

主编 叶志霞 李丽

肝胆胰外科护理常规

Handbook of Nursing

*Hepato-Pancreato-Biliary
Surgery*



上海科学技术文献出版社
Shanghai Scientific and Technical Literature Press

主编 叶志霞 李丽

肝胆胰外科护理常规

Handbook of Nursing

*Hepato-Pancreato-Biliary
Surgery*



上海科学技术文献出版社
Shanghai Scientific and Technological Literature Press

图书在版编目(CIP)数据

肝胆胰外科护理常规/叶志霞,李丽主编. —上海:
上海科学技术文献出版社,2017

ISBN 978-7-5439-7266-7

I. ①肝… II. ①叶…②李 III. ①肝脏疾病—
外科学—护理学②胆道疾病—外科学—护理学③胰腺疾
病—外科学—护理学 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 302727 号

肝胆胰外科护理常规

主 编:叶志霞 李 丽

策 划:蔡平工作室

责任编辑:蔡 平 祝静怡

封面设计:汤世梁

出版发行:上海科学技术文献出版社

(上海市长乐路 746 号 邮政编码 200040)

网 址:www.sstlp.com

经 销:全国新华书店

印 刷:上海中华印刷有限公司

开 本:720×1000 1/16

印 张:15.25

版 次:2017 年 2 月第 1 版

印 次:2017 年 2 月第 1 次印刷

书 号:ISBN 978-7-5439-7266-7

定 价:138.00 元

http://www.sstlp.com

ISBN 978-7-5439-7266-7



9 787543 972667 >

主 编 叶志霞 李 丽

副主编 付 立

编 者 (按汉语拼音排序)

曹梅利 陈丽萍 范文娟 费佩佩

计 燕 卢彩霞 马兴涛 盛月红

施长鹰 沈 丽 王书智 许丽丽

许芸芸 杨 芳 赵 洁 周 静

郑 芹 张蜀豫 钟 倩 赵小微

秘 书 常艳琴

第二军医大学附属东方肝胆外科医院是一所集医、教、研为一体的院、所合一国内唯一的专科医院,是全军肝胆外科专科中心,全军肝胆外科研究所,全军重点研究所,上海市医学领先专业重点学科。我们长期坚持医、教、研相结合,在原发性肝癌的早期诊断和治疗,中晚期肝癌的综合治疗,复杂胆道疾病的手术治疗等方面均居国内外先进水平,其一流的技术得到了业界同行的高度评价,也得到了患者和家属的一致好评。我们在为患者服务的同时,也在不断地总结经验,并积极创新,无论在理论基础还是临床实践方面,都有了极大地提高;治疗方法也结合了许多新技术;但俗话说“三分治疗,七分护理”,护理专科技术在医疗卫生事业的发展以及维护和促进人民健康方面发挥着越来越重要的作用。随着肝胆胰诊疗技术的不断发展,肝胆胰专科护理技术与水平亦日益提高。

本书的作者均为一线资深的肝胆胰护理行家,她们结合自身经验,查阅国内外最新的相关资料,针对肝胆胰疾病的外



科治疗、微创治疗,危重症监护方面的理论与实际操作进行了总结,详述了临床上的配合治疗及其操作流程,同时结合最新护理研究进展撰写了这本具有较强实用价值的工具书。

衷心希望本书对各位同道的实际工作能有所帮助,从而更好的服务于患者。

吴跃

前 言

近年来,随着医学科学技术突飞猛进地发展,肝胆胰疾病治疗的新技术、新方法不断涌现,传统的手术治疗方法不断地改进,微创治疗的水平亦日益提高;然而,关于肝胆胰疾病外科治疗方面的相关书籍已不少见,与之配套的护理常规却鲜有见到。

为了满足临床一线护理人员的需要,我与同道们认真查阅国内外最新的相关文献,在总结多年临床经验的基础上撰写成书。本书以“两贴近”即贴近护士、贴近临床为导向,以实用、方便为原则,意在肝胆胰疾病外科护理新知识、新理论、新技术的传播。

本书在内容编写上充分体现了科学性、先进性和实用性,全书分为肝胆胰疾病外科护理、肝胆疾病微创治疗的护理、肝胆胰疾病危重症监护技术三个篇章,共九章;内容涵盖了与肝胆胰疾病治疗相关的常规及专科护理知识和技能、肝胆胰疾病危重症患者的监护技术。本书各章节均设有导读,以指引阅读;内容安排上先介绍相关理论知识,然后深入浅出地描述护理技能与流程,并紧跟现代护理研究的步伐,将相关研究进展呈现在读者面前,以利于读者强化知识的应用和实践技能的



培养,提高解决实际问题的能力。

本书的编者均为有丰富临床经验的护理精英和骨干,为力求资料不失时效,撰写内容不断更新,该书虽经编者反复审阅校正,但难免存在疏漏和不当之处,敬请同道指正,使之日臻完善,在此谨致以衷心地感谢!同时对为本书的编审和出版付出辛勤劳动的各位老师致以衷心地感谢!

叶志霞 李 丽

第一篇 肝胆胰疾病外科护理

第一章 肝脏外科	001
第一节 肝脏疾病的围术期护理	001
第二节 护理研究进展	010
附 肝移植方式简介	014
第二章 胆道外科	027
第一节 肝门部胆管癌计划性部分肝切的围术期护理	027
第二节 肝内外胆管结石的围术期护理	036
第三节 护理研究进展	044
第三章 胰腺外科	054
第一节 胰腺癌的围术期护理	054
第二节 护理研究进展	064
第四章 危重患者	067
第一节 多器官功能障碍综合征的监护	067
第二节 危重症患者营养支持的监护	074
第三节 感染性休克患者的监护	081
第四节 上消化道大出血患者的监护	091
第五节 肝性脑病患者的监护	096

第二篇 肝胆疾病微创治疗的护理

第五章 肝脏疾病	104
第一节 经肝动脉灌注化疗及栓塞术的护理配合	104
第二节 ¹³¹ I美妥昔单抗治疗的护理配合	111
第三节 经皮肝穿刺射频热凝术的护理配合	116
第四节 微波消融术的护理配合	120



第五节	经皮肝穿刺氩氦刀冷冻术的护理配合	125
第六节	激光消融术的护理配合	129
第七节	超声引导经皮无水乙醇注射术的护理配合	132
第八节	肝癌三维适形放疗 γ 刀治疗术的护理配合	135
第九节	经皮肝穿刺门静脉癌栓激光消融术的护理配合	139
第十节	门脉高压症采用 TIPSS 治疗的护理配合	142
第十一节	肿瘤免疫细胞治疗的护理配合	147
第六章	胆道疾病	154
第一节	胆道镜	154
第二节	逆行胰胆管造影诊疗术	161
第三节	腹腔镜胆囊切除术	178

第三篇 对肝胆胰疾病危重者的监测技术

第七章	血流动力学监测技术	185
第一节	创伤性动脉压监测	185
第二节	中心静脉压监测	187
第三节	肺动脉压监测	191
第八章	呼吸功能监测技术	197
第一节	呼吸功能监测技术概述	197
第二节	机械通气技术	199
第三节	气管插管术	206
第四节	微创气管切开术	209
第九章	血液净化技术	215
第一节	血液透析	215
第二节	血液滤过	219
第三节	血液透析滤过	220
第四节	连续性血液净化	222
第五节	血液灌流	223
第六节	血浆置换	224
第七节	血液净化的护理	226
附录	缩略语	231
后记		234

第一篇 肝胆胰疾病外科护理

第一章 肝脏外科

- ★ 肝癌最佳的治疗方式是外科切除;肝脏手术创伤大、出血多,围术期护理尤为重要
- ★ 术前要做好患者的心理护理,以使患者以平和的心态接受治疗;配合临床医师做好呼吸道、肠道、皮肤准备等术前护理
- ★ 术后密切观察病情变化及生命体征,做好导管、饮食、体位以及活动等各项护理
- ★ 发热、疼痛、恶心呕吐、腹胀是肝脏术后常见的不良反应
- ★ 快速康复包括术前对患者的宣教、合理的术前准备、良好的术中麻醉及处理、精准的外科技术以及术后有效的镇痛,尽量减少围术期的各种应激因素

第一节 肝脏疾病的围术期护理

肝癌的最佳治疗是外科(根治性)切除^[1]。然而,肝脏是人体内最重要的代谢器官,肝脏手术不仅会影响肝脏本身的正常生理功能,还会影响患者的全身代谢状况^[2];肝脏手术,尤其较为复杂的或合并有肝硬化的肝脏手术,创伤大,出血多,若围术期护理不当,术后并发症多,手术病死率也高。为了防止或减少手术并发症的发生,以及降低其发生率或病死率,提高治疗效果,围术期恰当的护理极为重要。

适应证

- ◇ 全身情况佳,心、肺、肾功能良好



- ◇ 肿瘤为巨块型、结节型或小肝癌
- ◇ 病变局限于肝的一段、一叶或半肝范围
- ◇ 复发性肝癌估计可以再切除者
- ◇ 巨大肝癌曾行 TACE, 肿瘤明显缩小, 估计可以二期切除者

禁忌证

- ◇ 全身状况差, 有明显的恶病质, 伴有心、肺、肾等主要脏器疾病, 不能耐受手术者
- ◇ 肝功能严重损害或合并严重的肝硬化、明显的门脉高压症, 如 Child 分级属于 C 级、凝血酶原时间低于 50%、食管静脉曲张以及腹壁静脉明显曲张者
- ◇ 肝癌为弥漫型或肿瘤已超过肝的两叶以上或已侵犯至肝门, 已有远处广泛转移(如肺、骨、脑等脏器)者

围术期护理

术前护理

心理护理

提供开放支持性环境, 尊重患者, 向患者说明手术的必要性和重要性, 解释可能出现的不适, 以取得其配合。对患者的心理特征有足够的认识, 并给予针对性的指导, 让患者知道保持乐观情绪对身体康复的重要性^[3]; 指导和帮助患者采取积极的应对方式, 纠正不恰当的认知, 使患者以乐观的心态正确地对待疾病。可以教给患者一些放松心情的方法, 如听音乐、看电视等; 开展个别心理疏导、病友会的交流支持、成立爱心联络站等^[4]。

术前评估

一般状况评估 术前对患者的全身情况应有足够的了解, 询问患者的病史, 进行护理体检, 评估患者的疼痛评分、心理、皮肤、营养状况, 有无贫血或出血倾向、服药史、药物过敏史等。

辅助检查 常规检查如血、尿、粪等常规化验; 血型, 出、凝血时间测定; 肝功能、乙型肝炎标志物、甲胎蛋白测定; 肺功能、胸部 X 线片、心电图, 还需要检查 B 超、胃镜、CT 或 MRI 等; 做好各项辅助检查的健康教育。

保护和改善肝功能

遵医嘱应用护肝药物, 静脉补充 GIK 溶液(包括葡萄糖、胰岛素、氯化钾注射液); 低蛋白血症者可输人血白蛋白、新鲜血和血浆。对于肝功能良好者, 在未采用控制肿瘤生长的治疗情况下, 避免长期大量使用营养药物,

以防止肿瘤细胞快速生长而加重病情；对于凝血酶原时间延长或有出血倾向的患者，可遵医嘱在术前1周开始肌肉注射维生素K₁注射液；血小板减少者还可输注浓缩血小板悬液^[2]。

饮食护理

患者入院后给予高碳水化合物、高蛋白、高维生素和低脂饮食，以增加营养。肝硬化伴腹腔积液者，适当限制钠的摄入；对肝脏恶性肿瘤合并肝硬化，进食少、营养缺乏者，遵医嘱给予肠内外营养支持，以改善营养不良。

呼吸道护理

嘱患者多休息，注意保暖，术前戒烟，进行深呼吸和有效排痰法的锻炼，预防上呼吸道感染。

肠道准备

注意询问患者有无便秘，必要时遵医嘱使用通便药物；避免剧烈运动和腹部受外力撞击。通常术前12小时禁食，4~6小时禁水，根据不同的手术要求给予不同的胃肠道准备，常用的肠道准备如下。

舒泰清肠道准备方法 服用舒泰清，剂量为3盒。术前一天14:00开始将舒泰清1盒(6大包+6小包)全部倒入有刻度的杯子中，加温开水至750 ml刻度线充分溶解，30分钟内服完1杯。其余2盒用同样方法在1.5小时内服完。

硫酸镁粉肠道准备方法 术前一天14:00予口服硫酸镁粉25 g加温开水100 ml冲服，并在2小时内饮水1500~2000 ml。

乳果糖肠道准备方法 术前一天14:00口服乳果糖口服液30 ml加温开水100 ml，1小时后饮水200 ml。对于长期有便秘的患者，手术前一天上午10:00先给予口服乳果糖15 ml，同时开塞露20 ml纳肛，再行常规乳果糖口服方法。

番泻叶肠道准备方法 术前一天上午10:00服番泻叶浸泡液。先将番泻叶20 g，以沸水250 ml浸泡30分钟，待水温达30~35℃一次性服用，服用后2小时内饮白开水1500 ml；若效果不佳，则可酌情再按上述方法增加服用1次，睡前给予口服液体石蜡油40 ml，并观察患者排便情况。如晚上20:00前仍未排便，护士应及时汇报医师，考虑用其他方法(如肥皂水灌肠)。

皮肤准备

毛发不影响手术视野时，无需脱毛；必须脱毛时，首选不损伤皮肤的方法如专用的脱毛器、化学性脱毛剂。如使用普通常规脱毛方法，必须采用一次性刀片。



活动训练

指导患者练习床上排便、床上活动的方法与技巧。

术前准备

准备术中用物(含配、备血),包括用药(含药物过敏试验)、病历、影像学资料及腹带等;术前取下患者假牙、眼镜、发夹、手表、饰品等其他贵重物品交家属妥善保管。

术前即时准备

填写手术患者交接记录单,与运送人员共同送患者至手术室。根据不同部位的手术要求,备好术后用物,包括麻醉床、输液架、吸引器、吸氧装置、引流袋以及各种监护设备等。

术后常规护理

病情观察

除按腹部大手术及麻醉后护理外,还应密切观察患者的生命体征、神志、全身皮肤和黏膜情况,观察切口有无渗血、渗液,保持切口敷料干燥。术后常规监测尿量、尿糖、尿比重以指导补液。

体位护理

全麻术后未清醒时患者去枕平卧、头偏向一侧,麻醉清醒后可改为半卧位;联合硬膜外麻醉患者术后平卧 6 小时。患者咳嗽、改变体位时,协助患者用双手按压保护伤口处,减轻腹部张力。

吸氧护理

对肝叶切除量大、术中肝门阻断、严重肝硬化者,术后 24~48 小时内常规吸氧以增加肝细胞供氧,氧流量为 2~4 L/min。

导管护理

正确连接各种管道,保持引流管通畅,妥善固定;准确记录引流液的颜色、量及性质。如患者既往无腹部手术史,术中未涉及胃肠道,可于术后次晨拔除胃管,减轻患者因留置胃管带来的不适。

营养支持

术后禁食期间,遵医嘱给予静脉营养支持,每天补液量为 2500~4000 ml,以保持水、电解质及酸碱平衡。术后 1 周内每天除了输给葡萄糖和维生素外,适当补给血浆、人血白蛋白、氨基酸、脂肪乳剂等,以加强营养支持和护肝治疗。待胃肠蠕动恢复,肛门排气后进少量流质,逐步过渡到半流质和普食,以少量多餐为基本要求。

活动的护理

根据病情鼓励和协助患者早期下床活动,并逐渐增加活动量和范围。

活动方案 通常在麻醉清醒至术后第二天,患者取半坐卧位,活动四肢关节;协助患者翻身及轻叩背部;术后第三天,患者可在他人扶持下或扶床沿、椅子等站立,行走距离达到5米;术后第四、五天,患者可在他人扶持下在室内缓慢行走;术后第六、七天,患者可独立在室内行走,逐步过渡到室外。

活动标准 患者活动后无头晕、心慌、气急;无肢体及伤口疼痛加剧等感受,活动后无极度疲乏,无心率、血压明显上升,患者自我感觉可以耐受,属活动适量;遵循循序渐进原则。

不良反应的观察及其护理

发热

术后发热是手术创伤的防御反应,术后患者体温可略升高。做好解释安慰工作,注意区别感染热和吸收热。对体温超过 38.5°C 者,先采用物理降温,也可遵医嘱使用药物以减轻患者的不适。同时做好患者的皮肤护理,保持皮肤清洁。

疼痛

麻醉作用消失后,患者由于切口疼痛而感觉不适。术后使用“长海痛尺”^{*}及时对患者进行疼痛评估,根据患者疼痛评分分值,采取相应的镇痛措施。同时安慰患者,解释疼痛的原因,采取半卧位。对于放置自控镇痛泵的患者应注意妥善固定,以防打折、受压、脱落,并注意观察镇痛泵效果。

恶心呕吐

系麻醉反应所致,在安慰患者的同时,注意观察呕吐物的量、颜色、性状。患者呕吐时,嘱其将头偏向一侧,及时清除呕吐物,以防呕吐物误吸入气道。若持续呕吐,在排除其他原因后可遵医嘱给予镇静、止吐药物以减轻症状。

腹胀

术后胃肠道蠕动受抑制使肠腔内积气无法排出所致。随着胃肠功能恢复,肛门排气后症状可缓解。若持续腹胀,则配合医师进一步检查和处理。

* 长海痛尺:用0~10的刻度来表示疼痛程度,0分表示无痛;2分轻度疼痛:可耐受,能正常生活睡眠;4分中度疼痛:轻度影响睡眠,需用止痛药;6分重度疼痛:影响睡眠,需用麻醉止痛剂;8分剧烈疼痛:影响睡眠较重,伴有其他症状;10分极度疼痛:无法忍受,严重影响睡眠,伴有其他症状或被动体位。



并发症的观察及其护理

出血

出血是肝脏手术的严重并发症。当引流液颜色鲜红且每小时引流量超过 200 ml,或术后 4 小时超过 400 ml 且引流管有温热感;腹腔双套管内引流液滴速超过 30 滴/min;留取引流液检测血红蛋白,同时抽血查血常规,而引流液血红蛋白的值达到同一时间血常规中血红蛋白值的一半或以上,出现上述情况时应立即通知医师,及时处理。

非手术治疗

一旦发现出血,快速建立两条以上大口径静脉通道,遵医嘱给予补液、输血、应用止血药物等,如凝血酶原复合物、纤维蛋白原等;护肝和全身支持治疗防止肝功能衰竭;维持水、电解质平衡和防止酸碱平衡紊乱;保持呼吸道通畅,给予氧气吸入,氧流量 3~4 L/min;密切观察患者的生命体征、面色、神志,尤其要观察腹腔双套管的通畅情况及引流液的量、颜色;做好必要的辅助检查,协助医师做好腹腔穿刺及床边 B 超等必要的辅助检查,以明确诊断;做好急诊手术前准备工作^[5]。

二次手术治疗

当患者出现下列情况时应立即再手术止血:术后短时间内经引流管引出大量鲜血,每小时超过 200~300 ml,引流瓶内吸出的血液滴数超过 30 滴/min,并有逐渐加快的趋势;继续快速补液和大量输血,但仍有尿量少、血红蛋白持续下降等明显血容量不足的表现;脉搏持续增快,120~140 次/min,脉压缩小;患者全身状况渐差,烦躁或淡漠,甚至出现失血性休克等;在除去心脏疾患、血容量没补足、脱水、电解质及酸解平衡紊乱等其他因素外,应立即予以手术止血。

肝功能衰竭

肝切除术后的严重并发症,是造成患者术后死亡的重要原因。急性肝功能衰竭通常在术后即刻出现,临床表现为患者烦躁不安、高热、脉搏快、呼吸急促、血白蛋白迅速下降、白/球比值倒置、凝血酶原时间延长,出现黏膜出血倾向,总胆红素快速升高,而转氨酶升高后即迅速下降,呈胆酶分离,患者逐渐出现精神症状,继而进入昏迷。慢性肝功能衰竭多发生在术后数天或数周内,临床表现同急性肝功能衰竭但程度较轻且发展缓慢,出现进行性黄疸、腹腔积液、下肢水肿,最终导致肾功能衰竭而死亡。

配合治疗

遵医嘱每天输注大量葡萄糖液(500 g 以上)、支链氨基酸,有利于降低

血氨；有肝性脑病先兆者，给予谷氨酸钠、谷氨酸钾或精氨酸、门冬氨酸鸟氨酸、谷胱甘肽等静脉滴注；口服左旋多巴和乳果糖；乳果糖或 25% 硫酸镁灌肠导泻；给予保护肝细胞药物；给予利尿剂保护肾功能和维持水、电解质平衡；给予抗生素防止并发感染。

护理

应密切观察患者的性格、行为、意识、睡眠等状态，观察黄疸、尿量及肝功能的变化；给予氧气吸入，氧流量 3~4 L/min，以提高肝组织氧供应；遵医嘱用药，观察用药后的反应。如患者出现烦躁不安，出现精神症状时，遵医嘱给予适当的约束，并观察约束肢体的皮肤状况。

胆漏

肝切除术后部分患者会有少量胆汁渗出，腹腔引流通畅、胆道下端无梗阻者多能自愈，不会引起严重后果。但是，若引流的胆汁样腹腔积液逐渐增多，则提示肝创面有较大的胆管漏存在。

非手术治疗

遵医嘱延长腹腔引流管放置时间，保持腹腔引流通畅；行 ERCP 检察，明确胆漏的部位，了解胆道有无梗阻，并行鼻胆管引流或胆道内支撑引流；给予少量生长抑素；给予全身支持、抗感染等措施。

配合二次手术治疗

如患者出现明显胆汁性腹膜炎和严重腹腔感染症状，医师应尽早手术探查，术中缝合漏口，局部及腹腔置引流管充分引流，同时行胆总管切开以“T”形管引流。

护理

密切观察腹腔引流管引流液的量、颜色及其性质。如果“T”形管引流量突然减少或消失，提示胆汁有可能漏入腹腔，注意观察患者的病情变化，观察腹部体征变化，注意有无腹膜刺激征，一旦发生胆汁性腹膜炎症状应及时报告医师，配合处理；观察注意“T”形管周围敷料的颜色。胆漏发生的早期，胆汁往往积聚于右上腹“T”形管周围，胆汁会沿“T”形管的外壁渗出，致使覆盖于“T”形管周围的纱布呈黄色；加强皮肤护理，注意保护“T”形管周围的腹壁皮肤，如胆汁流出应及时用棉签蘸生理盐水清洗干净，用干棉球擦干后予氧化锌软膏涂于局部皮肤以起到保护局部皮肤的作用。拔除导管后有局部渗漏时，应及时更换敷料，保持敷料干燥；遵医嘱加强抗炎及全身支持治疗。

膈下脓肿

肝叶切除术后尤其是右半肝以上部位的切除，创面渗液较多，如引流不