

临床护理 基础学精要(下)

高素兰 胡俊敏 张玉芳◎主编



张外信

临床护理基础学精要

(下)

高素兰 胡俊敏 张玉芳◎主编

第二章 胆道疾病病人的护理

第二章 胆道疾病病人的护理

第一节 解剖生理概要

一、胆道解剖

胆道系统包括肝内、肝外胆管、胆囊和Oddi括约肌等。

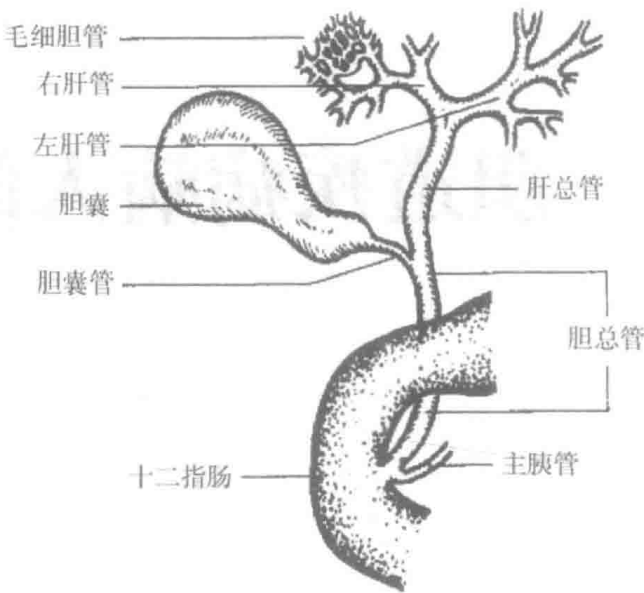


图3-2-1 胆道系统解剖示意图

1.肝内胆管

起自毛细胆管、汇集成小叶间胆管、肝叶胆管及肝内左、右肝管。

2.肝外胆管

左、右肝管出肝后，在肝门处汇成肝总管，左肝管细、长、横位，右肝管粗、短、竖位。肝总管直径0.4~0.6cm，长2~4cm，位于肝十二指肠韧带内，向下与胆囊管汇合成胆总管，胆总管长7~9cm，直径0.6~0.8cm。胆总管下端在十二指肠降部与主胰管汇合形成一共同通道，并膨大形成乏特壶腹，其周围有括约肌，称为Oddi括约肌，壶腹末端开口在十二指肠乳头部，该部有阻止十二指肠内容物反流作用，是逆行胆胰管造影的入口处。

3.胆囊

为梨形的囊性器官，位于肝的脏面前侧胆囊窝内，长约8~12cm，宽3~5cm，容积40~60ml，分为底、体和颈三部分，颈部呈漏斗形，与胆囊管相接，结石易藏匿在该处。

4.胆囊管

由胆囊颈延伸形成,长2~3cm,直径0.3cm左右,在胆囊起始处黏膜形成螺旋状皱襞,调节胆汁进入和排出。胆囊管解剖有许多变异,手术时应注意其特点,防止损伤。

二、胆道系统生理功能

(1) 胆汁的分泌:胆汁大部分由肝细胞分泌,毛细胆管只分泌胆汁总量的1/4。

(2) 胆汁的输送:肝、胆管分泌胆汁后经肝管、胆囊管输送至胆囊,又经胆囊管、胆总管输入十二指肠。

(3) 胆囊有浓缩、储存、分泌和排出胆汁功能。

(张玉芳)

第二节 胆道疾病的特殊检查与护理

胆道疾病的诊断,除根据病史、体格检查及有关化验外,还应根据不同情况,选择一些特殊检查方法,以进一步明确病变部位、性质和程度。护士应做好胆道特殊检查的护理。

一、B型超声波检查

B超是一种无损伤、无痛苦、无禁忌证、方法简便、安全经济的检查方法,也是首选的诊断方法。B超适用于胆道结石、肿瘤及囊性病变的诊断和阻塞性黄疸的鉴别诊断。由于肠道内积气的影响,故在检查前应禁食12小时,禁饮水4小时。

二、X线检查

口腔胆囊造影和静脉注射胆道造影现已较少应用,目前多被B型超声及下列造影方法所取代:

(一) 经皮肝穿刺胆道造影(PTC)及同时置管引流(PTCD)

PTC是在X线透视或B超引导下通过皮肤将1根长穿刺针直接刺入因梗阻而扩张的肝内胆管,将造影剂注入而显示整个胆道系统。适用于梗阻性黄疸或经静脉造影诊断困难,影像不清,有胆管扩张者。对碘过敏及有出血倾向者禁作此项检查。从穿刺针内插入引流导管,并外接无菌引流瓶或引流袋引流胆汁,以暂时解除梗阻,控制感染,即为PTCD。由于肝穿刺有一定的痛苦,穿刺后可能出现胆汁渗漏、出血、气胸及急性胆管炎等并发症,故应做好以下护理工作:

1.造影前准备

- (1) 术前检查出凝血时间、凝血酶原时间。常规注射维生素K110mg,一天2次。
- (2) 术前作碘过敏和普鲁卡因皮试。
- (3) 有胆道感染症状时,应使用有效的抗生素,待症状消失后再作PTC。
- (4) 术前向患者说明施行PTC的必要性,消除患者的紧张及恐惧心理。
- (5) 检查前2小时灌肠一次。
- (6) 备药:50%胆影葡胺60ml,30%胆影葡胺30ml,1%盐酸普鲁卡因20ml。

2.造影后护理

- (1) 卧床休息,无不良反应者可进流质饮食。

(2) 定时测血压、脉搏、体温、呼吸, 注意观察有无内出血或胆汁性腹膜炎征象, 适当补液。

(3) 对严重梗阻性黄疸患者施行经皮肝穿刺置管引流(PTCD), 造影后应妥善固定引流管, 保持引流通畅, 观察并记录引流液的性状和量。

(4) 预防出血和感染, 适当使用止血药及抗生素。

(二) 经纤维内窥镜逆行胰胆管造影(ERCP)

在纤维十二指肠镜直视下, 将导管插入十二指肠乳头开口处, 逆行进入胆道, 注入造影剂可显示阻塞下端的胆道, 并使胰管显影。适用于胆道结石、肝内外胆管扩张及梗阻性黄疸患者的检查。本方法技术操作有一定难度, 可诱发急性胰腺炎、胆管炎、消化道穿孔和心脏意外等并发症, 故应做好相关护理。

1. 检查前准备

(1) 术前6小时禁饮食。

(2) 术前半小时肌注阿托品0.5mg和地西泮(安定)10mg。

(3) 备药: 50%胆影葡胺、山莨菪碱(654-2)。

2. 检查后护理

(1) 卧床休息。

(2) 观察生命体征变化, 适当静脉输液。

(3) 注意观察有无腹部并发症的发生。

(4) 使用止血药和抗生素。

(三) 手术中胆管造影和手术后经T管胆管造影

胆道手术中(包括腹腔镜手术), 经胆囊管置管或胆总管穿刺注入造影剂直接造影, 可清晰地显示肝内外胆管, 了解胆管内病变以便决定是否需探查胆道。术后2周后可经T管注入造影剂造影, 以判断有无残余结石或胆管狭窄。胆道T形管拔管前应常规行胆道造影, 腹腔镜胆囊切除术中行胆管造影, 可观察有无术中胆管损伤。造影前应做碘过敏试验, 造影后应观察有无过敏反应发生, 如见异常及时报告医生, 采取有效措施。

(四) 电子计算机X线体层摄影(CT)

是无损伤性诊断方法, 简便、安全、准确。能清楚显示胆道系统不同水平、不同层面的图像, 并作出较准确的判断, 如肝内胆管扩张、胆囊结石及其他病变、胆管梗阻部位和因素等均可用CT协助诊断。术前禁食12小时, 禁饮水4小时。如加注静脉造影剂, 术前应做好碘过敏试验。

三、磁共振

磁共振成像(MRI)具有良好的软组织对比和多层面多角度成像的能力, 对于胆道系统的显示优于CT, 更重要的是其还具有独特的水成像技术, 可以进行磁共振胆胰管成像(MRCP), 可显示整个胆道系统的影像, 在诊断先天性胆管囊性扩张症及梗阻性黄疸等方面具有特别重要的价值, 临床应用价值大。

(张玉芳)

第三节 常见胆道疾病

胆道疾病在临床上以胆石症、胆道感染及胆道蛔虫病最为常见。急性梗阻性化脓性胆管炎（急性重症胆管炎）最为严重，而且死亡率高。胆道感染可引起胆石症，胆石症也可导致胆道梗阻而诱发感染。胆道蛔虫病又是引起胆道感染和胆石症的重要因素。因此，胆道结石、梗阻和感染三者相互影响，互为因果，形成恶性循环，使病变更趋复杂。

胆石症形成的主要原因有：胆汁淤滞、细菌感染和胆汁成分的改变。胆道结石按成分不同，可分为胆固醇结石、胆色素结石和混合性结石三种。胆固醇结石以胆固醇为主要成分，常由于饮食和代谢因素使胆汁中胆固醇浓度过高所致；胆色素结石以胆红素为主，常与胆道感染有关系；混合性结石由胆红素、胆固醇、钙盐等多种成分组成。按结石存在部位不同，可分为胆囊结石、胆总管结石和肝内胆管结石（图19-2）。胆囊结石最多见，约占全部结石的1/2以上，多为胆固醇结石或以胆固醇为主的混合结石；肝内、肝外胆管结石多为胆色素结石或以胆色素为主的混合结石；肝外胆管结石多位于胆总管内，可由胆囊结石和肝内胆管结石继发形成。我国以胆色素结石和混合性结石多见，这与胆道寄生虫有密切关系。

胆道炎症与胆石病的因果关系：①胆囊结石可引起胆囊炎，称为结石性胆囊炎，多由于结石引起胆囊管梗阻、胆汁淤积、细菌繁殖而发病；非结石性胆囊炎较少，是由于胆囊排空功能障碍或致病菌血行传播而引起；②经常的胆道感染能促进结石形成。胆道组织充血、水肿、化脓，使胆汁淤滞；细菌及坏死组织等易形成结石核心；细菌能使结合性胆红素钙沉淀；③胆道蛔虫病也是引起胆道感染和胆道结石的重要因素。总之，胆汁淤滞、结石和感染，三者之间互为因果关系。

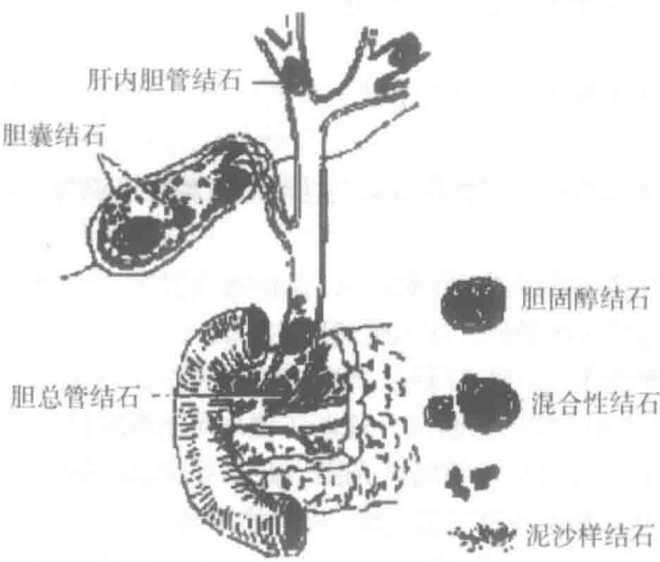


图3-2-2 胆石的部位及分类

一、胆囊结石及胆囊炎

胆囊结石及胆囊炎常同时存在。约95%的胆囊炎病人合并有胆囊结石，称结石性胆囊炎；5%的病人未合并胆囊结石，称非结石性胆囊炎。

【病因】

1.胆囊管梗阻

由于结石或蛔虫梗阻于胆囊管，造成胆汁滞留、浓缩，产生刺激损害胆囊壁，梗阻又使胆囊内压力增高，加重了胆囊壁黏膜的压力和损伤，引起感染。

2.细菌感染

致病菌可通过胆道逆行侵入胆囊，或经血循环或淋巴途径进入胆囊。致病菌以大肠埃希菌最常见，其他有肠球菌、绿脓杆菌，厌氧菌感染亦较常见。

3.其他

严重创伤及大手术后，胆囊功能降低，胆道先天异常，胆囊管纤维组织增生、扭曲，胆囊管梗阻或胰腺炎胰液反流入胆囊等亦可引起非结石性的急、慢性胆囊炎。

【临床表现】

单纯性胆囊结石常无明显症状，只是当结石嵌顿于胆囊颈部时才出现下列症状。

1.胆绞痛

右上腹阵发性绞痛，常在进油腻食物数小时后发生。可持续性或随呼吸而加重，疼痛常向右肩背部放射。主要是由于饱餐、进油腻食物后胆囊收缩或睡眠时体位改变，使结石移位并嵌顿于胆囊颈部，胆囊内胆汁排出受阻，胆囊强力收缩而发生绞痛。老年病人有时胆绞痛发作时可诱发心绞痛，需警惕。

2.恶心呕吐

大多在短时间内缓解。如结石经胆囊管进入胆总管，压迫并刺激Oddi括约肌，胆总管突然扩张时，病人可出现频繁和严重的呕吐。

3.发热

如因胆囊积脓、坏死穿孔，可出现寒战、高热。

4.局部压痛

右上腹局部压痛和肌紧张，胆囊周围有炎性渗出或脓肿形成时，压痛范围增大。

5.Murphy征阳性

检查者以左手掌平放在病人右肋下部，以拇指指腹置于右肋下胆囊点，嘱病人缓慢深吸气，肝下移可引起胆囊区触痛，病人突然屏住呼吸。

【实验室及其他检查】

(1) B超检查：首选的辅助诊断法，诊断正确率可达96%以上。可显示胆囊肿大，囊壁水肿呈双层，如有结石可见增强回声光团，并伴有声影。慢性水肿呈双层，胆囊萎缩，囊壁增厚，排空功能障碍。CT可获与B超相似的效果。

(2) 实验室检查：血白细胞数明显增高，提示胆囊化脓或坏疽，血清转氨酶和血清胆红素可能升高。

【治疗要点】

1. 手术治疗

适用于：①诊断明确反复发作；②非结石性胆囊炎；③无症状的胆囊结石但结石直径超过2~3cm者、老年人有心肺功能障碍者、合并糖尿病者在糖尿病已控制时。首选胆囊切除术。胆囊切除术包括开腹胆囊切除术和腹腔镜胆囊切除术。必要时，应同时行胆总管探查术。胆总管探查后需做T管引流。

2. 非手术治疗

结石性胆囊炎发病后时间过长或当时不宜或不能手术时，可采取解痉镇痛、禁食、输液、选用广谱抗生素等治疗措施。

二、胆管结石及胆管炎

胆管结石及胆管炎常同时存在，胆管结石分肝外胆管结石及肝内胆管结石两种。肝外胆管结石可原发于胆总管或继发于肝内胆管结石，小部分来自胆囊结石。肝内胆管结石则发生于左右肝管汇合部以上分支胆管内，左侧多于右侧，常与肝外胆管结石并存。

急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC），又称急性重症胆管炎（ACST），是由于肝内外胆管结石、蛔虫、肿瘤或狭窄等原因造成的急性胆道完全梗阻和急性感染的严重病变。胆道梗阻后，胆管壁充血、水肿、增厚，大量脓性渗出液积聚在胆管内，造成压力升高，脓性胆汁又可通过胆管侵入肝窦、肝内小胆管，发生广泛化脓性炎症，造成肝细胞坏死，形成肝脓肿；脓肿破裂可并发胆汁性腹膜炎，或穿破膈肌形成肺脓肿、脓胸及化脓性心包炎，导致脓毒症、中毒性休克及多器官功能衰竭等严重并发症。本病发病急骤、病情重、死亡率高，必须予以高度重视。

【病因】

胆管结石和胆道蛔虫是最常见的梗阻因素，在梗阻基础上继发感染。致病菌常为大肠埃希菌、变形杆菌、产气杆菌。厌氧菌混合感染时病情加重。

【临床表现】

1. 肝外胆管结石和急性胆管炎

夏柯三联症（Charcot症）是肝外胆管结石阻塞胆总管继发胆道感染的典型表现。

（1）腹痛：起病急骤，突发剑突下、右上腹阵发性绞痛，剧烈似刀割样，常向右肩背部放射。常发生在进油脂食物或体位改变后。

（2）寒战与高热：继胆绞痛后出现。细菌毒素逆行扩散，通过肝窦进入体循环引起全身感染中毒症状；病人急性重病容，高热、大汗、恶心呕吐。

（3）黄疸：胆总管梗阻后即可出现黄疸，其轻重程度、发生和持续时间取决于胆总管梗阻的程度以及是否并发感染等因素。

体格检查表现为在剑突下或右上腹部有深压痛。如胆管内压过高，感染严重可发生胆管内胆汁外渗，甚至发生胆管壁坏死，此时则出现不同程度和不同范围的腹膜刺激征，并可出现肝区叩痛。常可触及肿大的胆囊，有触痛。

2. 肝内胆管结石与胆管炎

肝内胆管结石因存在于肝内的部位不同，其临床表现各异。一般病人的临床表现不

如肝外胆管结石典型和严重。

(1) 位于周围胆管的小结石,平时可无症状。

(2) 位于Ⅱ、Ⅲ级胆管的结石,平时只有肝区不适和轻微疼痛。

(3) 位于Ⅰ、Ⅱ级胆管或整个肝内胆管充满结石,病人会有肝区胀痛,常无明显胆绞痛和黄疸。如合并感染,则出现寒战、高热、轻度黄疸,甚至休克,称为急性梗阻性化脓性胆管炎。可引起胆源性肝脓肿,肝脓肿可向膈下穿破,并可进一步穿破膈肌和肺而形成胆管支气管瘘,咳黄色味苦的胆汁样痰。晚期发生胆汁性肝硬化,引起门静脉高压症。

体格检查主要表现为肝呈不对称性肿大,肝区有压痛及叩击痛。合并感染和并发症时,则出现相应体征。

3.急性梗阻性化脓性胆管炎

病人多有胆道疾病或胆道手术史。起病急骤,病情进展快,并发症凶险。临床表现除具有一般胆道感染的夏柯三联征外,往往还有血压降低和中枢神经系统抑制的表现,临床称之为雷诺(Reynolds)五联征。在腹痛、寒战高热、黄疸的基础上,近半数病人很快出现神经系统症状,如神志淡漠、烦躁、谵妄或嗜睡、神志不清,甚至昏迷;严重者短期内可出现代谢性酸中毒、感染性休克的表现,出冷汗、脉搏细速,可达120次/min以上,血压下降。如未及时有效的治疗,病情继续恶化,将发生急性呼吸衰竭和急性肾功能衰竭等,严重者可于短期内死亡。

【实验室及其他检查】

(1) 急性感染时,血白细胞计数明显升高,肝功能检查见血清转氨酶、谷氨酰转肽酶和胆红素升高。高热时血细菌培养可为阳性,以大肠埃希菌和厌氧菌最常见。

(2) B超可提示结石存在的部位,以及有无胆管扩张和肝萎缩。同时还可提供是否合并肝硬化、门静脉高压及肝外胆管结石等信息。

(3) CT、MRI检查也有重要的临床意义。

【治疗要点】

1.胆管结石及胆管炎

以手术治疗为主。原则上是手术中尽可能取尽结石,解除胆道狭窄和梗阻,去除感染病灶,手术后保持胆汁引流通畅,预防结石再发。肝外胆管结石常用手术方法有:①胆总管切开取石加T型管引流术;②胆肠吻合术;③其他方法有Oddi括约肌成形术和经内镜下括约肌切开取石术等。肝内胆管结石手术方法有:①高位胆管切开取石术;②胆肠内引流;③反复感染,引起肝局部纤维化、萎缩和无功能者,可切除病变的肝叶;④术后残余结石,可在窦道形成后拔除T管,经其窦道插入纤维胆道镜取石。合并感染时,应给予足量有效的抗生素,加强支持治疗,维持水、电解质及酸碱平衡。

2.急性重症胆管炎

原则是:①一旦确诊,就应一边抗休克一边紧急手术,通常采用胆总管切开减压、T型管引流术;②联合使用足量有效的广谱抗生素;纠正水、电解质紊乱。

三、胆道蛔虫病

胆道蛔虫病是一种较常见的异位蛔虫病。儿童和青壮年多见。农村发病率较高,近

来由于卫生防治工作的结果,发病率已明显下降。

【病因】

与卫生条件差有密切关系,发病前常有便虫史或驱虫不当史。蛔虫通常寄生在人体小肠中下段内,由于机体因高热、饥饿、恶心呕吐、腹泻和妊娠等因素引起胃肠功能紊乱,或驱虫不当,胃酸度降低等,成虫因寄生环境的改变而窜入胆道引起本病。

【临床表现】

1.症状

突发上腹剑突下钻顶样绞痛,可向右肩背部放射。由于蛔虫上蹿入胆道,Oddi括约肌痉挛产生绞痛,呈阵发性反复发作,使病人辗转不安,大汗淋漓,痛苦异常。虫体静止或完全进入胆管后,绞痛即缓解甚至完全消失,病人可安静入睡,常伴有恶心呕吐,甚至呕出蛔虫。蛔虫阻塞胆道后,可出现轻度黄疸。继发感染可有畏寒和发热。

2.体征

腹部柔软、剑突下或稍偏右有压痛,但无反跳痛,无肌紧张。症状严重而体征轻微是本病的特征。

【实验室和其他检查】

B超是本病的首选检查方法,可显示胆管内蛔虫的影像。

【治疗要点】

1.非手术治疗

大多数病人经非手术治疗可治愈或缓解症状。

(1)解痉、镇痛:可口服或注射阿托品等,必要时可用哌替啶止痛。

(2)抗感染:选择合适的抗生素如甲硝唑、庆大霉素等药物。

(3)利胆驱虫:可口服食醋、驱虫药、利胆排虫中药和33%硫酸镁等,也可用氧气排虫。

2.手术治疗

非手术治疗无效,出现严重并发症(胆管炎)时考虑手术治疗。手术切开胆总管检查,取虫和引流。术中和术后均应驱虫治疗,防止胆道蛔虫复发。

(张玉芳)

第四节 护 理

【护理评估】

(一)健康史

一般中年女性,特别是肥胖及多次妊娠者,胆道疾病的发病率高。绝大多数患者发病前有厌油腻、高脂饮食或肠道蛔虫感染史;胆石症及重症胆管炎患者可能有多次发作或手术史。

(二)身体状况

胆道疾病是腹部外科的常见病,其病情较复杂。当胆道梗阻,胆汁运行障碍时,常

引起皮肤、巩膜黄染和胃肠道消化吸收功能降低,患者多表现为黄疸、恶心、呕吐、食欲不振等。当胆囊管或胆总管结石等刺激致胆道平滑肌痉挛时,患者多表现为胆绞痛。胆总管梗阻继发胆道感染引起急性胆管炎时呈现夏柯(Charcot)三联征。如果胆道梗阻不能及时解除,胆道内压力将持续上升,脓性胆汁逆流,引起急性重症胆管炎,呈现雷诺五联征。急性胆囊炎时,Murphy征阳性,有时触及肿大的胆囊。胆道蛔虫发作时,腹痛剧烈而体征轻微,即症状和体征不相符为其表现特征。

胆道疾病常累及肝脏,导致全身营养不良,而低蛋白血症及广泛性出血倾向等可使患者难以耐受手术治疗。如果胆道感染不能及时控制,将引起感染性休克或多器官功能衰竭。胆道梗阻与感染也常引起胰腺炎。

(三) 心理-社会状况

患者对自己所患的疾病有着种种顾虑,容易产生急躁、不安等心理变化。特别是症状的反复、并发症的出现,常使患者苦恼和焦虑。当需要接受痛苦的或有一定危险的检查与手术时,更易产生精神紧张、恐惧或不安。而多次手术治疗效果不佳、家庭经济负担的加重,可使患者对治疗信心不足,甚至表现出不合作的态度。

(四) 实验室及其他检查

B超、胆道造影、PTC、CT等检查,可明确胆道系统的病变及其功能情况。血常规检查可了解是否合并感染。黄疸指数、胆红素、转氨酶等测定,有助于了解肝功能的情况和黄疸的鉴别诊断。

【护理诊断及合作性问题】

- (1) 疼痛:与胆道梗阻、炎症及手术创伤有关。
- (2) 营养失调:低于机体需要量,与胆道疾病影响消化吸收,发热、感染及手术有关。
- (3) 体温过高:与手术创伤、病变未解除和术后感染有关。
- (4) 焦虑:与胆道疾病反复发作、担心预后有关。
- (5) 有体液不足的危险:与摄入不足或体液丧失过多等有关。如呕吐、禁食、发热、腹腔引流、T形管引流等所引起。
- (6) 皮肤完整性受损的危险:与梗阻性黄疸、皮肤引流口胆汁渗漏等有关。
- (7) 潜在的并发症:休克、肺炎、静脉炎、压疮等。
- (8) 知识缺乏:与缺乏保健和康复知识有关。

【护理目标】

心态稳定、焦虑减轻,能积极配合治疗和护理;疼痛缓解甚至消失;维持水、电解质、酸碱平衡,营养状况得到改善;体温降至正常;皮肤清洁、无瘙痒感;预防并及时发现和处理并发症;患者掌握胆道疾病的有关知识,自觉纠正不良饮食习惯。

【护理措施】

(一) 非手术疗法的护理及术前护理

1. 心理护理

对患者多关心、鼓励、交流,耐心解释,使其消除各种顾虑,增强战胜疾病、恢复健康的信心,从而能心情愉快地接受并配合各种治疗和护理工作。

2.密切观察病情变化

(1) 生命体征及神志变化:胆道感染时,体温升高,呼吸与脉搏增快,应每隔4小时测量并记录体温、脉搏、呼吸和血压。如果体温过高或不升、血压下降、神志改变,提示病情危重,可能为感染性休克的发生。

(2) 腹部症状与体征变化:观察腹痛的部位、性质、有无诱因及持续的时间,注意黄疸及腹膜刺激征的出现,有无合并急性胰腺炎、腹膜炎或急性重症胆管炎的发生。

(3) 及时了解实验室有关项目的检查结果。

(4) 准确记录24小时出入量。

3.一般护理

(1) 胆道疾病患者对脂肪消化吸收能力降低,而且伴有肝功能损害,宜低脂、高糖、高维生素易消化饮食,肝功能较好者可给富含蛋白质饮食。对病情较重的急性腹痛或有恶心、呕吐者,应暂禁饮食。注意静脉补液,防治水、电解质及酸碱平衡失调。不能进食者给予胃肠外营养。

(2) 体位:注意卧床休息,按病情选择舒适的体位。有腹膜炎者,宜采用半卧位。

(3) 保护肝功能,提高手术耐受力:适当使用肌苷、辅酶A、肝泰乐等保肝药物,补充维生素B、C、K。避免使用巴比妥类、盐酸氯丙嗪、红霉素等有损肝功能的药物。

(4) 控制感染:按医嘱使用有效抗生素,以控制胆道感染。

(5) 中医中药:配合使用溶石、排石、疏肝利胆等中药制剂的治疗,做好针灸理疗。

(6) 对症护理:①黄疸患者皮肤瘙痒时,可外用炉甘石洗剂或温水擦浴,避免抓破皮肤;②高热时物理降温;③胆绞痛者常用哌替啶50mg,阿托品0.5mg肌肉注射,但勿用吗啡,以免引起Oddi括约肌痉挛,加重胆道梗阻;④重症胆管炎者应加强休克的有关护理;⑤做好生活护理。

4.术前准备

做好备皮、药物皮试、配血、心电图及常规实验室检查等必要准备。

(二) 术后护理

1.按腹部外科术后常规护理

2.观察要点

主要是:①注意神志、生命体征、尿量及黄疸的变化。若黄疸逐渐减退,说明病情好转。若黄疸不减或加重,或突然出现黄疸,应及时与医生联系;②观察腹部症状、体征变化。记录腹腔引流物的量和性状,以判断有无胆汁渗漏及出血的发生;③观察伤口情况,以便尽早发现切口感染或胆瘘的发生。

3.一般护理

(1) 饮食护理:术后1~2天胃肠功能恢复后进低脂流质饮食,后渐改半流饮食。术后5~7天可给普食。根据病情静脉补液,以维持水、电解质及酸碱平衡。

(2) 遵医嘱继续使用抗生素和护肝药物。

(3) 术前有腹膜炎者,术后仍按腹膜炎护理。

4.T型管引流的护理

胆道手术中医生将T型管横臂斜形剪短后插入胆总管内，并将纵臂的一端经腹壁戳孔引出，缝合固定于腹壁，外接无菌引流管、引流瓶或引流袋（图19-3）。其目的是：①支撑胆总管，引流胆汁；②减轻胆管内压力，保护吻合口，防止胆汁外漏；③置管溶石、排石；④促进胆道炎症消退；⑤胆道造影和经T型管胆道镜检查，了解病情。

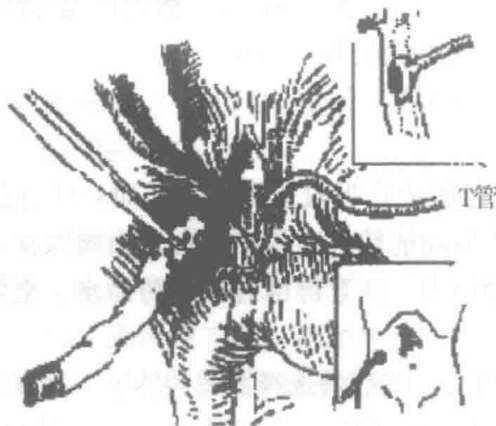


图19-3 胆总管探查T管引流术

（1）心理护理：向患者解释引流目的、放置时间及注意事项，以取得合作。

（2）妥善固定，保持引流通畅：防止脱落、扭曲、受压、堵塞，如有堵塞，可用少量无菌生理盐水缓慢低压冲洗，切勿用力高压冲洗。患者翻身、起床活动时，保护好引流管，一旦脱出易导致胆汁性腹膜炎。

（3）严格无菌操作，预防感染：定期更换引流管和引流袋（瓶），更换时防止胆汁逆流。病情允许时鼓励病人下床，活动时引流袋（瓶）可悬吊于衣服上，但位置应低于腹部切口高度。

（4）观察并记录胆汁量及性状：注意引流液是否有沉渣、混浊、絮状物、泥沙样结石等。胆汁引流量一般每天300~700ml，色泽呈深绿色较稠厚、清亮无渣。色淡、稀薄表示肝功能不佳；量过少可能因T型管堵塞或肝功能衰竭；量过多表示胆总管下端梗阻。

（5）观察病人全身状况：如病人体温下降，大便颜色加深，黄疸消退，说明胆道炎症消退，部分胆汁已进入肠道，否则表示胆道下端尚不通畅。如有发热或腹痛，考虑胆汁渗漏致胆汁性腹膜炎的可能，应及时与医生联系。

（6）T管造影：拔除T管前，一般应行造影检查，以了解胆管内情况。将造影剂注入T管，如显示胆道通畅无残余结石，继续放开T形管引流胆汁一天；若有残石则暂不能拔管，嘱病人带管出院，休养多日后以胆道镜取石。

（7）拔管：T管一般放置两周，如无特殊情况即可拔管。拔管前必须先试行夹管1~2天，注意病人腹痛、发热、黄疸是否又出现。如有上述现象，表示胆总管下端仍有阻塞，暂不能拔管，应继续引流；若观察无异常，可拔管。拔管后引流口有少量胆汁溢出，为暂时现象。可用无菌纱布敷盖，数日后即可愈合。部分病人可出现腹痛、发热、大量胆汁溢出，提示瘻道形成不良，发生胆瘻，应密切观察病情变化，若保守治疗无效

时应手术引流。为避免胆瘘发生,可适当延长拔管时间。

(8) T形管留置者的家庭护理指导:对于带管出院的病人,应做好病人及家属的健康指导。嘱病人避免举重物或过度活动,防止T形管脱出。尽量穿宽松柔软的衣服,避免盆浴。淋浴时可用塑料薄膜覆盖置管处。敷料一旦浸湿,应及时更换。保持置管处皮肤及伤口干燥。指导病人及家属每天同一时间倾倒引流液,观察记录引流液量及性状。若有异常或T管脱出或突然无液体漏出,应及时就诊。

(三) 腹腔镜胆囊切除术(LC)护理

LC是在腹壁作3~4个小切口,分别作为充气和插入腹腔镜及操作器械的入口,利用特制器械,在腹腔镜观察下,于腹腔内切除胆囊,以治疗急慢性胆囊炎、胆囊结石等胆囊病变。LC具有切口小、损伤小、痛苦少、恢复快、费用低、术后无明显疤痕等优点。LC由法国医生P.Mouret于1987年首创。我国自1991年引进该技术后已在不少医院广泛开展。由于病变局部解剖变异、操作不当或术前准备不足等,可发生不少并发症。有的需及时中转开放手术,而有的则是在LC后发现而再次开放手术治疗,严重者可导致死亡。此外,LC还会遗漏腹腔脏器的其他病变,或虽已发现而无法同时治疗。因此,除医生应注意LC的适应证、优化手术操作外,还应加强手术前后的护理,这对减少和及时发现并发症相当重要。

1. LC术前护理

(1) 心理护理:向患者介绍LC优点,消除恐惧心理,指导术中如何与手术医生配合,提高成功率。

(2) 配合术前检查:进一步了解患者有无心血管、肺部疾病及糖尿病,有无腹腔脏器其他疾病,有无手术禁忌证。

(3) 胃肠道准备:术前两天开始禁食产气多的牛奶、豆类食物,以免因胀气而术中误伤胃肠道。术前灌肠,必要时插胃管。

(4) 加强皮肤准备:重点是脐部的清洁消毒,预防感染。

2. 术后观察护理

(1) 一般护理:术后取平卧位,适时拔胃管,充分给氧,麻醉清醒后适当进食,预防腹部切口感染。

(2) 引流管护理:腹腔引流管妥善固定,观察引流液的质和量,并及时记录。

(3) 止痛:有轻度腹痛和肩痛者,可能是二氧化碳刺激膈神经所致,应给予止痛剂止痛。

(4) 并发症观察:主要并发症有:①胆漏:引流管引流出大量胆汁,有胆汁性腹膜炎表现;②出血:引流管引流出大量血液,有脉搏、呼吸、血压改变;③胃肠漏:引流管引流出大量胃肠液,有腹膜炎体征;④感染:引流管引流出脓性渗液,体温增高,腹膜炎体征;⑤气胸:呼吸困难、呼吸音消失,X线见肺被压缩。一旦发现上述情况,应及时报告医生。

【健康教育】

(1) 向患者及家属介绍胆道疾病的卫生科普知识。

(2) 指导患者的饮食, 平时宜低脂肪饮食。

(3) 养成良好的卫生习惯, 预防蛔虫感染, 有蛔虫病史的病人可定期肠道驱虫。

(4) 忌用对肝肾有损害的药物。

(5) 指导患者适当锻炼身体, 提高抵抗力。

(6) 定期复查, 告诫病人结石复发率高, 出现腹痛、发热、黄疸时应及早来院治疗。

小结

胆道疾病的诊断, 除根据病史、体格检查及有关化验外, 还应根据不同情况选择不同的特殊检查方法。较常用的检查方法有: B超、PTC及PTCD、ERCP、CT扫描及MRI, 其中以B超为首选。

胆道疾病是普外科常见病, 其病情较复杂。临床上以胆石症、胆道感染及胆道蛔虫病最为常见。当胆道梗阻, 胆汁运行障碍时, 常引起皮肤、巩膜黄染和胃肠道消化吸收功能降低; 当胆囊管或胆总管因结石等刺激导致平滑肌痉挛时, 常引起胆绞痛。继发胆道感染引起急性胆管炎时呈现夏柯三联征, 如果梗阻不能及时解除, 胆道压力将持续上升, 脓性胆汁逆流, 引起急性重症胆管炎呈现雷诺五联症, 如病人没有得到及时有效的治疗, 往往可在短时间内死亡。胆道蛔虫发作时, 腹痛剧烈而体征轻微, 即症状和体征不相符为其表现特征。

结石性胆囊炎胆总管结石, 以及急性重症胆管炎常需要采取手术治疗。手术的方法应根据不同疾病特点以及病人情况具体分析选择。手术后病人常需留置T形引流管, 护士应做好引流管的护理, 包括妥善固定, 保持引流通畅; 严格无菌操作, 注意观察引流液的量、性状、颜色, 以及全身情况的观察, 并掌握拔管前造影、拔管指征及护理。对带管出院的病人应做好出院指导护理。

(张玉芳)

第三章 胰腺癌、壶腹部癌病人的护理

第一节 解剖生理概要

胰腺位于腹膜后，横卧于第1~2腰椎前方，前面被后腹膜覆盖，全长约15~20cm，宽3~4cm，厚1.5~2.5cm，分为头、颈、体、尾四部分。胰头部右侧被十二指肠包绕，头身向后内伸延形成一钩状突起，称之为钩突。胰颈部短而窄。胰体部占胰腺大部分，体尾部界限不清，尾部逐渐变窄，与脾门相邻。胰腺前面有胃、胃结肠韧带和横结肠及系膜。

胰管与胰腺长轴平行。主胰管（Wirsung管）直径约2~3mm，当主胰管近端受累梗阻时远侧胰管扩张可达6mm以上。约85%的人主胰管与胆总管汇合形成共同通路开口于十二指肠乳头（Vater乳头）。乳头内有Oddi括约肌。一部分人虽有共同开口，但两者之间有分隔；少数人两者分别开口于十二指肠（图20-1）。此外，有时尚可见到副胰管（Santorini管）。

胰腺具有内、外分泌的双重功能，内分泌主要由分散在胰腺实质内的上百万个胰岛来实现的，胰岛内有多种细胞。其中以 β （B）细胞数量最多，分泌胰岛素； α （A）细胞分泌胰高血糖素； δ （D）细胞分泌生长抑素；还有少数胰岛细胞分泌胰多肽、促胃液素/血管活性肠肽等。胰腺的外分泌功能是分泌胰液，其每日分泌可达750~1500ml，呈强碱性，主要成分为水、碳酸氢盐和消化酶，其中含有淀粉酶、蛋白酶、脂肪酶等。外分泌由腺细胞分泌胰液，进入胰管，经共同通道排入十二指肠。胰液分泌受神经、体液的调节。

第二节 护 理

胰腺肿瘤包括胰腺各组织细胞的不同肿瘤，在临床上则以胰腺癌多见。壶腹部癌是指胆总管和十二指肠乳头的恶性肿瘤，与胰腺癌临床表现相似，治疗和护理相同，但壶腹部癌症状出现相对较早，多能早期手术，5年存活率相对较高。

胰腺癌是消化系统常见的恶性肿瘤之一，其发病率有逐年增多的趋势。40岁以上好发，男性比女性多见。该病早期诊断困难，手术切除率低，预后差。90%的病人在诊断后一年内死亡。最常见部位为胰腺头颈部，约占2/3，又称胰头癌。