病情观察

- 对出血坏死型应密切监测生命体征；
- 观察呕吐物的性质和量，准确记录24小时液体出入量；
- 观察腹痛程度及性质有无改变；
- 遵医嘱定时留取血、尿标本，观察血、尿淀粉酶、血清电解质的变化。



### 三、用药护理

- ❑ 生长抑素后可能出现消化道症状、眩晕、过敏等，停药后可恢复正常；抑肽酶可产生抗体，有过敏可能
- ❑ 加贝酯静脉滴注速度不宜过快，勿将药液注入血管外，多次使用时应更换注射部位，对有过敏史者及妊娠妇女和儿童禁用
- ❑ 使用西米替汀静脉给药时，偶有血压下降、心跳呼吸停止等，给药速度不宜过快，应密切观察患者反应



## 四、对症护理

腹痛病人**禁用吗啡**，以免**引起 Oddi 括约肌痉挛**，加重病情。疼痛剧烈者，可遵医嘱使用哌替啶，但反复使用可致成瘾。高热病人给予物理降温，必要时遵医嘱使用退热药物。



## 五、抢救配合

- ①准备抢救用物：如静脉切开包、氧气；
- ②防治低血容量休克：病人取中凹卧位，注意保暖，保持呼吸道通畅并给氧，迅速建立静脉通道；
- ③急性呼吸窘迫综合征：配合做气管切开、机械通气的护理。



## 六、心理护理

向病人及家属介绍本病的基本知识，消除病人的疑虑，关心、爱护病人，缓解病人焦虑、恐惧的情绪，帮助病人树立战胜疾病的信心。



## 七、健康宣教

1.生活指导 指导病人建立良好的饮食习惯，规律进食，避免酗酒、暴饮暴食，避免刺激性食物。戒除烟酒，防止复发。

2.疾病知识指导 向病人及其家属介绍急性胰腺炎发生的诱发因素及疾病过程。指导病人积极治疗胆道系统疾病，如胆石症、胆道感染等，以免复发。



- 病人腹痛是否减轻或消除；
- 体温是否恢复至正常；
- 是否有充足的有效循环血容量，皮肤弹性是否良好，血压、脉搏是否正常；
- 情绪是否稳定，焦虑、恐惧的心理是否减轻或消除；
- 是否有急性肾损伤等并发症的发生。

# 小结





**谢谢观看**

