

实用临床护理学

(下)

张红妹等◎主编

实用临床护理学

(下)

张红妹等◎主编

第十章 肝胆外科疾病护理

第一节 肝脓肿的护理

肝脓肿(liver abscess)是肝受感染后形成的脓肿,属于继发感染性疾病。根据病原菌不同可分为细菌性和阿米巴性肝脓肿,临床上前者较后者多见。

一、细菌性肝脓肿

细菌性肝脓肿(bacterial liver abscess)指化脓性细菌引起的肝内化脓性感染。以男性多见,中年患者约占70%。

(一)病因

肝有肝动脉和门静脉双重血液供应,又通过胆道与肠道相通,因而易受细菌感染。最常见的致病菌为大肠埃希菌和金黄色葡萄球菌,其次为链球菌、类杆菌属等。当全身细菌性感染,特别是腹腔内感染时,细菌侵入肝脏,可发生肝脓肿。细菌入侵肝脏的途径如下。

1. 胆道系统 是最主要的入侵途径和最常见的病因。胆管结石、胆道蛔虫症等并发急性化脓性胆管炎累及胆总管时,细菌沿胆管上行,感染肝而形成肝脓肿。胆道疾病所致肝脓肿常为多发性,以左外叶最多见。

2. 肝动脉 体内任何部位的化脓性病变,如化脓性骨髓炎、肺炎、中耳炎、亚急性细菌性心内膜炎、疖等并发菌血症时,细菌随肝动脉血流入侵而在肝内形成多发性脓肿,多见于右肝或累及全肝。

3. 门静脉系统 化脓或坏疽性阑尾炎、化脓性盆腔炎等腹腔感染,菌痢、溃疡性结肠炎等肠道感染可引起门静脉属支血栓性静脉炎及脓毒栓子脱落经门静脉系统入肝引起肝脓肿。

此外,肝毗邻部位化脓性感染,如胆囊炎、膈下脓肿或肾周围脓肿以及化脓性腹膜炎等,细菌可经淋巴系统入侵肝脏。肝开放性损伤,细菌则直接从伤口入侵而引起肝脓肿。

(二)病理

化脓性细菌侵入肝后,引起肝的炎症反应,有的可自愈,有的形成许多小脓肿,在合理治疗下小脓肿多能吸收机化;但当机体抵抗力下降或治疗不及时,炎症将进一步扩散,可以形成单发或多发的脓肿。由于肝血供丰富,一旦脓肿形成,大量毒素被吸收入血,临床上出现严重的毒血症表现。当脓肿进入慢性期,脓肿壁肉芽组织生长及纤维化形成,临床症状便逐渐减轻或消失。肝脓肿如未能得到适当控制,感染可向膈下、腹腔、胸腔穿破。

(三)临床表现

1. 症状

(1)寒战和高热:这是最常见的早期症状,往往反复发作,体温可高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,一般为稽留热或弛张热,伴大量出汗,脉搏增快。

(2)肝区疼痛:由肝大、肝包膜急性膨胀和炎性渗出物的局部刺激而引起。多数患者出现肝区持续性胀痛或钝痛,有时可伴有右肩牵涉痛。

(3)消化道及全身症状:因脓毒症反应及全身消耗而引起,患者常有乏力、食欲减退、恶

心、呕吐；少数患者可有腹泻、腹胀、呃逆等症状；炎症累及胸部可致刺激性干咳或呼吸困难等。

2. 体征 患者呈急性面容。肝区压痛、肝大伴触痛、右下胸部和肝区叩击痛为最常见体征。若脓肿位于右肝前缘比较表浅部位，可伴有右上腹肌紧张和局部明显触痛。严重者或并发胆道梗阻者可出现黄疸。病程较长者，常有贫血、消瘦、恶病质等表现。

(四) 并发症

细菌性肝脓肿可向周围脏器穿透引起严重的并发症，死亡率极高：①脓肿自发性穿破可致膈下脓肿或急性化脓性腹膜炎。②右肝脓肿向右胸内破溃时形成胸腔积液或脓胸，患者常有突然出现的剧烈胸痛、寒战、高热。③左肝脓肿偶尔可穿破心包，发生化脓性心包炎，严重者致心包填塞。④少数肝脓肿可穿破血管壁引起上消化道大出血。

(五) 实验室及其他检查

1. 实验室检查 ①血白细胞计数明显升高，常大于 $20 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞可高达 90% 以上，有核左移现象和中毒颗粒。②肝功能检查可见轻度异常。

2. 影像学检查 ①X 线检查：肝阴影增大；右肝脓肿显示右膈肌抬高、局限性隆起和活动受限；有时提示胸腔积液；X 线钡餐造影有时可见胃小弯受压和推移。②B 超：首选方法，能分辨肝内直径 1~2cm 的液性病灶，并明确其部位和大小。③CT、MRI、放射性核素扫描：对肝脓肿的定位与定性有很大诊断价值。

3. 诊断性肝穿刺 必要时可在 B 超定位下或肝区压痛最剧烈处行诊断性穿刺，抽出脓液即可证实，脓液送细菌培养。

(六) 治疗要点

1. 非手术治疗 适用于急性期肝局限性炎症、脓肿尚未形成及多发性小脓肿、较大脓肿的基础治疗。

(1) 全身营养支持治疗：①肠内、外营养支持。②积极补液，纠正水、电解质酸碱失调。③补充维生素 B、C、K。④必要时多次输新鲜全血或血浆，纠正低蛋白血症。⑤改善肝功能和增强机体抵抗力。

(2) 全身抗感染治疗：大剂量、联合应用抗生素。在未确定病原菌以前，可首选对大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌及厌氧菌等敏感的抗菌药，或根据脓液或血液细菌培养、药物敏感试验结果选用有效抗生素。重度感染者，应用亚胺培南等新型强有力的广谱抗生素。

(3) B 超或 CT 引导下肝脓肿穿刺置管引流：单个较大的肝脓肿可以在 B 超或 CT 引导下进行长针穿刺置管引流，将脓液送细菌培养和抗生素敏感试验。此方法最大优点是并发症少，创伤轻，但会出现引流管位置不当，引流不畅的情况，有一定的局限性。

(4) 积极处理原发病灶：尽早处理胆道结石与感染、阑尾炎等腹腔感染。

2. 手术治疗 脓肿切开引流术适用于较大的脓肿，疑有穿破或已并发腹膜炎、脓胸者。常用的手术方法：

(1) 脓肿切开引流术：对于穿刺引流效果不佳的肝脓肿或较大的脓肿，估计有穿破可能，或已有穿破并发腹膜炎、脓胸以及胆源性肝脓肿或慢性肝脓肿者，在应用抗生素治疗的同时，应积极进行脓肿切开引流术(图 10-1)；途径有经腹腔切开引流术、经前侧腹膜外脓肿切开引流术、经后侧腹膜外脓肿切开引流术。

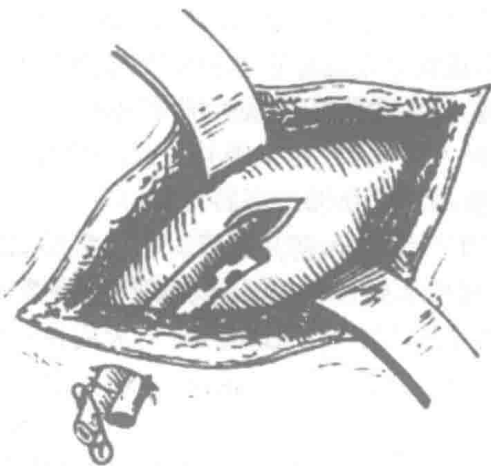


图 10-1 肝脓肿切开引流

(2)腹腔镜肝脓肿切开引流:在腹腔镜下实施操作,处理与开腹相同,具有手术创伤轻,术后恢复快等优点。

(3)肝叶切除:适用于①慢性厚壁肝脓肿和肝脓肿切开引流后脓壁不塌陷、留有死腔。②窦道长期流脓不愈者。③肝内胆管结石合并左外叶多发性脓肿,且该肝叶已严重破坏、失去正常功能者。④多发性肝脓肿局限于一叶。

(七)常见护理诊断/问题

1. 体温过高 与肝脓肿及其产生的毒素吸收有关。
2. 营养失调(低于机体需要量) 与进食减少、感染、高热引起分解代谢增加有关。
3. 体液不足 与高热致大量出汗、食欲下降、进食减少等有关。
4. 潜在并发症 腹膜炎、膈下脓肿、胸腔内感染、休克。

(八)护理措施

1. 非手术治疗护理/术前护理

(1)病情观察:加强生命体征、腹部及胸部症状与体征的观察,注意有无脓肿破溃引起的腹膜炎、膈下脓肿、胸腔内感染等并发症。肝脓肿若继发脓毒血症、急性化脓性胆管炎或出现中毒性休克征象时,可危及生命,应立即抢救。

(2)高热护理:保持病室内温度和湿度,定时通风,保持空气新鲜,室温维持在 $18\sim 22^{\circ}\text{C}$,相对湿度在 $50\%\sim 70\%$;患者衣着适量,及时更换汗湿的衣裤和床单;体温过高,采用物理降温,如头枕冰袋、酒精擦浴、灌肠(4°C 生理盐水)等,必要时遵医嘱给药后,降温过程注意观察出汗情况、保暖;动态观察体温,每 $2\sim 4$ 小时测定体温一次,注意观察患者有无大量出汗引起虚脱或高热惊厥等并发症;除须控制入水量者外,高热患者每日至少摄入 2000mL 液体,以防高渗性缺水,必要时静脉补液,纠正体液失调。

(3)营养支持:肝脓肿系消耗性疾病,应鼓励患者多食高蛋白、高热量、富含维生素和膳食纤维的食物,保证足够的液体摄入量;贫血、低蛋白血症者输入血液制品;进食较差或营养不良者,提供肠内外营养支持治疗。

(4)应用抗生素药物的护理:遵医嘱尽早合理应用抗生素,把握给药间隔时间与药物配伍禁忌,并注意观察药物不良反应;长期应用抗生素,应注意观察口腔黏膜,观察有无腹泻、腹胀等,警惕假膜性肠炎及继发性双重感染。

2. 术后护理 观察术后有无腹腔创面出血、胆汁漏;右肝后叶、膈顶部脓肿引流时,观察

有无损伤膈肌误入胸腔；术后早期一般不冲洗，以免脓液流入腹腔，术后 1 周左右开始冲洗脓腔。除以上护理措施外，应重点做好经皮肝穿刺抽脓或脓腔置管引流术的护理：

(1)穿刺后护理：①严密监测生命体征，腹痛与腹部体征。②位置较高的肝脓肿穿刺后注意呼吸、胸痛和胸部体征，以防发生气胸、脓胸等并发症。③观察发热、肝区疼痛等肝脓肿症状及其改善情况。④适时复查 B 超了解脓肿好转情况。

(2)引流管护理：①妥善固定引流管，防止滑脱。②半卧位，以利引流和呼吸。③冲洗脓腔：严格无菌原则，每天用生理盐水或含甲硝唑盐水多次或持续冲洗脓腔，注意出入量，观察和记录脓腔引流液的颜色、性状和量。④防止感染：每天更换引流袋并严格执行无菌操作。⑤拔管：当脓腔引流液少于 10mL/d 时，可逐步退出并拔出引流管，适时换药，直至脓腔闭合。

(九)健康指导
嘱患者保持心情舒畅；进食高热量、高蛋白、富含维生素和纤维素的食物，多饮水；遵医嘱服药，不得擅自改变剂量或停药；定时到医院复查血象、肝功能及 B 超；自我检测体温变化，若出现发热、肝区疼痛等症状，及时就诊。

二、阿米巴性肝脓肿

阿米巴性肝脓肿(amebic liver abscess)是肠道阿米巴病最常见的并发症，好发于男性，年龄多在 30~50 岁。约半数在肠道阿米巴病急性期并发。

(一)病因与病理
阿米巴原虫从结肠溃疡处肠壁小静脉经门静脉、淋巴管或直接侵入肝内。原虫产生溶组织酶，导致肝细胞坏死，液化的组织和血液组成脓液，形成脓肿，其内为液化的肝组织和血液。阿米巴性肝脓肿大多是单发性的，容积较大，常见于肝右叶顶部。

(二)临床表现
发生在阿米巴痢疾急性期或既往有阿米巴痢疾史者。起病可较急也可较缓，病程一般较长，病情较细菌性肝脓肿轻。主要表现有持续或间歇性高热、全身不适、消化不良、食欲不佳、体质虚弱等。查体可发现肝大伴触痛，应怀疑发生阿米巴性肝脓肿的可能。有时容易误诊，应注意鉴别(表 10-1)。

表 10-1 阿米巴性肝脓肿与细菌性肝脓肿的鉴别

项目	细菌性肝脓肿	阿米巴性肝脓肿
病史	继发于胆道感染或其他化脓性感染	继发于阿米巴痢疾后
症状	起病急骤、严重，有寒战、高热，全身中毒症状明显	起病缓慢，病程较长，可有高热，或不规则发热、盗汗
血液检查	白细胞、中性粒细胞可明显增高，血液细菌培养可阳性	白细胞可增高，血清阿米巴抗体阳性
粪便检查	无特殊表现	部分患者可找到阿米巴滋养体
脓液	多为黄白色脓液、恶臭，涂片和培养可发现细菌	大多为棕褐色脓液、无臭味，镜检可找到阿米巴滋养体；若无混合感染，涂片和培养无细菌
诊断性治疗	抗阿米巴治疗无效	抗阿米巴治疗有效
脓肿	较小，常为多发性	较大，多为单发，多见于肝右叶

(三)治疗要点

1. 非手术治疗 阿米巴性肝脓肿首先应考虑非手术治疗,主要采用甲硝唑、氯喹、依米丁、环丙沙星等抗阿米巴药物治疗,必要时反复 B 超定位穿刺抽脓及全身营养支持疗法。合并细菌感染者尽早使用抗生素。

2. 手术治疗 阿米巴性肝脓肿切开引流会引起继发细菌感染而死亡率升高。但如果出现下列情况,应在严格无菌原则下手术切开排脓并采取持续负压闭式引流(防止继发细菌感染):①经抗阿米巴治疗及穿刺吸脓,脓肿未见缩小、高热不退者。②脓肿伴继发细菌感染,经综合治疗不能控制者。③脓肿已穿破胸腹腔或邻近器官。④直径在 10cm 以上巨大脓肿或较浅表脓肿。

(四)常见护理诊断/问题

1. 体温过高 与阿米巴性肝脓肿有关。
2. 营养失调(低于机体需要量) 与分解代谢增加、进食减少、肠道功能紊乱等有关。
3. 潜在并发症 继发细菌感染、腹膜炎、膈下脓肿、胸腔内感染。

(五)护理措施

1. 遵医嘱使用抗阿米巴药物,注意观察患者药物不良反应;同时,在“临床治愈”后如脓腔仍存在,患者需继续服用 1 个疗程甲硝唑。

2. 加强营养支持,鼓励患者多食富含营养的食物,多饮水。

3. 密切观察病情变化,及时发现继发细菌感染征象。

4. 合理卧位,保持脓腔引流通畅,严格无菌操作,防止细菌感染。

(魏俊)

第二节 原发性肝癌的护理

原发性肝癌(primary liver cancer)简称肝癌,是我国和某些亚非地区常见的恶性肿瘤。我国肝癌高发于东南沿海地区。肝癌可发生于任何年龄,我国肝癌患者中位年龄为 40~50 岁;分别占男、女性恶性肿瘤的第三四位。

一、病因

原发性肝癌的病因尚未明确,目前认为可能与以下因素有关。

1. 肝硬化 肝癌合并肝硬化的比例很高,在我国占 53.9%~90%;肝癌中以肝细胞癌合并肝硬化最多,占 64.1%~94%;而胆管细胞癌很少合并肝硬化。

2. 病毒性肝炎 特别是乙型肝炎的反复发作,易演变为肝硬化,继而发展为肝癌,常称为“三部曲”;HBsAg 阳性者其肝癌的相对危险性为 HBsAg 阴性者 10~50 倍。我国 90% 的肝癌患者 HBV 阳性。

3. 黄曲霉毒素 主要是黄曲霉毒素 B₁,主要来源于霉变的玉米和花生等。调查发现,肝癌相对高发区的粮食被黄曲霉毒素及其毒素污染的程度较高,而且是温湿地带。黄曲霉毒素能诱发动物肝癌已被证实。

4. 其他 亚硝酸胺、烟酒、肥胖等可能与肝癌发病有关;肝癌还有明显的家族聚集性;污水中已发现水藻毒素等很多种致癌或促癌物质。

二、病理

1. 病理类型 按大体病理类型分为结节型、巨块型和弥漫型 3 种。以结节型多见,单发或多发结节状、大小不等、散在分布,多伴有肝硬化;巨块型常为单发,癌块直径较大,易出血、坏死;弥漫型最少见,结节大小均等、呈灰白色密布于全肝,病情发展迅速,预后极差。

按组织学类型可分为肝细胞癌、肝内胆管细胞癌和二者同时出现的混合型肝癌 3 类。我国以肝细胞癌最常见,约占 91.5%,男性见多。

2. 转移途径 原发性肝癌预后远较其他癌差,早期转移是其重要原因之一。①血行转移:为主要转移途径,通常先有肝内播散,然后再出现肝外转移(约占 1/3)。癌肿极易侵犯门静脉分支,形成门静脉内癌栓,癌栓沿门静脉系统在肝内直接播散,甚至阻塞门静脉主干、导致门静脉高压;肝外血行转移依次见于肺、骨、脑等。②淋巴转移:肝癌转移至肝门淋巴结为最多,其次为胰周、腹膜后、主动脉旁和左锁骨上淋巴结。③直接浸润转移:肝癌向横膈及附近器官直接蔓延浸润也不少见。④腹腔种植性转移:癌细胞脱落植入腹腔引起腹膜转移和血性腹水。

三、临床表现

原发性肝癌临床表现极不典型,早期缺乏特异性表现,一旦出现症状多为进展期肝癌。

1. 症状

(1)肝区疼痛:最常见和最主要的症状,约 50% 患者以此为首发症状。多为右上腹间歇性或持续性钝痛、胀痛或刺痛,疼痛逐渐加重,甚至难以忍受。疼痛部位常与癌肿部位密切相关,如肝右叶顶部的癌肿累及膈肌时,疼痛可牵涉至右肩背部;当肝癌结节发生坏死、破裂,引起腹腔内出血时,则表现为突发右上腹剧痛和压痛、腹膜刺激征和内出血等。

(2)全身及消化道症状:表现为食欲减退、腹胀、恶心、呕吐或腹泻等,易被忽视,且早期不明显。晚期体重进行性下降,可伴有贫血、出血、腹水和水肿等恶病质表现;部分患者可有不明原因的持续性低热或不规则发热,37.5~38℃,其特点是抗生素治疗无效,而吲哚美辛栓常可退热。

(3)伴癌综合征:即肝癌组织本身代谢异常或癌肿引起的内分泌或代谢紊乱的综合征,较少见。主要有低血糖、红细胞增多症、高胆固醇血症及高钙血症。

2. 体征 ①肝大与肿块:为中、晚期肝癌最主要体征。肝呈进行性肿大、质地较硬、表面高低不平、有明显结节或肿块。②黄疸和腹水:见于晚期患者。

3. 其他 ①肝外转移:如发生肺、骨、脑等肝外转移,可呈现相应部位的临床症状。②合并肝硬化者常有肝掌、蜘蛛痣、脾大、腹水和腹壁静脉曲张等肝硬化门静脉高压症表现。

4. 并发症 主要有肝性脑病、上消化道出血、癌肿破裂出血、肝肾综合征及继发感染(肺炎、败血症、真菌感染)等。

四、实验室及其他检查

1. 实验室检查

(1)肝癌血清标志物检测:甲胎蛋白(alpha-fetoprotein, AFP)测定是诊断原发性肝细胞癌最常用的方法和最有价值的肿瘤标志物。正常值 $<20\mu\text{g/L}$ 。目前 AFP 诊断标准为:AFP

$\geq 400\mu\text{g/L}$ 且持续 4 周或 AFP $\geq 200\mu\text{g/L}$ 且持续 8 周,并排除妊娠、活动性肝炎、肝硬化、生殖胚胎源性肿瘤及肝样腺癌,应考虑为肝细胞癌。

(2)血清酶学:各种血清酶检查对原发性肝癌的诊断缺乏专一性和特异性,只能作为辅助指标。常用的有血清碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶等。

(3)肝功能及病毒性肝炎检查:肝功能异常、乙肝标志或 HCV-RNA 阳性,常提示有原发性肝癌的肝病基础,有助于肝细胞癌的定性诊断。

2. 影像学检查

(1)B 超:是目前肝癌定位检查中首选的一种方法,可作为高发人群的普查工具或用于术中病灶定位。可显示肿瘤的大小、形态、所在部位及肝静脉或门静脉内有无癌栓等,其诊断准确率可达 90%,能发现直径 1~3cm 的病变。

(2)CT 和 MRI:能显示肿瘤的位置、大小、数目及其与周围器官和重要血管的关系,有助于制定手术方案。可检出直径 1.0cm 左右的微小肝癌,准确率达 90%以上。

(3)选择性腹腔动脉或肝动脉造影:此方法肝癌诊断率最高,可达 95%,可明确病变的部位、大小、数目和分布范围,可发现 1~2cm 大小的肝癌及其血供情况。因属侵入性检查手段,仅在无法确定或定位时才考虑采用。

(4)正电子发射计算机断层扫描(PET-CT):局部扫描可精确定位病灶解剖部位及反映病灶生化代谢信息;全身扫描可了解整体状况和评估转移情况,达到早期发现病灶的目的;治疗前后扫描可了解肿瘤治疗前后的大小和代谢变化。

3. 肝穿刺活组织检查及腹腔镜探查 B 超引导下细针穿刺活检可以获得肝癌的病理学确诊依据(金标准),具有确诊的意义,但有出血、肿瘤破裂和肿瘤沿针道转移的危险。经各种检查未能确诊而临床又高度怀疑肝癌者,可行腹腔镜探查以明确诊断。

五、治疗要点

早期手术切除是目前治疗肝癌最有效的方法,小肝癌手术切除率高达 80%以上,术后 5 年生存率可达 60%~70%。

1. 手术治疗

(1)肝切除术:肝切除手术一般至少保留 30%的正常肝组织,对有肝硬化者,肝切除量不应超过 50%。

1)适应证:①全身状况良好,心、肺、肾等重要内脏器官功能无严重障碍,肝功能代偿良好、转氨酶和凝血酶原时间基本正常者。②肿瘤局限于肝的一叶或半叶以内而无严重肝硬化者。③第一、第二肝门及下腔静脉未受侵犯者。

2)禁忌证:有明显黄疸、腹水、下肢水肿、远处转移及全身衰竭等晚期表现和不耐受手术者。

3)手术方式:有肝叶切除、半肝切除、肝三叶切除或局部肝切除等。

(2)对不能切除肝癌的外科治疗:可作液氮冷冻、激光气化、微波或作肝动脉结扎插管,以备术后做局部化疗。也可作皮下植入输液泵、术后连续灌注化疗。

(3)根治性手术后复发肝癌的手术:肝癌根治性切除后 5 年复发率在 50%以上。在病灶局限、患者尚能耐受手术的情况下,可再次施行手术治疗。复发性肝癌再切除是提高 5 年生存率的重要途径。

(4)肝移植:原发性肝癌是肝移植的指征之一,疗效高于肝切除术,但术后较易复发。目前,我国肝癌肝移植仅作为补充治疗,用于无法手术切除,不能进行射频、微波治疗和肝动脉栓塞化疗、肝功能不能耐受的患者。

2. 非手术治疗

(1)局部治疗:B超引导下经皮肝穿刺肿瘤内行射频消融、微波消融、冷冻治疗、高功率超声聚焦消融及无水乙醇注射治疗;具有微创、安全、简便和易于多次施行的特点。适合于瘤体较小而无法或不宜手术切除者,特别是肝切除术后早期肿瘤复发者。

(2)肝动脉栓塞化疗:是一种介入治疗,即经股动脉达肝动脉作超选择性肝动脉插管,经导管注入栓塞剂和抗癌药物。①对于不能手术切除的中晚期肝癌患者。②能手术切除,但因高龄或严重肝硬化等不能或不愿手术的肝癌患者,可以作为非手术治疗中的首选方法。③经剖腹探查发现癌肿不能切除,或作为肿瘤姑息切除的后续治疗者,可采用肝动脉和(或)门静脉置泵(皮下埋藏式灌注装置)作区域化疗栓塞。常用的栓塞剂为碘油和吸收性明胶海绵。抗癌药物常选用5-氟尿嘧啶、丝裂霉素、阿霉素等。

(3)其他治疗:如放射治疗、免疫治疗、中医中药治疗、基因治疗等。

六、常见护理诊断/问题

1. 预感性悲哀 与担忧手术效果、疾病预后和生存期限有关。

2. 疼痛 与肿瘤迅速生长导致肝包膜张力增加或手术、介入治疗、放疗、化疗后的不适有关。

3. 营养失调(低于机体需要量) 与厌食、胃肠道功能紊乱、放疗和化疗引起的胃肠道不良反应、肿瘤消耗等有关。

4. 潜在并发症 消化道或腹腔内出血、肝性脑病、膈下积液或脓肿、肺部感染等。

七、护理措施

1. 一般护理/术前护理

(1)心理护理:大多数肝癌患者因长期乙型肝炎和肝硬化病史心理负担已较重,再加上癌症诊断,对患者和家庭都是致命的打击。患者往往有自卑感、不公平、悲痛等情绪,医护人员应鼓励患者说出内心感受和最关心的问题,并尽量解释各种治疗、护理知识。在患者悲痛时,应尊重、同情和理解患者,并让家属了解发泄的重要性。与家属共同制定诊疗措施,鼓励家属与患者多沟通交流。通过各种心理护理措施,减轻患者焦虑和恐惧,树立战胜疾病的信心,以最佳心态接受治疗和护理。对晚期患者应重视感情上的支持,鼓励家属与患者共同面对疾病,互相扶持,使患者尽可能平静舒适地度过生命的最后历程。

(2)疼痛的护理:在肝癌患者中大约80%以上有中度至重度的疼痛,评估疼痛发生的时间、部位、性质、诱因和程度,帮助患者从癌痛中解脱出来,遵医嘱按照三级止痛原则给予镇痛药物,并观察药物效果及不良反应;指导患者控制疼痛和分散注意力的方法。

(3)营养支持:以富含高蛋白、高热量、高维生素和膳食纤维的饮食为原则,按患者饮食习惯提供其喜爱的食物,以刺激食欲。创造舒适的进餐环境,避免呕吐物等不良刺激。若有食欲缺乏、恶心、呕吐现象,采用少量多餐。合并肝硬化有肝功能损害者,应适当限制蛋白质摄入;必要时可给予肠内外营养支持,输血浆或白蛋白等,补充维生素K和凝血因子等,以改善

贫血、纠正低蛋白血症和凝血功能障碍,提高手术耐受力。

(4)护肝治疗:遵医嘱静脉保肝药物。避免使用红霉素、巴比妥类、盐酸氯丙嗪等有损肝脏的药物。嘱患者保证充分睡眠和休息,禁酒。

(5)预防出血:①改善凝血功能:大多数肝癌合并肝硬化,术前3日开始给予维生素 K_1 ,适当补充血浆和凝血因子,以改善凝血功能,预防术中、术后出血。②告诫患者尽量避免致肿瘤破裂出血或食管下段胃底静脉曲张破裂出血的诱因,如剧烈咳嗽、用力排便等致腹内压骤升的动作和外伤等。③应用 H_2 受体阻断剂,预防应激性溃疡出血。④加强腹部观察:若患者突发腹痛,伴腹膜刺激征,应高度怀疑肝癌破裂出血,及时通知医师,积极配合抢救,做好急症手术的各项准备;对不能手术的晚期患者,可采用补液、输血、应用止血剂、支持治疗等综合性方法处理。

(6)术前准备:除以上护理措施和常规腹部手术术前准备外,必须根据肝切除手术大小备充足的血和血浆,并做好术中物品准备,如化疗药物、皮下埋藏式灌注装置、预防性抗生素、特殊治疗设备等。

2. 术后护理

(1)病情观察:肝手术后,特别是广泛性肝叶切除术后易发生诸多并发症,如肝断面出血、胆瘘、肝性脑病和上消化道出血等。应严密观察生命体征、意识状态、腹部症状和体征、切口敷料及各种引流管引流情况,准确记录24小时出入量,发现问题及时通知医师。

(2)体位与活动:手术后24小时内卧床休息,术后2天,患者血压平稳,可采取半卧位,不鼓励患者早期活动,避免剧烈咳嗽和打喷嚏等,以防止术后肝断面出血。

(3)饮食及营养:术后禁食,胃肠功能恢复后给予流质饮食,以后酌情改半流质、普通饮食。广泛肝叶切除后可应用要素饮食或静脉营养支持,术后2周内应补充适当的蛋白质和血浆,以提高机体的抵抗力。

(4)引流管护理:引流管应妥善固定,避免受压、扭曲和折叠,保持引流通畅;严格遵守无菌原则,每天更换引流袋,并准确记录引流液的色、量、质。若引流量逐渐减少,且无出血及胆汁,引流管一般在术后3~5天拔出;若血性引流液呈持续性增加,应警惕腹腔内出血,及时通知医师,必要时完善术前准备行手术探查止血。

(5)并发症的预防和护理

1)出血:是肝切除术后常见的并发症之一。术后应注意预防和控制出血:①严密观察病情变化:术后48小时内应有专人护理,动态观察患者生命体征的变化。②引流液的观察:保持引流通畅,严密观察引流液的量、性质和颜色。一般情况下,手术后当日可从肝周引流管引出鲜红血性液体100~300mL,若血性液体增多,应警惕腹腔内出血。③若明确为凝血机制障碍性出血,可遵医嘱给予凝血酶原复合物、纤维蛋白原,输新鲜血,纠正低蛋白血症。④若短期内或持续引流较大的血性液体,或经输血、输液,患者血压、脉搏仍不稳定时,应做好再次手术止血的准备。

2)膈下积液及脓肿:是肝切除术后一种严重并发症,膈下积液及脓肿多发生在术后1周左右。若患者术后体温下降后再度升高,或术后发热持续不退,同时伴有右上腹部胀痛、呃逆、脉速、白细胞计数升高、中性粒细胞达90%以上等,应疑有膈下积液或膈下脓肿,B超等影像学检查可明确诊断。护理措施:①保持引流通畅,妥善固定引流管,防止膈下积液及脓肿发生;每日更换引流袋,观察引流液颜色、性状及量。若引流量逐日减少,一般在手术后3~5日

拔除引流管。②若已形成膈下脓肿,必要时协助医师行 B 超定位引导下穿刺抽脓或置管引流,后者应加强冲洗和吸引护理;鼓励患者取半坐位,以利于呼吸和引流。③严密观察体温变化,高热者给予物理降温,必要时药物降温,鼓励患者多饮水。④加强营养支持治疗和抗菌药物的应用护理。

3)胆汁漏:是因肝断面小胆管渗漏或胆管结扎线脱落、胆道损伤所致。注意观察术后有无腹痛、发热和腹膜刺激症状,切口有无胆汁渗出和(或)腹腔引流液有无含胆汁。如有上述表现,应高度怀疑胆汁漏,即予调整引流管,保持引流通畅,并注意观察引流液的量和性质变化;如发生局部积液,应尽早 B 超定位穿刺置管引流;如发生胆汁性腹膜炎,应尽早手术。

4)肝性脑病:①病情观察:应注意观察患者有无肝性脑病的早期症状,若出现性格行为变化,如欣快感、表情淡漠或扑翼震颤等前驱症状时,及时通知医师。②吸氧:作半肝以上切除的患者,需间歇吸氧 3~4 天,以提高氧的供给,保护肝功能。③避免肝性脑病的诱因,如上消化道出血、高蛋白饮食、感染、便秘、应用麻醉剂和镇静催眠剂等。④禁用肥皂水灌肠,可用生理盐水或弱酸性溶液(如食醋 1~2mL 加入生理盐水 100mL)。⑤口服新霉素或卡那霉素,以抑制肠道细菌繁殖,减少氨的产生。⑥使用降血氨药物,如谷氨酸钾或谷氨酸钠静脉滴注。⑦给予富含支链氨基酸的制剂或溶液,以纠正支链—芳香族氨基酸的比例失调。⑧肝性脑病者限制蛋白质摄入,以减少血氨的来源。⑨便秘者可口服乳果糖,促使肠道内氨的排出。

3. 介入治疗的护理

(1)介入治疗前准备:注意各种检查结果,判断有无禁忌证。耐心向患者解释介入治疗的目的、方法及治疗的重要性和优点,帮助患者消除紧张、恐惧心理,争取主动配合。穿刺处皮肤准备,术前禁食 4 小时,备好所需物品及药品,检查导管质量,防止术中出现断裂、脱落或漏液等。

(2)介入治疗后的护理

1)预防出血:术后嘱患者取半卧位,术后 24~48 小时卧床休息;穿刺处砂袋加压 1 小时,穿刺侧肢体制动 6 小时;严密观察穿刺侧肢端皮肤的颜色、温度及足背部动脉搏动,注意穿刺点有无出血现象;拔管后局部压迫 15 分钟并局部加压包扎,卧床 24 小时防止局部出血。

2)导管护理:妥善固定和维护导管;严格遵守无菌原则,每次注入药物前消毒导管,注入药物后用无菌纱布包扎,防止逆行感染;注入药物后用肝素稀释液 2~3mL 冲洗导管以防导管堵塞。

3)栓塞后综合征的护理:肝动脉栓塞化疗后多数患者可出现发热、肝区疼痛、恶心、呕吐、心悸、白细胞计数下降等临床表现,称为栓塞后综合征。其护理措施如下:①控制发热:一般为低热,若体温高于 38.5℃,可予物理、药物降温。②镇痛:肝区疼痛多因栓塞部位缺血坏死、肝体积增大、包膜紧张所致,必要时可适当给予止痛剂。③恶心、呕吐:为化疗药物的反应,可给予甲氧氯普胺、氯丙嗪等。④当白细胞计数低于 $4 \times 10^9/L$ 时,应暂停化疗并应用升白细胞药物。⑤介入治疗后嘱患者大量饮水,减轻化疗药物对肾的毒副作用,观察排尿情况。

4)并发症的观察及护理:①局部血肿:小血肿加压包扎,大血肿查凝血因子,用止血药,甚至血肿清除术。②假性动脉瘤:表现为搏动性肿物,压迫引起血栓性静脉炎,甚至破裂或动脉阻塞,应及早报告医生。③动脉内异物、栓子和血栓:表现为动脉搏动减弱或消失,远端皮温降低,应尽早介入或手术取出。④急性血栓性静脉炎:表现为患肢疼痛、肿胀、压痛。应密切观察、及时发现、尽早溶栓,如无效时应行手术取出。

八、健康指导

- 1. 疾病指导 注意防治肝炎,不吃霉变食物。有肝炎、肝硬化病史者和肝癌高发地区人群应定期作 AFP 检查或 B 超检查,以期早期发现。
- 2. 饮食指导 多吃高热量、优质蛋白质、富含维生素和膳食纤维的食物。食物以清淡、易消化为宜。若有腹水、水肿,应控制水和食盐的摄入量。
- 3. 自我观察和定期复查 若患者出现水肿、体重减轻、出血倾向、黄疸和乏力等症状要及时就诊。定期随访,第 1 年每 1~2 个月复查 AFP、胸片和 B 超 1 次,以便早期发现临床复发或转移迹象。
- 4. 预防肝性脑病 可适量应用缓泻剂,保持大便通畅,以免因肠腔内氨吸收导致血氨升高。

(魏俊)

第三节 胆囊结石的护理

胆石病指发生在胆囊和胆管的结石,是胆管系统的常见病、多发病。结石可发生在胆管系统的任何部位,胆囊内的结石称为胆囊结石,发生于肝内、外胆管的结石称为胆管结石。胆石的化学组成依胆固醇和胆色素的含量比例不同分为三类:胆固醇结石、胆色素结石、混合性结石(图 10-2)。胆囊结石主要为胆固醇结石或以胆固醇为主的混合性结石。我国西北地区比沿海地区发病率高,可能与饮食习惯有关。主要见于成年人,女性多于男性,发病率在 40 岁后随年龄增长而增高。

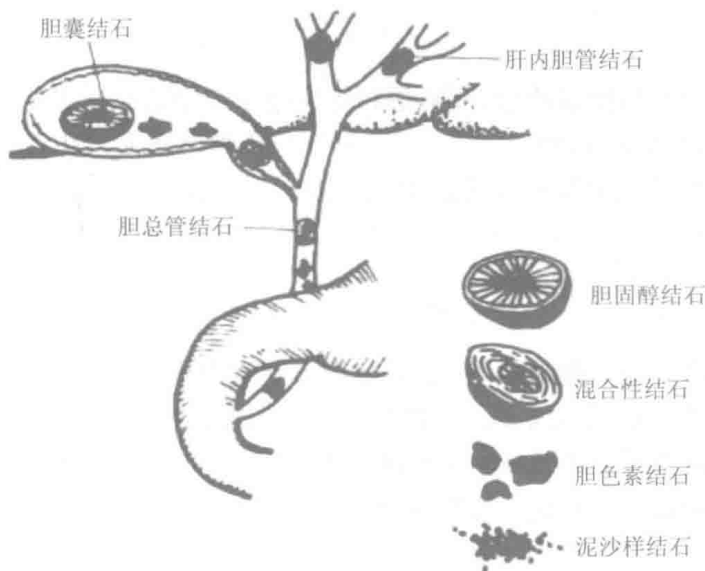


图 10-2 胆结石分布及类型

一、胆石的成因

胆石的成因十分复杂,是多因素综合作用的结果,主要与胆管感染、代谢异常、致石基因等因素有关。

1. 胆管感染 胆汁淤滞、细菌或寄生虫等入侵引起胆管感染时,细菌产生的 β -葡萄糖醛酸酶和磷脂酶能水解胆汁中的脂质,使可溶性的结合性胆红素水解为游离胆红素,后者与钙盐结合,成为胆红素结石的起源。

2. 胆管异物 虫卵(蛔虫、华支睾吸虫)或成虫的尸体可成为结石的核心,促发结石形成;胆管手术后的手术线结或 Oddi 括约肌功能紊乱时食物残渣随肠道内容物反流入胆管成为胆结石形成的核心。

3. 胆管梗阻 胆管梗阻引起胆汁滞留,滞留于胆汁中的胆色素在细菌作用下分解为非结合胆红素,形成胆色素结石。

4. 代谢因素 主要与脂类代谢有关,脂类代谢异常可引起胆汁的成分和理化性质发生变化,使胆汁中的胆固醇呈过饱和状态并析出、沉淀、结晶而形成结石。此外,胆汁中可能存在的促成核因子及黏液糖蛋白促使成核和结石形成;结石还与胆汁中的糖蛋白含量和葡萄糖二酸-1,4 内脂的浓度有密切的关系,如胆固醇结石好发于高蛋白、高脂肪膳食的人群;胆色素结石多见于高糖低蛋白类膳食的人群。

5. 胆囊功能异常 胆囊收缩功能减退,胆囊内胆汁淤滞亦有利于结石形成。胃大部或全胃切除、迷走神经干切断术后、回肠末段疾病和回肠切除术后、长期禁食或完全胃肠外营养治疗的患者,可因胆囊收缩减少,胆汁排空延迟而增加发生结石的可能。

6. 致石基因及其他因素 近年来的研究表明,胆囊结石的发生可由多种未确定的基因及环境因素相互作用而致。如在胆固醇结石易感基因作用下缩胆囊素受体表达被抑制甚至错误,使胆囊动力受损,导致胆囊排空障碍。肥胖、高脂饮食、短期内体重迅速下降、妊娠期、生长抑素、高脂血症、肝硬化及糖尿病等均为结石的危险因素。此外,在性别差异中,雌激素的水平及其作用可能与胆囊结石形成有关。

二、病理生理

饱餐、进食油腻食物后胆囊收缩,或睡眠时体位改变致结石移位并嵌顿于胆囊颈部,导致胆汁排出受阻,胆囊强烈收缩而发生胆绞痛。小结石可经过胆囊管排入胆总管,通过胆总管下端时损伤 Oddi 括约肌或嵌顿于壶腹部引起胆源性胰腺炎。此外,结石及炎症反复刺激胆囊黏膜可诱发胆囊癌。

三、临床表现

多数患者可无症状,仅在健康检查、手术和尸体解剖时偶然发现,称为静止性胆囊结石。近年来,无症状的胆囊结石明显增多。患者是否出现临床症状与结石大小、部位、是否合并感染、梗阻及胆囊的功能有关。单纯性胆囊结石无梗阻和感染时,常无临床症状或仅有轻微的消化系统症状。当结石嵌顿时,则可出现明显症状和体征。

1. 主要症状

(1)胆绞痛:表现为突发的右上腹阵发性剧烈绞痛,可向右肩部、肩背部或背部放射。发生于饱餐、进食油腻食物后或睡眠时。此乃由于油腻饮食后胆囊收缩或睡眠时体位改变致结石移位并嵌顿于胆囊颈部,使胆汁排空受阻,胆囊强烈收缩所致。常伴恶心、呕吐、厌食、腹胀、腹部不适等非特异性的消化道症状。多数患者症状可反复出现。

(2)上腹隐痛:多数患者仅在进食过多、吃油腻食物、工作紧张或休息不好时感到上腹部

或右上腹隐痛,或者有饱胀不适、嗝气、呃逆等,常被误诊为“胃病”。少数患者仅有右肩背部的酸痛,易误诊为关节炎、肌肉疾病。

(3)胆囊积液:胆囊结石长期嵌顿未合并感染时胆囊黏膜可吸收胆汁中的胆色素,并分泌黏液性物质直至达到与胆囊内压平衡,成为胆囊积液,因积液透明无色,称为“白胆汁”。

2. 体征

(1)腹部体征:有时可在右上腹触及肿大的胆囊。若合并感染,右上腹可有明显压痛、反跳痛或肌紧张,即墨菲征(Murphy sign)阳性。(检查者将左手平放于患者右肋部,拇指置于右腹直肌外缘与肋弓交界处,嘱患者缓慢深吸气,使肝脏下移,若患者因拇指触及肿大的胆囊引起疼痛而突然屏气,称为墨菲征阳性。)

(2)黄疸:极少引起黄疸且较轻。出现黄疸多见于胆囊炎反复发作合并 Mirizzi 综合征(图 10-3)的患者。这是特殊类型的胆囊结石,形成的解剖因素是胆囊管与肝总管伴行过长,持续嵌顿于胆囊颈和较大的胆囊结石压迫肝总管,引起肝总管狭窄,反复的炎症发作更易导致胆囊肝总管瘘、胆囊管消失、结石部分或全部堵塞肝总管。临床特点是反复发作的胆囊炎及胆管炎,明显的梗阻性黄疸,胆管影像学特征性的影像是胆囊增大、肝总管扩张、胆总管正常。

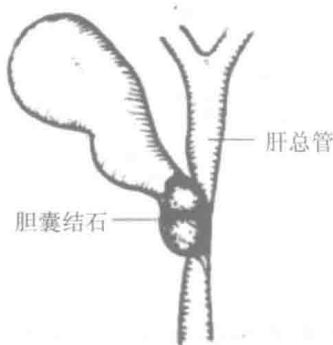


图 10-3 Mirizzi 综合征

四、实验室及其他检查

1. 实验室检查 合并感染时白细胞计数和中性粒细胞升高;黄疸时血、尿胆红素升高,尿胆原减少或消失,粪中尿胆原降低。

2. 影像学检查 B 超为首选检查方法,显示胆囊内有强回声团,随体位改变而移动,其后有声影。

五、治疗要点

1. 非手术治疗 对于无症状的小结石,如果胆囊功能良好者,对合并严重心血管疾病不能耐受手术的老年者,可试用中药溶石或排石治疗,溶石药物主要有鹅去氧胆酸和熊去氧胆酸。

2. 手术治疗

(1)适应证:①胆囊造影时胆囊不显影。②结石直径超过 2cm。③胆囊萎缩或瓷样胆囊。④B 超提示胆囊局限性增厚。⑤病程超过 5 年,年龄在 50 岁以上的女性患者。⑥结石嵌顿于胆囊颈部。

(2)禁忌证:①不能排除胆囊癌变。②合并胆管狭窄。③腹腔内严重感染。④肝硬化、凝血功能障碍及出血倾向。⑤合并妊娠。⑥既往有腹部手术史,疑有腹腔广泛粘连。

(3)手术方式:切除胆囊是治疗胆囊结石的首选方法,但对无症状的胆囊结石,不主张行预防性胆囊切除,只需观察和随诊。根据病情选择开腹或腹腔镜作胆囊切除术。

腹腔镜胆囊切除术是在电视腹腔镜窥视下,通过腹壁的3~4个小戳孔,将腹腔镜手术器械插入腹腔行胆囊切除术。该术式为微创手术,具有创伤小、恢复快、瘢痕小等优点,已得到迅速普及,是首选手术方式。腹腔镜胆囊切除术手术适应证与开腹胆囊切除术基本相同,但还不能完全替代开腹胆囊切除术,尤其当腹腔镜探查发现胆囊周围严重粘连时应及时中转开腹手术。

行胆囊切除术时,若有下列情况应同时行胆总管探查术:①既往有梗阻性黄疸病史。②术前检查发现胆总管扩张或有结石。③术中扪及胆总管内有结石、蛔虫或肿块。④术中发现胆总管扩张或管壁增厚。⑤术中胆管造影提示胆总管结石。⑥术中胆总管穿刺抽出脓性或血性胆汁或胆汁内有泥沙样胆色素颗粒。⑦有胰腺炎病史或术中发现胰腺呈弥漫性炎症改变而不能排除胆管病变者。

六、常见护理诊断/问题

1. 疼痛 与胆囊结石突然嵌顿、胆汁排空受阻致胆囊强烈收缩有关。
2. 知识缺乏 缺乏胆囊结石和腹腔镜手术的相关知识。
3. 潜在并发症 术后胆瘘、出血。

七、护理措施

1. 术前护理

(1)一般护理:急性期或准备手术者,应禁食水、胃肠减压。应积极补充体液、电解质和足够的热量,以维持患者水、电解质、酸碱平衡。慢性或非手术治疗病情稳定者,给予清淡饮食,忌油腻食物,体温升高者给予物理降温。协助患者采取舒适体位。

(2)病情观察:动态观察患者生命体征;观察疼痛的程度、性质、发作时间、诱因及缓解的相关因素;疼痛发作与饮食、体位、睡眠的关系;腹膜刺激征及墨菲征是否阳性;对诊断明确的剧烈疼痛者,给予解痉或止痛药,以缓解疼痛。

(3)防止感染:观察患者体温变化,遵照医嘱联合应用有效抗生素。

(4)术前准备:非急诊患者手术治疗前应行常规准备,行腹腔镜胆囊切除者,注意清洁脐周皮肤。急诊患者在抢救、治疗的同时,应完善术前各项准备,如留置胃肠减压、备皮、配血等。

(5)提供相关知识:介绍胆囊结石与腹腔镜手术的相关知识,告知患者腹腔镜手术前应清洁肠道,减少肠腔积气,保证术中手术视野开阔,手术时需要将CO₂注入腹腔形成气腹,以达到和维持术中手术视野清晰及保证腹腔镜手术操作所需的空間。CO₂弥散入血可致高碳酸血症及呼吸抑制,故术前患者应进行呼吸功能训练。

2. 术后护理

(1)体位及饮食:病情平稳后半卧位,避免剧烈咳嗽。胃肠功能恢复后给予清淡流食,以后逐渐给予低脂肪、高热量、高维生素易消化食物。

(2)病情观察:严密观察患者生命体征变化、腹部症状、体征和胃肠功能恢复情况,准确记录各项指标。有引流管者,观察引流液的性状、量,注意有无鲜血和胆汁样液体流出,警惕出血和胆瘘的可能。

(3)腹腔镜胆囊切除术术后护理

1)饮食:术后禁食6小时。术后24小时内饮食以无脂流质、半流质为主,逐渐过渡至低脂饮食。

2)高碳酸血症患者的护理:表现为呼吸浅慢、 PaCO_2 升高。为避免高碳酸血症的发生,术后常规给予低流量吸氧,鼓励患者深呼吸,有效咳嗽,促进机体内 CO_2 排出。

3)肩背部酸痛的护理:腹腔中 CO_2 可积聚在膈下产生碳酸,刺激膈肌,引起术后不同程度的腰背部、肩部不适或疼痛等。一般无须特殊处理,可自行缓解。

(4)并发症的观察与护理:观察生命体征、腹部体征及引流液情况。①胆瘘:若患者出现发热、腹胀和腹痛等腹膜炎表现,或腹腔引流液呈黄绿色胆汁样,常提示发生胆瘘。一旦发现,及时报告医师并协助处理。②出血:术后早期出血多由于凝血机制障碍、术中止血不彻底或结扎线脱落所致。一般术后12~24小时腹腔引流管可有少量血性渗液,若出血量大,呈鲜红色,或有血压下降、脉搏细速、面色苍白等休克表现,应立即与医师联系,并配合进行抢救。

(张瑜)

第四节 胆管结石的护理

胆管结石为发生在肝内、肝外胆管的结石。

一、分类

1. 根据胆管结石发病的原因分类 胆管结石分原发性结石和继发性结石。在胆管内形成的结石,称为原发性结石,以胆色素结石或混合性结石多见;肝外胆管内结石来自胆囊或肝内胆管结石者,称为继发性结石,以胆固醇结石多见。

2. 根据结石所在的部位分类 胆管结石分为肝内胆管结石和肝外胆管结石,肝管分叉部以下的胆管结石为肝外胆管结石,分叉部以上的胆管结石为肝内胆管结石。

二、病因

胆管结石的病因和胆囊结石的病因相同,主要原因包括胆汁淤滞、细菌感染和脂类代谢异常。肝外胆管结石的形成除以上原因外,胆管内异物,如虫卵和蛔虫的尸体可成为结石的核心;胆囊内结石和肝内胆管结石进入肝外胆管引起肝外胆管结石。肝内胆管结石常呈肝段、肝叶分布,左侧多于右侧,可局限于一叶或一段肝内。

三、病理生理

胆管结石所致的病理生理改变与结石的部位、大小及病史的长短有关。①胆管梗阻:胆管结石可引起胆管不同程度的梗阻,梗阻可使近端胆管出现不同程度扩张、管壁增厚、胆汁滞留;胆管壁充血、水肿加重梗阻,使不完全性梗阻变成完全性梗阻出现黄疸。长期梗阻或反复发作终致胆汁性肝硬化和门静脉高压症。②继发感染:胆管的梗阻可继发化脓性感染,引起