

Nursing Cooperation of 1 Case with Severe Obesity with Cardiac Insufficiency after Gastric Bypass Operation

Jing Zhang¹, Guo Ge¹, Xi Chen¹, Weiju Chen^{2*}

¹First Clinical Medical College, Jinan University, Guangzhou Guangdong

²School of Nursing, Jinan University, Guangzhou Guangdong

Email: *chenweiju@126.com

Received: Jul. 15th, 2020; accepted: Aug. 4th, 2020; published: Aug. 11th, 2020

Abstract

With the continuous improvement of living standards, living conditions are getting better and better, and the number of morbid obesity is also rising due to poor lifestyle and eating habits. In this paper, the nursing cooperation of one patient with severe obesity and cardiac insufficiency after gastric bypass surgery is expounded, which provides reference for the nursing of patients during the perioperative period of weight loss surgery.

Keywords

Obesity, Gastric Bypass Surgery, Nursing Coordination

1例行胃旁路术后重度肥胖伴心功能不全的患者的护理配合

张晶¹, 葛果¹, 陈希¹, 陈伟菊^{2*}

¹暨南大学第一临床医学院, 广东 广州

²暨南大学护理学院, 广东 广州

Email: *chenweiju@126.com

收稿日期: 2020年7月15日; 录用日期: 2020年8月4日; 发布日期: 2020年8月11日

摘要

随着生活水平的不断提高, 生活条件越来越好, 不良的生活方式和饮食习惯使病态性肥胖的人数也在上升。

*通讯作者。

本文就1例重度肥胖伴心功能不全的患者胃旁路术后的护理配合进行阐述，为减肥手术围手术期患者的护理提供参考依据。

关键词

肥胖症，胃旁路手术，护理配合

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

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



Open Access

1. 引言

肥胖症(obesity)是指体内脂肪堆积过多和(或)分布异常，通常伴有体重增加。世界卫生组织(WHO)则将肥胖定义为可能导致健康损害的异常或过多的脂肪堆积[1]。目前，WHO将BMI ≥ 25 kg/m²定义为超重，而BMI > 30 kg/m²定义为肥胖。在国际上以体重指数(BMI)定义肥胖。病态性肥胖症是指BMI > 40 的肥胖或BMI > 35 的重度肥胖并且已合并其他疾病[2]。我院胃肠外科收治1例重度肥胖的患者，合并高血压、心功能不全等一系列疾病。过去曾通过减肥药、运动等方式减重效果均不佳，患者自诉心功能较差，想通过手术减肥来缓解病情的意愿强烈，住院期间经院内多学科资深专家共同讨论的MDT方式及全程预见性护理配合，我院成功对该患者实行精准腹腔镜胃旁路术，现报告如下：

2. 资料与方法

2.1. 临床资料

患者男，40岁，汉族，体重进行性增加10年，血糖升高1年。患者自诉心功能较差，爬楼三楼时出现气促，胸闷，平地步行超过500米需停下休息。患者腹部、大腿多处皮损，患者自诉瘙痒难忍。查体：心率96次/分，心音低钝，心律绝对不齐，第一心音强弱不等，各瓣膜区未闻及明显杂音，腹部膨隆，双下肢重度水肿；腹隆起，腹肌软，全腹见皮下脂肪堆积，体质量189.6 kg，BMI为64.9 kg/m²，腰围：170 cm，臀围：163.5 cm，胸围：105.5 cm，颈围：52.0。胸部正侧位片提示：1) 左上肺纤维灶；心影增大；2) 左侧PICC管置管术后改变；心功能彩超提示：1) 全心增大，室壁运动普遍低平；2) 左房增大，室间隔增厚，左室后壁增厚；3) 左室射血分数减低。冠状动脉造影检查提示LAD近中段斑块，前向血流TIMI3级；LCX未见狭窄，前向血流TIMI3级；RCA近中段斑块，前向血流TIMI级。诊断：1) 代谢综合征；2) II型呼吸衰竭；3) 重度肥胖；4) 高血压3级(很高危)；5) 心律失常：房颤；6) 冠状动脉粥样硬化；7) 胆囊泥沙样结石；8) 重度呼吸暂停低通气综合征。

2.2. 术前护理

1) **术前评估。**患者入院后由责任护士和个案管理师对患者病情及现状进行评估，了解患者此次入院就医的原因，既往病史，活动能力，自理能力，心理状况等。

2) **病情评估。**入院监测患者的血压、血糖、心脏功能，了解心脏向左扩张的程度；再进一步去了解患者平时的饮食习惯、性格特点、生活习惯和社会背景等，进行综合评估后再给予相应的护理措施。

3) **体位和休息。**患者需要卧床静养，采取坐位或半坐卧位，可适当抬高双下肢减轻水肿的情况。遵医嘱给予患者持续低流量吸氧，持续观察患者的状态。

4) **无创呼吸机的护理。**医护人员应强调使用呼吸机的重要性及相关注意事项;第一次上机压力不可过大,最好从小调起,依患者适应情况逐渐增大 BIPAP,使患者有一个逐渐适应过程;注意鼻(面)罩松紧要适宜,既不要漏气,亦不要让患者感到不舒服;患者夜间使用 BIPAP 通气,密切监测患者的呼吸情况,防止舌后坠;医护人员应当详细告知患者呼吸机的相关工作原理及呼吸方法,注意患者呼吸是否平顺,因为 BIPAP 是由患者带动机器的;密切关注患者在呼吸机使用过程中的生命体征、血氧饱和度及不良反应,及时报告医生;正确用机后,患者呼吸平顺,气促减轻,精神紧张解除,安静呼吸,神志有所好转,头痛、颜面潮红等症状和体征减轻;无创通气后患者心率变化不大或是快的心率变慢,这是心功能有所好转的表现,如心率过快,上机后仍未能改善,则要考虑吸气压是否适当要调整。

5) **饮食护理。**饮食调整对手术的效果和安全性有着重要的意义,建议术前第 3 天开始进食高蛋白、低脂、低热量流质饮食,术前 1 天改进清流质饮食,术前 12 小时开始禁食,4 小时开始禁饮水;术前 1 天口服肠道缓泻剂,术前一晚用肥皂水清洁灌肠,以此排尽肠道内粪便,减少肠道菌群,并有效减轻术中、术后的腹胀情况[3]。

6) **给药护理。**遵医嘱予 NS36 ml + 托拉塞米 40 mg 以 10 ml/h 泵入以利尿;新活素 5 ml/h 静泵缓解患者休息或轻微活动时呼吸困难时的急性失代偿心力衰竭;患者气喘加重时予速尿 20 mg 静推,西地兰 0.2 mg 慢推来加强心肌收缩;患者心慌气喘伴咳嗽,遵医嘱予顺尔宁 10 mg 口服;遵医嘱皮下注射克赛预防深静脉血栓形成及肺栓塞;予优化慢性心功能不全药物治疗(沙库巴曲缬沙坦 100 mg bid、比索洛尔片 5 mg qd)等治疗。

7) **皮肤护理。**保持皮肤的清洁干燥并在皮肤溃烂处每日呋喃西林湿敷,予以百多邦、派瑞松、易孚早晚涂抹。

8) **认知与心理护理。**个案管理师承担对患者解除各种疑虑的责任,对于患者术前紧张的和焦虑等不良情绪及对减肥手术存在的疑虑给予心理护理,改善患者的不良情绪,使患者保持积极的心态配合手术前后的护理和治疗,她们给与病患者的指导会增加患者对我们的信任感。

9) **术前检查。**患者行 CAG,予协助做好术前准备,告知其注意事项,嘱切勿紧张;介入室局麻下行 CAG,右桡 A 穿刺口干洁,弹性绷带加压包扎,术肢血运良好,指导对指活动,告知其注意事项,嘱患者多休息。

10) **PICC 的护理。**穿刺部位用 12 × 10 cm 无菌敷料覆盖;穿刺后 24 h 消毒更换敷料 1 次,以后每周更换 1 次;然后根据实际的敷料情况更换无菌透明敷料贴。连续输液时,需要每 12 h 冲管一次,治疗间歇期每周用 20 ml NS 或 1 U/ml 肝素稀释液冲洗 1 次;嘱患者保持局部的干燥,避免洗浴弄湿贴膜,指导患者正确活动活动穿刺上肢,避免穿刺负重等。给患者做好健康宣教。

2.3. 术后护理

2.3.1. 生命体征监测

医护人员协助患者术后 6 h 内 25°~30°平卧,头偏向一侧,以防止呕吐物、分泌物的误吸;保持呼吸道通畅,给予心电监护持续监测血压、脉搏、呼吸以及血氧饱和度,给予持续鼻氧管低流量吸氧,做好相关护理记录,如有异常须及时通知医生,做好对症处理;由于腹腔镜手术中灌入 CO₂ 患者术后会常有肩部疼痛不适,可提示患者是正常现象,嘱其不用担心。

2.3.2. 基础护理

医护人员定给患者叩背、翻身、协助患者做有效排痰,防止发生肺炎、肺不张;同时,准确评估记录 24 h 出入液量。

2.3.3. 切口及皮肤护理

注意观察切口敷料、渗血、渗液情况，若有渗液请及时通知医生换药。

2.3.4. 补液管理

术后应禁饮食 24~48 小时，待肠蠕动基本恢复后开始进食少量全流质饮食，术后 2 周逐步过渡到半流质饮食，术后 1 个月可进食普通低糖低脂饮食。禁饮食和进食少量全流质饮食期间应该给予补液以维持水电解质平衡肥胖患者每日需水量 2500~3000 ml，补液原则为生理需要量加额外损失量。

2.3.5. 饮食指导

术后当天清醒后少量饮水，湿润喉咙即可(1 勺约 5 ml)；术后 1~2 天少量喝温水，每 2 小时喝 2~4 勺，总量约 100 ml；术后第 3 天可以喝温水，一日 4 杯(150 ml/杯)，总量约 600 ml；术后第 4 天可以进食米汤、清汤，每 2 小时喝 30 ml，量约 200 ml (先小勺试喝，停留 15 分钟观察有无不适)每日饮水 1000 ml；术后第 5~7 天，可以喝淡淡的蜂蜜水、兑水鲜榨果汁(1:1)、稀释了的运动饮料(脉动、健力宝等)每 2 小时喝 50 ml，总量约 300~500 ml，每日饮水 1500 ml [4] [5]。

2.3.6. 常见并发症的处理

1) 最常见的是腹腔内出血和胃肠道出血，应及时补充血容量，同时应用止血药物或内镜下止血等，如出血量过大，可再次行手术探查止血。2) 术后如出现腹膜炎、高热、全身感染等症状，且腹腔引流出浑浊的液体，则考虑为吻合口瘘或者残端瘘。早期可行再次手术治疗，迟发性瘘如果引流通畅可行禁食、胃肠减压等保守治疗。3) 吻合口狭窄者确诊后给予球囊扩张或放置临时支架治疗。4) 术后可给予指导补充微量营养素，避免营养缺乏并发症的发生。5) 其他术后并发症如倾倒综合征、伤口感染等，可按照常规胃肠手术并发症处理[6]。

3. 出院指导

1) 出院后按医嘱进食，先全流饮食，注意休息及营养，预防感冒，全休 1 月，术后 3 月内避免剧烈运动。2) 术后 1、3、6、12 个月返院复查，不适随诊。3) 带药回家：铝碳酸镁片(达喜)每日 3 次；多元维生素(善存)每天一次；碳酸钙 D3 片(朗迪)每天一次；复合维生素每日 3 次；熊去氧胆酸胶囊(优思弗)每晚一次；奥美拉唑镁肠溶片(洛赛克)每天一次[7]。

4. 护理结局

术前护理帮助患者调整好身体各方面的状态，使其达到能够进行手术的状态。术后护理使患者尽快从手术中恢复过来，生命体征平稳，切口无感染等问题，临床结局良好。

5. 小结

重度肥胖伴随合并症的患者要及时关注自己的病情不要等到病情严重恶化才来医院，将严重危及生命。而且肥胖与代谢外科在我国经过几十年已经越来越成熟被越来越多人接受，严格地配合围手术期的管理对手术的顺利进行至关重要。

同意书

已取得患者的知情同意。

参考文献

[1] 赵宇星, 朱惠娟, 王林杰. 2016 年美国临床内分泌医师学会美国内分泌学会肥胖症综合管理临床实践指南解读

- [J]. 中国糖尿病杂志, 2017, 25(1) 10-13.
- [2] 中国肥胖问题工作组. 中国成人超重和肥胖症预防与控制指南(节录) [J]. 营养学报, 2004(1) 1-4.
- [3] 王存川, 黄勇. 减肥手术围手术期管理策略[J]. 中华肥胖与代谢病电子杂志, 2015, 1(2) 59-62.
- [4] 廖宇. 减肥手术患者围手术期营养、代谢和非手术支持临床实践指南 2013 年更新(上) [J]. 糖尿病(临床), 2013, 7(7) 296-303.
- [5] 涂怡婷. 减肥手术患者围手术期营养、代谢和非手术支持临床实践指南 2013 年更新(下) [J]. 糖尿病天地(临床), 2013, 7(8) 344-355.
- [6] 中国医师协会外科医师分会肥胖和糖尿病外科医师委员会. 中国肥胖和 2 型糖尿病外科治疗指南(2014) [J]. 中国实用外科杂志, 2014, 34(11) 1005-1010.
- [7] 袁婷婷, 陈海霞, 何纯芝. 腹腔镜减肥手术患者围手术期护理新进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(10) 133-134.