



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I K E H U L I



主编：周庆湘
主讲：张夜明





外科护理



第十九章

门静脉高压症 肝胆疾病 病人的护理

MEN JING MAI GAO YA ZHENG GAN DAN JI BING
BING REN DE HU LI



目录

> 第一节 门静脉高压症
病人的护理

> 第二节 原发性肝癌病人
的护理

> 第三节 肝脓肿病人的护理

> 第四节 胆道疾病病人的护
理

第一节 门静脉高压症病人的护理

正常门静脉压力为 $13\sim 24\text{cmH}_2\text{O}$ ($1.27\sim 2.35\text{kPa}$)，平均约 $18\text{cmH}_2\text{O}$ 。当门静脉血流受阻、血液淤滞时，则引起门静脉及其分支压力增高，持续超过 $24\text{cmH}_2\text{O}$ 时，将导致脾肿大伴脾功能亢进、食管胃底静脉曲张破裂大出血、腹水等一系列临床表现，称门静脉高压症。

一、病因和病理

门静脉 高压症约90%以上由肝硬化引起。在我国主要是肝炎后肝硬化，部分南方血吸虫流行地区，以血吸虫病性肝硬化为主。亦可见于肝外门静脉阻塞，如门静脉主干的先天性畸形、布-加综合征、海绵窦样变等，但较少见。

肝炎后肝硬化所致的肝内型门静脉高压症，在我国最为多见。此外，肝外门静脉血栓形成、门静脉先天性畸形和肝门区肿瘤压迫等可造成肝前型门静脉高压症；巴德-吉亚利综合征、缩窄性心包炎及严重右心衰竭等可导致肝后型门静脉高压症。

门静脉压力增高可引起三方面的病理生理变化：

1. 脾大、脾功能亢进：门静脉压力增高，造成脾静脉回流受阻，脾脏充血性肿大，久之脾内纤维组织增生，脾脏破坏血细胞的功能增加，可致不同程度的脾功能亢进。

2. 交通支扩张：门、腔静脉间的交通支扩张，因门静脉无静脉瓣，当门静脉高压时，正常的门静脉血流通路受阻，即可出现食管—胃底下段、直肠下端—肛管、前腹壁及腹膜后交通支迂曲扩张。其中，食管—胃底黏膜下静脉曲张破裂后可引起上消化道大出血；直肠下端—肛管黏膜下静脉曲张，可表现为痔。特别是胃底、食管下段交通支曲张最显著。

3. 腹水：肝门静脉系毛细血管滤过压增高、肝硬化使肝内淋巴液回流受阻并从肝表面渗出、肝合成清蛋白减少使血浆胶体渗透压降低、体内醛固酮和抗利尿激素增加等多种因素促成腹水形成。

二、护理评估

(一) 健康史

询问病人有无肝炎、肝硬化、血吸虫病病史；对于门静脉高压症上消化道大出血的病人，注意询问有无劳累、进食坚硬粗糙食物、咳嗽、呕吐、用力排便、负重活动等诱发因素。

(二) 身体状况

1. 脾大和脾功能亢进 体格检查可见不同程度的脾大。伴脾功能亢进时，周围血白细胞及血小板减少，红细胞也可减少而致贫血。

2. 呕血和黑便 胃底、食管下段曲张静脉可发生破裂出血，出血量一般较大。病人呕吐鲜红色血液，排出柏油样黑便。由于肝功能损害引起凝血功能障碍及脾功能亢进导致血小板减少等因素，出血常难以自止。严重者，可导致出血性休克。大出血引起肝组织缺氧，容易诱发肝性脑病。

3. 腹水 是肝功能损害的表现。病人出现腹胀、移动性浊音等表现。

4. 其他表现可有营养不良、肝掌、蜘蛛痣、黄疸及肝功能异常等。

(三) 心理-社会状况

门静脉高压症多因病程较长，反复发作，出现不同程度的焦虑；一旦并发急性大出血，往往产生极度恐惧等不良心理

(四) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血常规：脾功能亢进时，血白细胞、血小板或红细胞计数下降，血红蛋白下降。

(2) 肝功能：表现为血清胆红素增高，低蛋白血症，白/球蛋白比例倒置；凝血酶原时间延长。

2. 影像学检查

(1) 食管x线钡餐检查：食管充盈时，食管轮廓呈虫蚀样改变；食管排空时，曲张的静脉呈蚯蚓样或串珠状负影。

(2) 胃镜检查：能确定静脉曲张程度，是否有胃黏膜病变或溃疡。

(3) B超检查：可确定有无肝硬化、脾大和腹水，了解门静脉直径及血流方向。

(五) 处理原则

外科治疗主要是预防和控制急性食管胃底静脉曲张破裂出血；解除或改善脾大及脾功能亢进和治疗大量顽固性腹水。根据病人具体情况，采取非手术或手术治疗。

1. 食管—胃底静脉曲张破裂出血

(1) 非手术治疗

1) 补充血容量：尽早输液、输血，恢复有效循环血量。

2) 应用止血药物：如垂体后叶素、奥曲肽、普萘洛尔、立止血、维生素K、6-氨基己酸、止血芳酸等。

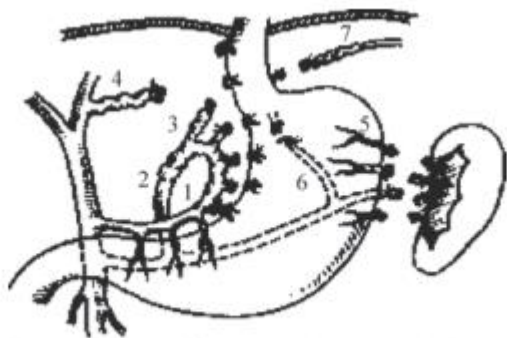
3) 三腔二囊管压迫止血：利用充气的气囊分别压迫胃底和食管下段的曲张静脉，达到止血目的，是一种简单而有效的止血方法。但因其治疗后再出血率高，故仅作为临时性措施被采用。

4) 内镜治疗：适用于食管曲张静脉破裂出血。a. 硬化剂注射，经内镜将硬化剂(如鱼肝油酸钠、5%乙醇油酸钠、无水乙醇等)直接注入曲张静脉内，使之闭塞及其黏膜下组织硬化，达到止血和预防再出血目的。b. 套扎法，经内镜将要结扎的静脉吸到结扎器中，用橡皮圈套杂在曲张静脉基底部，达到止血和预防再出血目的。

5) 经颈静脉肝内门体分流术：经颈静脉肝内门体分流术：简称TIPS手术。目前主要用于等待肝移植的病人，其次是内科治疗无效、肝功能差的曲张静脉破裂出血病人。

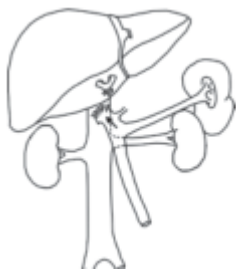
(1) 手术治疗

1) 断流术：是在脾切除的同时，阻断门-奇静脉的交通支反常血流，从而控制食管胃底静脉的曲张及破裂出血。

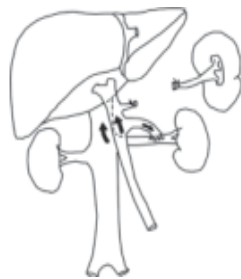


1. 胃支 2. 食管支 3. 高位食管支 4. 异位高位食管支 5. 胃短静脉 6. 胃后静脉 7. 左膈下静脉

2) 分流术：选择肝门静脉系和腔静脉系的主要血管进行手术吻合，使压力较高的肝门静脉血分流入腔静脉，从而降低门静脉压力，预防出血。常用手术方式有门-腔静脉分流术、脾-腔静脉分流术、脾-肾静脉分流术、肠系膜上-下腔静脉分流术等，此外，脾切除术可以矫正脾功能亢进。肝移植是治疗门静脉高压症最彻底的手术方法。



门-腔静脉端侧分流术



中心性脾-肾静脉分流术

3) 联合手术；联合应用分流术与断流术，既保持一定的门静脉压力及门静脉向肝血流，又疏通门静脉系统的高血流状态，起到“断、疏、灌”的作用，但联合手术创伤大和技术难度较大，且对病人肝功能要求高。

2. 严重脾大，合并明显脾功能亢进的治疗

多见于晚期血吸虫病人，也见于脾静脉栓塞引起的左侧门静脉高压症。对于此类病人单纯行脾切除术效果良好。但脾切除术后多因血小板过度升高，血液凝固性增强，往往引发脾静脉或门静脉血栓形成。

3. 肝硬化引起的顽固性腹水的治疗

可采用腹腔穿刺外引流、TIPS和腹腔-上腔静脉转流术等治疗

。

4. 原发肝病的治疗

我国大部分门静脉高压症是病毒性肝炎肝硬化所致，多数病例肝功能损害较严重，所以抗病毒及护肝治疗应贯穿于整个治疗过程。如果肝硬化严重，肝功能差而药物治疗不能改善者，应做肝移植。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 恐惧 与大量呕血、便血及病情危重等有关。
2. 体液不足 与胃底、食管下段曲张静脉破裂出血有关。
3. 体液过多 与肝功能损害致低蛋白血症、血浆胶体渗透压降低及醛固酮分泌增加，导致腹水等有关。
4. 营养失调 低于机体需要量 与肝功能损害、胃肠消化吸收功能不良、出血等因素有关。
5. 潜在并发症 低血容量性休克、肝性脑病、静脉血栓形成等

四、护理措施

(一) 非手术治疗的护理/术前护理

1. 心理护理 门静脉高压症病人长期患有肝病，合并上消化道出血时，出血量大、来势凶猛，病人紧张、恐惧，易对治疗失去信心。护士应沉着、冷静，配合医师积极采取各项抢救措施，安抚并稳定病人情绪。

2. 病情观察 监测生命体征、中心静脉压和尿量。观察出血的特点，如呕血前有无恶心感、上腹部不适等症状，记录呕血、黑便的颜色、性状和量。

3. 维持体液平衡迅速建立静脉通路，按出血量调节输液种类和速度，及时备血、输血，并预防过度扩容，注意纠正水电解质紊乱。

4. 食管胃底静脉曲张破裂出血的预防和护理

(1) 预防：①择期手术前可输全血，补充维生素K及凝血因子，以防术中和术后出血；②术前一般不放置胃管，必须放置时，应选择细、软胃管，插管时涂大量润滑油，动作轻柔；③避免进食坚硬粗糙食物，以及咳嗽、呕吐、用力排便、负重等引起腹内压增高的因素。

(2) 护理：①用冰盐水或冰盐水加血管收缩剂行胃内灌洗至回抽液清澈，低温灌洗液可使胃黏膜血管收缩，减少血流，降低胃分泌及运动起止血作用；②遵医嘱应用止血药，注意观察药物疗效及不良反应；③三腔二囊管压迫止血的护理参见内科护理学相关章节。

5. 控制或减少腹水 ①注意休息，术前尽量取平卧位，增加肝、肾血流灌注；②注意补充营养，纠正低蛋白血症；③限制液体和钠的摄入，每日钠摄入量限制在500~800mg，少食咸肉、酱菜、酱油、虾皮、味精等含钠高的食物；④遵医嘱使用利尿剂，记录24h出入水量，观察有无低钾、低钠血症；⑤测量腹围和体重，每日同一时间、同一体位在同一部位测腹围1次，每周测体重1次。

6. 保护肝功能，预防肝性脑病 ①休息与活动：肝功能较差者以卧床休息为主，安排少量活动；②改善营养状况：给予高能量、高维生素、适量蛋白饮食，可输全血及白蛋白纠正贫血和低蛋白血症；③常规吸氧，保护肝功能；④药物应用：遵医嘱给予护肝药物，避免使用对肝脏有损害的药物；⑤纠正水、电解质和酸碱失衡；⑥预防感染；⑦保持肠道通畅：及时清除肠道内积血；防止便秘，灌肠忌用肥皂水等碱性液。

7. 术前准备 做好急诊手术的常规术前准备。

(二) 术后护理

1. 休息与活动 断流术和脾切除术后，麻醉清醒、生命体征平稳后取半卧位。分流术后，为防止血管吻合口破裂出血，取平卧位或 15° 低坡半卧位，翻身动作宜轻柔，鼓励早期下床活动。

2. 病情观察 观察生命体征，神志，尿量，引流液的量、性状和颜色等。分流术取自体静脉者，观察局部有无静脉回流障碍；取颈内静脉者，观察有无头痛、呕吐等颅内压增高表现，必要时遵医嘱快速滴注甘露醇。

3. 改善营养状况 术后早期禁食期间，根据病人情况给予肠外或肠内营养支持。术后24~48h肠蠕动恢复后可进流质，再逐步过渡至半流质、软食、普食。

4. 心理护理

及时了解患者的心理状态,多给予安慰和鼓励,减轻焦虑、恐惧心理,稳定情绪,帮助患者树立战胜疾病的信心,使之能积极配合各项治疗和护理。

5. 并发症的护理

(1)出血:观察血压、脉搏、伤口或消化道有无出血。置引流管者应注意观察、记录引流液的颜色、性状和量,如1~2h内引流出200ml以上血性液体应及时告知医师,并妥善处理。

(2)肝性脑病:分流术后,定时监测肝功能、血氨浓度;观察有无性格异常、定向力减退、嗜睡与躁动交替,黄疸有无加深,有无发热、厌食、肝臭等肝衰竭表现。肝性脑病的护理参见内科护理学相关章节

(3) 感染：常见腹腔、呼吸系统和泌尿系统的感染，术后应加强观察。护理措施：①遵医嘱及时使用抗生素。②引流管护理：隔下引流管应保持负压引流系统的无菌、通畅；观察和记录引流液的颜色、性状和量；引流液逐渐减少、色清淡、引流量 $<10\text{ml/d}$ 时可拔管。③加强基础护理：卧床期间预防压力性损伤；有黄疸者，加强皮肤护理；做好会阴护理；禁食期间做好口腔护理。④呼吸道护理：鼓励深呼吸、有效咳嗽咳痰，必要时给予雾化吸入，预防肺部并发症。⑤脾热是脾切除术后目前尚不明原因的持续性发热，体温常波动于 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ ，可持续2~4周甚至更久，应注意与各部位感染引起的发热加以鉴别，做好对症护理。

(4) 静脉血栓：术后应注意监测血常规、凝血功能和D-2聚体；视病情行超声等检查，注意有无门静脉血栓形成，必要时遵医嘱给予低分子肝素、阿司匹林等抗凝治疗。

(三) 健康教育

1. 饮食指导 ①进食高热量、高维生素的无渣软食，避免粗糙、干硬及刺激性食物，以免诱发大出血。②少量多餐，规律进食，补充足够能量。③肝功能损害较轻者，摄取优质蛋白饮食(50~70g/d)；肝功能严重受损及分流术后者应限制蛋白质摄入。④有腹水者限制水和钠摄入。

2. 生活指导 ①避免劳累和过度活动，保证充分休息，活动时注意安全，防止外伤。②避免引起腹内压增高的因素，以免诱发曲张静脉破裂出血。③保持乐观、稳定的心理状态。④用软毛牙刷刷牙，避免牙龈出血。⑤指导病人戒烟、戒酒，少喝咖啡和浓茶。

3. 复诊指导 指导病人及家属掌握出血的观察和急救方法，熟悉紧急就诊的途径和方法。

第二节 原发性肝癌病人的护理

肝肿瘤分为良性和恶性两种。肝良性肿瘤中最常见的是肝海绵状血管瘤。肝癌是常见的肝恶性肿瘤，包括原发性肝癌和继发性肝癌。肝肉瘤少见。

原发性肝癌是我国常见的恶性肿瘤。在我国，肝癌发病率和死亡率在常见恶性肿瘤中分别位于第5位、第2位。东南沿海地区发病率较其他地区高，农村发病率高于城市。病人的年龄大多为40～50岁，男性比女性多见。

一、病因和病理

原发性肝癌的病因迄今尚不完全清楚，可能与下列因素有关：
肝硬化 各种原因导致的肝硬化是肝细胞癌发生过程中最重要环节。85%~95%的肝细胞癌合并肝硬化。乙型肝炎病毒相关肝硬化是我国肝细胞癌的首要病因。

2. 病毒性肝炎肝癌病人常有急性肝炎→慢性肝炎→肝硬化→肝癌的病程。与肝癌有关的肝炎病毒有乙型(HBV)、丙型(HCV)和丁型(HDV)三型。

3. 黄曲霉毒素：肝癌高发地区粮食被黄曲霉毒素污染的程度高于其他地区。

4. 其他 饮水中存在如水藻毒素等多种致癌或促癌物质、亚硝胺、烟酒、肥胖与糖尿病、寄生虫、遗传等可能与肝癌发生有关

肝癌大体病理形态分为结节型、巨块型和弥漫型三型，结节型最为常见并多伴有肝硬化。按组织学类型可分为肝细胞型、胆管细胞型和混合型，我国绝大多数是肝细胞型。

肝癌的转移途径：①血行转移，原发性肝癌血行转移发生早，肝外转移多见于肺，其次为骨、脑等；②淋巴转移；③直接蔓延；④腹腔种植性转移。

二、护理评估

(一) 健康史

了解病人有无肝硬化、病毒性肝炎等病史；对原有肝炎和肝硬化的病人，应仔细询问疾病发生、发展情况，有无致癌物质接触史及不良饮食习惯；注意有无家族遗传病史。

(二) 身体状况

肝癌早期缺乏特异性症状，随着病情的发展，可出现下列表现：

1. 肝区疼痛 多数病人以此为首发症状，多为持续性钝痛、刺痛或胀痛，夜间或劳累后加重。当肝癌结节发生坏死、破裂时，可引起腹腔内出血和腹膜刺激征等表现。

2. 全身和消化道症状 早期不易引起重视，主要表现为乏力、消瘦、食欲减退和腹胀等。部分病人可伴有恶心、呕吐、发热和腹泻等症状。晚期则出现贫血、黄疸、腹水、下肢水肿、皮下出血及恶病质等。

3. 肝大 为中晚期病人最常见的体征。肝进行性不对称肿大，质地坚硬，边缘不规则，表面凹凸不平，呈大小不等的结节或巨块，可伴有压痛。癌肿位于肝右叶顶部者，可使膈肌抬高，肝浊音界上升。

(三) 心理-社会状况

肝癌病人多伴有肝硬化或慢性肝炎病史，长期治疗效果不佳，经济负担较重；加之疼痛和对手术的担心，容易产生焦虑、恐惧、抑郁甚至绝望等心理变化

(四) 辅助检查

1. 血清甲胎蛋白(AFP)测定 是诊断原发性肝癌常用而又重要的方法。血清AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ ，持续性升高并能排除活动性肝病、生殖腺胚胎性肿瘤与妊娠等，即可考虑肝癌的诊断。

2. 影像学检查

(1) B超检查：可显示肿瘤的大小、形态、部位以及肝静脉或门静脉内有无癌栓等，诊断符合率可达90%左右。它是目前具有较高诊断价值的非侵入性检查方法，并可作为高危人群的普查手段。

(2) CT、MRI检查：能明确显示肿瘤的位置、数目、大小及与周围脏器和重要血管的关系，对判断能否手术切除很有价值。

(3) 选择性肝动脉造影：诊断正确率可达95%左右，对血管丰富的癌肿，其分辨率低限约0.5cm。

(4) 腹腔镜探查：经各种检查未能确诊而临床又高度怀疑肝癌者，必要时可行腹腔镜探查以明确诊断。

(5) 肝穿刺活组织检查：肝脏穿刺活检可取得病理诊断，临床上主要针对缺乏典型肝癌影像学特征的肝脏病变。一般在B超或CT检查引导下进行，但有出血和肿瘤沿针道种植转移的危险。

(五) 处理原则

早期诊断，早期采用以手术为主的综合治疗，是提高疗效的关键。

1. 手术治疗 部分肝切除术是目前治疗肝癌首选和最有效的方法。早期治疗效果较好。肝移植术同时切除肿瘤和硬化的肝脏，可获得较好的长期治疗效果。但供肝匮乏，治疗费用较为昂贵，故临床应用较少。

2. 非手术治疗 综合治疗的方法有：①放射治疗；②射频消融；③介入疗法(TACE)；④全身治疗(分子靶向药物、系统化疗、免疫治疗、中医药治疗)等。

3. 肝癌破裂出血的治疗 对全身情况良好、病变局限，可行急诊肝叶切除术；全身情况差者，可行肝动脉结扎或栓塞术、射频治疗、冷冻治疗、填塞止血等。对出血较少，生命体征平稳，估计肿瘤不能切除者，可行非手术治疗。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 焦虑/恐惧 与担忧疾病预后和生存期有关。
2. 疼痛 与肿瘤生长导致肝包膜张力增加，或放疗、化疗后不适，手术有关。
3. 营养失调：低于机体需要量 与食欲减退、腹泻及肿瘤导致的代谢异常和消耗有关。
4. 潜在并发症：肝性脑病、上消化道出血、肿瘤破裂出血、感染等

四、护理措施

(一) 术前护理

1. 改善营养状况 以富含蛋白、热量、维生素和纤维膳食为原则，鼓励家属按病人饮食习惯，提供其喜爱的色、香、味俱全的食物，以刺激食欲，创造舒适的进餐环境。必要时提供肠内、外营养支持或补充蛋白等。

2. 疼痛护理 大部分肝癌病人出现疼痛，遵医嘱给予止痛剂或采用积极有效的镇痛治疗。

3. 预防肿瘤破裂出血 ①尽量避免导致肿瘤破裂的诱因，如剧烈咳嗽、用力排便等导致腹内压骤然增高的动作；②改善凝血功能：肝硬化病人肝脏合成的凝血因子减少，且脾功能亢进导致血小板减少，因此需了解病人的出凝血时间、凝血酶原时间和血小板等，术前3日肌内注射维生素K，以改善凝血功能，预防术中、术后出血；③密切观察腹部情况，若病人突发腹痛加重，伴腹膜刺激征，应高度怀疑肿瘤破裂出血，应及时通知医师，积极配合抢救；④少数病人出血可自行停止，多数病人需手术治疗，应积极做好术前准备，对不能手术的晚期病人，可采用补液、输血、应用止血剂等综合治疗。

4. 心理护理 通过交流和沟通，了解病人及其家属情绪和心理变化，采取诱导方法逐渐使其接受并正视现实；医护人员应热情、耐心、周到的服务，使其增强应对能力，树立战胜疾病的信心，积极接受和配合治疗；实施治疗前向病人及其家属介绍其必要性、方法和注意事项；或请成功病人现身说法，消除不良情绪。对晚期病人应给予情感上的支持，鼓励家属与病人共同面对疾病，使病人尽可能平静适地度过生命的最后历程。

(二) 术后护理

1. 一般护理 为防止术后肝断面出血，一般不鼓励病人早期活动。术后24小时内应卧床休息，避免剧烈咳嗽，以免引起术后出血。接受半肝以上手术切除者，间歇吸氧3~4日。

2. 病情观察 密切观察病人的心、肺、肾、肝等重要脏器的功能变化，生命体征和血清学指标的变化。

3. 维持体液平衡 静脉输液，补充水、电解质；对肝功能不良伴腹水者，积极保肝治疗，严格控水和钠的摄入量，准确记录24小时出入水量，每天观察、记录体重及腹围变化。

4. 引流管的护理 肝叶和肝脏局部切除术后常放置引流管。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，定期更换引流袋；准确记录引流液的量、色、质。若引流液为血性且持续性增加，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；若引流液含有胆汁，应考虑胆瘘。

5. 预防感染 遵医嘱合理应用抗生素。

6. 肝性脑病的预防和护理 常发生于肝功能失代偿或濒临失代偿的原发性肝癌病人。术后应加强生命体征和意识状态的观察，若出现性格行为变化，如欣快感、表情淡漠等前驱病时，应及时通知医师。

预防措施：①消除肝性脑病的诱因，积极防治上消化道出血和感染，避免大量、快速地排钾利尿和放腹水，积极纠正电解质和酸碱平衡紊乱，慎用镇静催眠药和麻醉。②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)，使肠道的 pH 保持为酸性。③口服甲硝唑或新霉素，以抑制肠道细菌繁殖，有效减少氨的形成和吸收。④使用降血氨药物，如谷氨酸钾或谷氨酸钠静脉滴注。⑤口服或静脉滴注支链氨基酸的制剂或溶液，以纠正氨基酸代谢失衡。

⑥肝性脑病者应限制蛋白质摄入，以减少血氨的来源。⑦便秘者可口服乳果糖，促使肠道内氨的排出。

7. 心理护理 说明术后恢复过程，安放各种引流管的意义，以及积极配合治疗和护理对康复的意义。

8. 肝动脉插管化疗的护理

(1) 插管前护理 向病人解释肝动脉插管化疗的目的及注意事项。

(2) 导管护理 ①妥善固定和维护导管。②严格遵守无菌原则，每次注药前消毒导管，注药后用无菌纱布包扎，防止细菌沿导管发生逆行性感染。③为防止导管堵塞，注药后用肝素稀释液(25U/ml) 2~3ml 冲洗导管。④治疗期间病人可出现肝区疼痛、恶心、呕吐、食欲缺乏等症状，以及不同程度的白细胞数减少。若系胃、胆、胰、脾动脉栓塞出现的上消化道出血及胆囊坏死等并发症时，须密切观察生命体征和腹部体征，及时通知医师进行处理。

(3) 拔管后护理 协助病人取平卧位，穿刺处沙袋压迫1小时，穿刺肢体制动6小时。注意观察穿刺侧肢体皮肤的色泽、温度及

(四) 健康指导

避免进食霉变食物，特别是豆类；积极治疗肝炎、肝硬化。建议原有肝硬化病史、肝癌家族史的人群，特别是年龄在40岁以上的男性至少每隔6个月检查一次血清AFP 和B超。肝切除术后病人应加强肝脏保护，定期复查，发现异常及时就诊。

第三节 肝脓肿病人的护理

肝受感染后形成的脓肿，称为肝脓肿，属于继发性感染性疾病。根据病原菌的不同，分为细菌性肝脓肿和阿米巴性肝脓肿。临床上细菌性肝脓肿较阿米巴性肝脓肿多见。

一、细菌性肝脓肿

细菌性肝脓肿系指细菌引起的肝内化脓性感染，最常见的致病菌为大肠埃希菌和金黄色葡萄球菌。

(一) 病因与发病机制

细菌性肝脓肿可继发于全身性感染，特别是腹腔内感染时，细菌入肝，如病人抵抗力下降，可发生肝脓肿。

细菌可经下列途径入肝：①胆道：胆道蛔虫症、胆管结石等并发化脓性胆管炎时，细菌沿胆管逆行入肝，是引起细菌性肝脓肿的主要原因。②门静脉：腹腔内的感染，如坏疽性阑尾、菌痢等，细菌经门静脉入肝引起肝脓肿。③疖肿、上呼吸道感染等感染性病变，细菌可通过肝动脉入肝引起脓肿。④毗邻感染病灶的细菌可循淋巴系统侵入；开放性肝损伤时，细菌亦可接通过伤口侵入肝，引起感染而形成脓肿。

(二) 护理评估

1. 健康史

评估病人发育营养状况；了解是否患有胆道疾病，有无其他部位感染及肝的开放性损伤等。

2. 身体状况

起病较急，主要表现是寒战、高热、肝区疼痛和肝大。体温常可高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，伴恶心、呕吐、食欲减退和全身乏力。肝区钝痛或胀痛，多为持续性，可伴右肩部牵涉痛，肝大并有压痛，右下胸及肝区有叩击痛。如脓肿在肝前下缘比较表浅的部位时，可伴有右上腹肌紧张和局部明显触痛。肝脓肿巨大，可使右季肋部饱满，有时可见局限性隆起，局部皮肤出现凹陷性水肿。严重病人可出现黄疸。

肝右叶脓肿可破溃而形成膈下脓肿，也可向右胸穿破，形成胸部感染；左叶脓肿偶可穿入心包，发生心包积液；脓肿如向腹腔穿破，则可发生急性腹膜炎。少数情况下，脓肿穿破血管，引起出血，从胆道排出，表现为上消化道出血。

3. 心理-社会状况

由于突然发病，忍受较重的痛苦，担忧预后或经济拮据等原因，病人常有焦虑、悲伤或恐惧反应；发生严重并发症时反应更加明显。

4. 辅助检查

(1) 实验室检查 血常规检查可见白细胞计数增高，中性粒细胞可高达90%以上，核左移现象和中毒颗粒。肝功能检查可见血清转氨酶升高。

(2) 影像学检查 X线检查示肝阴影增大，右膈肌抬高和活动受限。B超能分辨肝内直径2cm的液性病灶，并明确其部位和大小。必要时可行CT检查。

(3) 诊断性肝穿刺 必要时可在肝区压痛最剧烈处或在超声探测引导下施行诊断穿刺，抽出脓液即可证实为肝脓肿，同时可行脓液细菌培养和药物敏感试验。

5. 处理原则

加强全身支持疗法，应用足量、有效抗生素控制感染。脓肿形成后，可在B超引导下穿刺抽脓或置管引流，如疗效不佳应手术切开引流。注意细菌性肝脓肿是严重感染，早期诊断，及时治疗，以取得良好治疗效果。

(三) 常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与炎性介质刺激有关。
2. 体温过高 与感染后细菌毒素吸收有关。
3. 营养失调 低于机体需要量 与进食减少、感染引起分解代谢增加有关。
4. 潜在并发症 急性腹膜炎、膈下脓肿、胸腔内感染、休克。

(四) 护理措施

1. 一般护理

- (1) 降温 高热病人及时应用物理降温，必要时遵医嘱进行药物降温。
- (2) 镇静止痛 遵医嘱应用镇静止痛药物，以减轻疼痛，保证休息。
- (3) 加强营养 给予高热量、高蛋白、高维生素饮食，改善全身营养状况；必要时少量多次输血和血浆，以纠正低蛋白血症，增强机体抵抗能力。
- (4) 增加摄水量 高热病人每日至少摄入2000ml液体，以防高渗性缺水，口服不足者应注意加强静脉补液、补钠，纠正体液失衡。

2. 病情观察

加强对生命体征和胸、腹部情况的观察，注意脓肿是否破溃引起急性腹膜炎、膈下脓肿等严重并发症。

3. 治疗配合

(1) 应用抗生素护理 遵医嘱给予大剂量、足疗程、联合应用抗生素控制感染；注意用药时间、途径和配伍，观察药物的不良反应。

(2) 配合抢救 若发生感染性休克时，配合医生，实施各项抢救护理工作。

(3) 引流管护理 病人取半卧位，有利于呼吸和引流；妥善固定引流管，防止意外脱落；每日用无菌生理盐水冲洗脓腔，注意观察引流液的量和性状；及时换引流袋，注意无菌操作；当每日脓液引流量少于10ml时，可拔出引流管，适时换药，直至脓腔闭合。

(4) 并发症的护理 注意观察术后有无腹腔创面出血、胆汁漏。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。

4. 心理护理

关心、安慰病人，加强与病人的交流和沟通，减轻其焦虑情绪，使之积极配合治疗和护理，取得满意的治疗效果。

5. 健康指导

介绍细菌性肝脓肿防治知识；指导病人遵守治疗、护理要求；解释引流管的意义和注意事项；嘱病人出院后加强营养，定期复查。

二、阿米巴性肝脓肿

阿米巴性肝脓肿是肠道阿米巴病最常见的并发症。发生率约1.8%~20%。其70%~95% 为男性，年龄多在30~50岁。阿米巴原虫从结肠溃疡处经门静脉、淋巴管或直接入肝内。原虫产生溶组织酶，导致肝细胞坏死，液化的组织和血液形成脓肿。

肝脓肿与细菌性肝脓肿鉴别见下表

阿米巴性肝脓肿与细菌性肝脓肿鉴别

鉴别点	阿米巴性肝脓肿	细菌性肝脓肿
病史	有阿米巴痢疾史	常继发于胆道感染或其他化脓性疾病
症状	起病较缓慢、病程较长，可有高热或不规则发热	起病急骤，全身中毒症状明显，有寒战、高热
体征	肝大显著，可有局限性	肝大不显著，多无局限性隆起
脓肿	较大，多为单发，多见于肝右叶	较小，常为多发性
脓液	大多为棕褐色，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	多为黄白色脓液，涂片和培养可发现细菌
血液化验	白细胞计数可增加；若无混合感染，血细菌培养阴性；血清学阿米巴抗体检测阳性	白细胞计数及中性粒细胞可明显增加，血液细菌培养可阳性
粪便检查	部分病人可找到阿米巴滋养体或包囊	无特殊发现
治疗	抗阿米巴药物治疗，必要时手术	抗生素治疗，必要时手术

第四节 胆道疾病病人的护理

胆道疾病包括胆石症、胆道感染、胆道蛔虫病以及胆道的肿瘤和畸形等，而以前两者多见。胆道感染可引起胆石症，胆石症可导致胆道梗阻而诱发感染，因此，胆石症和胆道感染之间相互联系，相互影响，互为因果。

一、胆石症病人的护理

胆石症指发生在胆囊和胆管的结石，是胆道系统的常见病、多发病。分为胆固醇结石、胆色素结石和混合性结石。胆固醇结石高于胆色素结石，女性发病率高于男性。

(一) 病因及发病机制

胆石形成的原因十分复杂，是多因素综合作用的结果，主要与胆道感染和代谢异常等因有关。

1. 胆道感染 ①胆道感染，胆汁内的大肠埃希菌产生 β -葡萄糖酸酶，将结合胆红素水解为非结合胆红素，与钙结合形成胆红素钙，促发胆色素结石形成；②细菌、虫卵、炎症坏组织的碎屑可作结石的核心，形成结石；③胆道感染常导致Oddi括约肌痉挛，胆道梗阻，胆汁淤积、浓缩、沉淀、形成结石。

2. 代谢异常 胆汁中有重要临床意义的溶质成分是胆盐、胆固醇、胆色素、卵磷脂，其中胆汁中胆盐、胆固醇、卵磷脂的适当比例是维持胆固醇呈溶解状态的必要条件。当代谢异常，使胆固醇浓度高或胆盐，卵磷脂浓度下降，三者比例失调，胆固醇则呈过饱和状态而析出形成结石。

结石按化学成分分为三类：①胆固醇结石：约占50%，80%发生于胆囊，X线检查多不显影；②胆色素结石：约占37%，75%发生于胆管内，X线检查常不显影；③混合性结石：约占 6%、60%在胆囊内，40%发生在胆管内，X线检查常可显影。原发性胆管结石以胆色素结石或混合性结石为主。继发性胆管结石以胆固醇结石多见。

按结石所在部位分类，可分为胆囊结石、肝外胆管结石、肝内胆管结石。

(二) 病理生理

结石刺激胆道黏膜，使其分泌大量的黏液糖蛋白；结石形成后引起胆囊收缩能力减低；胆道阻塞胆汁淤滞；胆汁引流不畅又有利于结石形成。主要病理变化有：①胆道梗阻；②继发感染；③胆管阻塞并感染可引起肝细胞损害，甚至发生肝细胞坏死或胆源性肝脓肿；胆管炎症反复发作可致胆汁性肝硬化；④胆石嵌顿于壶腹时可引起急、慢性胰腺炎；⑤胆道长期受结石、炎症及胆汁中致癌物质的刺激，可发生癌变。

(三) 护理评估

1. 健康史

了解病人的年龄、性别、职业、居住地及饮食习惯。既往有无类似疾病发作史，有无发热和黄疸，治疗及检查情况。

2. 身体状况

1) 胆囊结石 单纯胆囊结石、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。结石嵌顿时可出现下列症状和体征。

(1) 症状：①胆绞痛：是胆囊结石的典型症状，表现为突发性右上腹阵发性疼痛，或持续性疼痛阵发性加剧，常向右肩背部放射。常于饱餐、进油腻食物后胆囊收缩，或在睡眠改变体位时致结石移位并嵌顿于胆囊颈部，使胆汁排出受阻，胆囊强烈痉挛所致；②消化道症状：常伴恶心、呕吐、食欲缺乏、腹胀、腹部不适等非特异性消化道症状。

(2) 体征：①腹部体征：有时可在右上腹触及肿大的胆囊。可有右上腹部压痛，若合并感染，右上腹可有明显的压痛、肌紧张或反跳痛。②黄疸：多见于Mirizzi综合征病人，Mirizzi综合征是特殊类型的胆囊结石。胆囊内较大的结石持续嵌顿和压迫胆囊壶腹部和颈部，可引起肝总管狭窄或胆囊胆管瘘，临床特点是反复发作的胆囊炎、胆管炎和明显的梗阻性黄疸。③胆囊积液：胆囊结石长期嵌顿使胆囊管完全梗阻但未合并感染时，胆汁中的胆红素被胆囊黏膜吸收，胆囊黏膜分泌的黏液积存在胆囊内，而致胆囊积液。积液呈无色透明，称为“白胆汁”。

2) 肝外胆管结石 肝外胆管结石分为原发性和继发性，前者是在胆管内形成，后者是胆囊结石排入停留在胆管内。当结石阻塞胆管并继发感染时可出现典型的夏柯(Charcot)三联症，即腹痛、寒战高热、黄疸。

(1) 腹痛：位于剑突下或上腹部，呈阵发性、刀割样绞痛，或持续性疼痛阵发性加剧，向右肩背部放射。是由于结石嵌顿于胆总管下端或壶腹部，引起胆管梗阻，胆总管平滑肌及Oddi括约肌痉挛所致。

(2) 寒战高热：继剧烈绞痛之后，出现寒战、高热，体温可高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，呈弛张热。系胆道梗阻后继发感染所致。

(3) 黄疸：胆道梗阻后即可出现黄疸，其轻重程度与梗阻的程度及是否继发感染有关。黄疸时常有尿色变深，粪色变浅，可出现皮肤瘙痒。胆石梗阻所致的黄疸多呈间歇性和波动性。

3) 肝内胆管结石 可无症状或有肝区和患侧胸背部持续性胀痛不适，合并感染时可出现Charcot三联症或引起急性梗阻性化脓性胆管炎，可引起肝脓肿、肝硬化、肝胆管癌等。

3. 辅助检查

(1) 实验室检查 合并感染时白细胞计数升高，中性粒细胞比例升高。肝细胞损害时，血清转氨酶和碱性磷酸酶升高。血清胆红素升高，尿胆原降低或消失。

(2) B超检查 是普查和诊断胆道疾病的首选方法。诊断胆囊结石的准确率接近100%；对肝外胆管结石的诊断准确率在80%左右；根据胆管有无扩张、扩张部位及程度，可对黄疸的原因进行定位和定性诊断。在检查前3日禁食牛奶、豆制品、糖类等容易发酵产气的食物；检查前1日晚餐清淡饮食，保障胆囊内胆汁充盈；检查当日空腹，禁食、禁饮，减少胃肠道气体干扰，肠道气体过多或便秘者可事先口服缓泻剂或灌肠。

(3) 放射学检查

1) CT、MRI、磁共振胆胰管成像 (MRCP) 检查: CT、MRI 能清晰显示肝内外胆道扩张的范围和程度, 结石的分布、肿瘤的部位和大小等。MRCP 对胆道阻塞、狭窄等胆道内异常具有极高的特异性和敏感性。

2) 经皮肝穿刺胆管造影 (PTC): 可清楚地显示肝内外胆管病变部位、范围、程度和性质等, 必要时可置管引流胆汁。为有创检查, 可能发生胆汁漏、出血、脓毒血症等并发症, 造影前应注意检查凝血功能。

3) 内镜逆行胰胆管造影 (ERCP): 可直接观察十二指肠及乳头部的情况; 能收集十二指肠液、胆汁、胰液行实验室检查; 通过造影可显示胆道系统和胰腺导管的解剖和病变。

4. 心理-社会状况

病人对本次发病的心理状态，有无因反复发作而焦虑、烦躁等。家庭的经济承受能力及支持程度。病人对疾病的发展、治疗、护理措施及术后康复知识的了解程度。

5. 处理原则

(1)胆囊结石 胆囊切除是治疗胆囊结石的首选方法。手术方式包括腹腔镜胆囊切除术(LC)、开腹胆囊切除术、小切口胆囊切除术。首选 LC。手术切除病变的胆囊：手术时机最好在急性发作后缓解期为宜。

(2)肝外胆管结石 肝外胆管结石目前以手术治疗为主。常用手术方法有：①胆总管切开取石、T形管引流术（图19-4）；②胆肠吻合术(图19-5)；③Oddi括约肌成形术；④经内镜括约肌切开取石术。

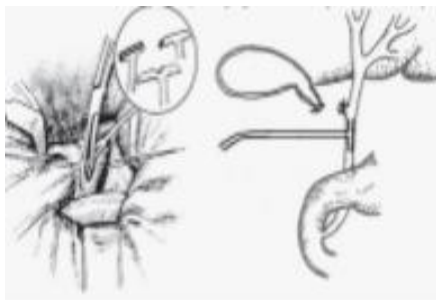


图19-4胆总管切开取石、T形管引流术



图19-5胆肠吻合术

(3)肝内胆管结石 是常见而难治的胆道疾病，主要采取手术治疗。手术方法有：胆管切开取石；胆肠吻合术；肝部分切除术等。

(四) 常见护理诊断/健康问题

(1)急性疼痛 与结石嵌顿致胆道梗阻、胆囊强烈收缩或胆管平滑肌及Oddi括约肌痉挛有关。

(2)体温过高 与胆道感染有关。

(3)营养失调 低于机体需要量与疾病消耗、进食减少、消耗增加有关。

(4)有皮肤完整性受损的危险 与胆汁酸盐淤积于皮下引起皮肤瘙痒及引流液刺激有关。

(5)焦虑 与胆道疾病病情反复发作、对手术的担忧等有关。

(6)潜在并发症 出血、胆瘘、感染等。

（五）护理措施

1. 术前护理

（1）病情观察 观察生命体征、神志及尿量的变化；观察腹部症状及体征变化。若出现寒战、高热、腹痛加重、黄疸等，应考虑发生急性胆管炎，需及时报告医师，积极处理。

（2）缓解疼痛 观察疼痛的部位、性质、发作时间、诱因及缓解因素，评估疼痛的程度；对诊断明确且疼痛剧烈者，遵医嘱给予消炎利胆、解痉镇痛药物；禁用吗啡，以免造成Oddi括约肌痉挛。

(3)降低体温 根据病人的体温情况，采用物理或(和)药物降温；遵医嘱应用足量有效的抗生素。

(4)维持营养状态 给予低脂、高蛋白、高碳水化合物、高维生素的半流质饮食或普通饮食。禁食或进食不足者，通过肠外营养途径给予补充。

(5)维持皮肤完整性 黄疸病人由于胆盐刺激可引起皮肤瘙痒，指导病人修剪指甲，不可抓挠皮肤；保持皮肤清洁，用温水擦浴，穿棉质衣裤；瘙痒剧烈者，外用炉甘石洗剂止痒。

(6) 特殊术前准备

1) 纠正凝血功能障碍：肝功能损害的病人，肌内注射维生素K110mg，每日2次，预防术后出血。

2) 拟行胆肠吻合术者：术前3日口服卡那霉素、甲硝唑等，术前1日晚行清洁灌肠。

3) LC手术前特殊准备：①皮肤准备：腹腔镜手术进路多在脐部附近，特别注意脐周的清洁，以预防感染。②呼吸道准备：LC术中需要将CO₂注入腹腔形成气腹，以提供手术操作所需空间，达到手术野清晰的目的。CO₂弥散入血可致高碳酸血症及抑制呼吸，因此，术前应指导病人进行呼吸功能训练；避免感冒、戒烟、预防呼吸道并发症，利于术后康复。

(7) 心理护理 胆囊结石反复发作，给病人造成焦虑情绪，要鼓励病人说出自己的想法。讲解疾病相关知识、治疗方法、疾病的预后。给病人以安全，使其放心接受和配合手术治疗。针对个体情况进行针对性心理护理。

2. 术后护理

(1) 病情观察 观察生命体征、腹部体征、伤口、引流情况，评估有无出血及胆汗渗漏。对于术前黄疸病人，观察并记录大便颜色，监测血清胆红素变化。

(2) 营养支持 术后禁食和胃肠减压期间，通过肠外营养途径补充足够的热量、氨基酸、维生素、水、电解质等，维持良好的营养状态。胃管拔除后，根据病人胃肠功能恢复情况，由无脂流质过渡到低脂饮食。

(3)LC手术后护理后 ①体位：LC手术多采取全身麻醉，病人手术后回病房先取平卧位，血压平稳后改半卧位。6小时后即可起床活动。②饮食：术后禁食6小时。24小时内饮食以无脂流质、半流、逐渐过渡至低脂饮食。③高碳酸血症的护理：人工气腹高压CO₂容易弥散入血引起高碳酸血症，表现为呼吸浅慢、PaCO₂升高。为避免高碳酸血症发生，LC术后常规低流量吸氧，鼓励病人深呼吸、有效咳嗽，促进体内CO₂排出。④肩背部酸痛不适的护理：CO₂刺激膈肌及胆囊创面可引起肩背部酸痛不适，一般无需特殊处理，可自行缓解。

(4) T形引流管护理

胆总管切开取石术后，在胆总管切开处放置T形管引流，一端通向肝管，一端通向十二指肠，由腹壁戳口穿出体外，接引流袋。

主要目的：①引流胆汁：胆总管切开后，可引起胆道水肿，胆汁排出受阻，胆总管内压力增高，胆汁外漏可引起胆汁性腹膜炎，膈下脓肿等并发症。②引流残余结石：将胆管及胆囊内残余结石，尤其是泥沙样结石排出体外，术后亦可经T形管溶石、造影等。③支撑胆道：避免术后胆总管切口疤痕狭窄、管腔变小、粘连狭窄等。

1) 妥善固定：术后除用缝线将T形管固定于腹壁外，还应用胶布将其固定于腹壁皮肤，末端连接引流袋。但不可固定于床上，以防因翻身、活动、搬动时牵拉而脱出。对躁动不安的病人应有专人守护或适当加以约束，避免将T形管拔出。

2) 保持有效引流：引流管不可高于腹部切口平面，改变体位时应特别注意，以防胆汁逆流引起感染。引流袋的位置也不可过低，以免使胆汁流出过量，影响脂肪的消化和吸收。T形管不可受压、扭曲、折叠，应经常挤捏管道，保持引流通畅。若术后1周内发现阻塞，可用细硅胶管插入管内行负压吸引。1周后，可用生理盐水加庆大霉素8万单位低压冲洗。

3) 观察并记录引流液的颜色、性质、量：正常成人肝细胞和胆管细胞每日分泌约800~1200ml胆汁，呈黄绿色或深绿色，清亮无沉渣，有一定黏性。术后24小时内引流量约为300~500ml，恢复饮食后，可增至每日600~700ml，以后逐渐减少至每日200ml左右。术后1~2日胆汁呈浑浊的淡黄色，以后逐渐加深、清亮，呈黄色。若胆汁突然减少甚至无胆汁流出，则可能管道有受压、扭曲、折叠、阻塞或脱出，应立即检查。若引流量多，提示胆道下端有梗阻的可能。

4) 预防感染：严格无菌操作，定期冲洗，定期更换无菌引流袋，引流管周围皮肤以无菌纱布覆盖，防止胆汁侵蚀皮肤引起红肿，糜烂。行T形管造影后，应立即接好引流管进行引流，以减少造影后反应和继发感染。

5) 拔管：T形管一般放置2周。病人黄疸消退，无腹痛、发热，大便颜色正常，胆汁引流量逐渐减少，颜色呈透明深绿色，无脓液、结石，无沉渣或絮状物，便可考虑拔管。拔管前夹管1~2日，如无不适，可在X线下行经T形管胆道造影，造影后开放引流管24小时以上，使造影剂完全排出后可予拔管。拔除后残留窦道用凡士林纱布填塞，1~2日可自行团合。如造影发现结石残留，则需保留T管6周以上，再作胆道镜取石或其他处理。

(5) 并发症的处理及护理 ①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，呈鲜色，或有血压下降、脉搏细速、面色苍白等休克征象，应立即与医师联系，并配合进行抢救。②胆瘘：由于胆管损伤、胆总管下端梗阻、T形管脱出所致。注意观察腹腔引流情况，及有无胆汁性腹膜炎。若术后或次日腹腔引流管引流出胆汁或出现发热、腹痛、黄疸等症状，应疑有胆瘘，立即与医师联系并协助处理。

(6) 心理护理 根据病人文化层次和疾病情况的不同，告知各种治疗的必要性、目的及配合方法，告知术后可能出现的不适及干预措施，在进行各种治疗、护理的操作前、后和操作过程中与病人进行有效沟通，积极配合治疗

3. 健康指导

- (1) 指导病人选择低脂、高糖、高蛋白、高维生素易消化的饮食，做到“四忌”，即忌高胆固醇类食物、忌高脂肪性食物、忌暴饮暴食、忌烟酒咖啡。
- (2) 鼓励病人树立战胜疾病的信心，养成良好生活规律，避免劳累及精神高度紧张。
- (3) 非手术治疗的病人，应遵医嘱坚持治疗，按时服药。告知中年以上的胆囊结石病人，应定期复查或尽早行胆囊切除术，以防胆囊癌发生。

T形管护理指导 做好带T形管出院病人的护理指导：①向病人及家属解释T形管的重要性。②尽量穿宽松柔软的衣服，以防引流管受压。③沐浴时采用淋浴，用塑料薄膜覆盖置管处，以防增加感染的机会。④在T形管上标明记号，以便观察其是否脱出。避免提举重物或过度活动，防止T形脱出。⑤引流管口每日换药1次，周围皮肤涂氧化锌软膏加以保护。若敷料渗湿，应立即更换。⑥每日在同一时间排出引流袋内引流液，观察并记录其颜色、量和性状，引流袋每周更换1次；⑦若发现T形管脱出或突然无液体流出以及身体不适等，应及时就医。

二、胆道感染病人的护理

胆道感染是指胆囊壁和(或)胆管壁受到细菌的侵袭而发生的炎症反应。按发病部位分为胆囊炎和胆管炎。胆道感染和胆石病互为因果关系，胆石症可导致胆道梗阻，引发胆汁淤滞，细菌繁殖，从而造成胆道感染。胆道感染反复发作又是胆石形成的重要致病因素和促发因素。

(一) 病因及发病机制

1. 急性胆囊炎 急性胆囊炎是胆囊管梗阻和细菌感染引起的急性胆囊炎症。约95%以上病人有胆囊结石，称结石性胆囊炎；约5%的病人无胆囊结石，称非结石性胆囊炎。

(1) 胆囊管梗阻：多由结石引起。当胆囊管突然梗阻，存留在胆囊内的胆汁排出受阻、淤滞、浓缩，高浓度的胆盐可损伤胆囊黏膜，引起急性炎症改变；结石嵌顿也可直接损伤黏膜引起炎症反应。当胆囊内已有细菌存在时，胆囊的炎症过程将加快并加重。

(2) 细菌感染：细菌主要通过胆道逆行进入胆囊，也可经血液或淋巴途径进入，在胆汁流出不畅时引起感染。主要致病菌是革兰阴性杆菌，常合并厌氧菌感染。

(3) 多因素相互作用：如严重创伤、烧伤、长期胃肠外营养、大手术后等，胆囊内胆汁淤滞和缺血可能是发病的原因。

2. 慢性胆囊炎 慢性胆囊炎是胆囊持续的、反复发作的炎症过程，90%的病人有胆囊结石。

3. 急性梗阻性化脓性胆管炎 (AOSC) 又称急性重症胆管炎。其发病基础是胆道梗阻及细菌感染。最常见的梗阻原因是肝内外胆管结石，其次是蛔虫和胆管狭窄。病人多有胆道疾病病史和(或)胆道手术史。胆道梗阻时，胆盐不能进入肠道，易造成细菌移位致急性化脓性炎症。细菌感染的途径为经十二指肠逆行进入胆道或经门静脉系统入肝到达胆道。

(二) 病理生理

1. 急性胆囊炎 急性胆囊炎开始时均有胆囊管的梗阻，胆囊管梗阻使胆汁淤积，胆囊内压力增高，胆囊肿大，黏膜充血水肿、渗出增多，此时为急性单纯性胆囊炎；若梗阻未解除或炎症未控制，病变波及胆囊壁全层，胆囊壁充血、水肿加重，出现瘀斑或脓苔，部分黏膜坏死脱落，甚至浆膜也有纤维素和脓性渗出物，即为急性化脓性胆囊炎；若梗阻仍未解除，胆囊内压力继续升高，胆囊壁血管受压导致血液循环障碍，整个胆囊呈片状缺血坏死，即为急性坏疽性胆囊炎；坏疽性胆囊炎常并发胆囊穿孔。

2. 慢性胆囊炎 由于胆囊受炎症和结石的反复刺激，胆囊壁炎性细胞浸润和纤维组织增生，胆囊壁增厚，可与周围组织粘连，最终胆囊萎缩，完全失去其生理功能。

3. 急性梗阻性化脓性胆管炎 AOSC的基本病理变化是胆管梗阻和胆管内化脓性感染。胆管梗阻及随之而来的感染引起梗阻以上胆管扩张、黏膜肿胀，梗阻进一步加重并趋向完全性；胆管内压升高，胆管壁充血、水肿，黏膜糜烂，形成溃疡，胆管内充满脓性胆汁；胆道内压力继续升高，当超过30cmH₂O时，胆管内细菌和毒素即可逆行入肝窦，引起严重的脓毒血症、感染性休克，甚至MODS。

(三) 护理评估

1. 健康史

了解病人的年龄、性别、职业、居住地及饮食习惯。
既往有无类似疾病发作史，治疗及检查情况

2. 身体状况

1) 急性胆囊炎

(1) 症状：①腹痛：常于饱餐、进油腻食物后，或在夜间发作。典型的表现为阵发性右上腹剧烈绞痛，常向右肩背部放射。②消化道症状：常伴恶心、呕吐、食欲缺乏、腹胀、腹部不适等消化道症状。③发热：如胆囊积脓、坏疽、穿孔，常表现为畏寒、发热。

(2) 体征：右上腹部有不同程度、范围的压痛和肌紧张，Murphy征阳性(检查者将左手置于病人右肋部，拇指放在右腹直肌外缘和肋弓交界处，嘱病人深吸气，使肝脏下移，若病人因拇指触及肿大的胆囊引起疼痛而突然屏气，称为Murphy征阳性)。若胆囊穿孔，则出现急性弥漫性腹膜炎症状和体征。

2) 慢性胆囊炎

临床表现常不典型，多数病人曾有典型的胆绞痛病史。表现为上腹部饱胀不适、厌食油腻、暖气等消化不良症状以及右上腹和肩背部隐痛。

3) 急性梗阻性化脓性胆管炎

病人多有胆道疾病史或胆道手术史。该病起病急骤，病情进展快。临床表现除具有一般胆道感染的夏柯(Charcot)三联症（腹痛、寒战高热、黄疸）外，还可出现休克、中枢神经系统抑制的表现，称雷诺(Reynolds)五联症。严重者可在短期内出现代谢性酸中毒、感染性休克的表现。若不及时救治可在短期内迅速死亡。

3. 辅助检查

1) 急性胆囊炎

(1) 实验室检查：血常规可见白细胞计数升高，中性粒细胞比例升高。部分病人可有血清转氨酶、碱性磷酸酶、血清胆红素增高。

(2) 影像学检查：B超检查显示胆囊增大，胆囊壁增厚，大部分可探及胆囊内有结石光团。CT检查、MRI检查可协助诊断。

2) 慢性胆囊炎 B超检查显示胆囊壁增厚，胆囊缩小或萎缩，排空功能减退或消失，常伴有胆囊结石。

3) 急性梗阻性化脓性胆管炎

(1) 实验室检查：白细胞计数升高，可超过 $20 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比例明显升高。肝功能出现不同程度损害，凝血酶原时间延长。

(2) 影像学检查：B超检查显示肝和胆囊增大，肝内外胆管扩张，胆管内有结石光团。CT检查、内镜逆行胰胆管造影(ERCP)可协助诊断。

4. 心理-社会状况

评估病人对本次发病的心理状态，有无因反复发作而焦虑、烦躁。评估其家庭的经济承受能力及支持程度。评估病人对疾病的发展、治疗、护理措施及术后康复知识的了解程度。

5. 处理原则

1) 急性胆囊炎 主要治疗措施为非手术治疗和手术治疗。

(1) 非手术治疗：包括禁食和(或)胃肠减压、补液、解痉止痛、应用抗生素控制感染及全身支持。

(2) 手术治疗 ①胆囊切除术：目前首选腹腔镜胆囊切除术。②对于一般情况较差、手术难度大，尤其是老年病人，可先行经皮经肝胆囊穿刺术，待病人情况好转后行二期手术切除胆囊。

2)慢性胆囊炎 临床症状明显，并伴有胆囊结石者应行胆囊切除术。

3)急性梗阻性化脓性胆管炎 紧急手术解除胆道梗阻，及时而有效地降低胆道压力。

(1) 非手术治疗：既是治疗的手段，又是术前准备措施。①联合应用足量有效的广谱抗生素。②纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱。③恢复血容量，纠正休克；应用肾上腺糖皮质激素，血管活性剂，改善通气功能。④对症给予解痉、止痛剂，应用维生素K1等处理。

(2) 手术治疗：首要目的在于抢救病人生命，手术应力求简单有效。常采用胆总管切开减压、取石、T形管引流。

(3) 胆管减压引流：常用方法有经皮肝穿刺胆管引流、经内镜鼻胆管引流术，当胆囊肿大时，亦可行胆囊穿刺置管引流。

(四) 常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与结石突然嵌顿、胆囊或胆管强烈收缩及继发感染有关。
2. 体液不足 与呕吐、禁食、胃肠减压及感染性休克等有关。
3. 体温过高 与胆道感染有关。
4. 营养失调 低于机体需要量 与呕吐、进食减少或禁食、应激消耗等有关。
5. 潜在并发症 胆囊穿孔、胆道出血、胆瘘、多器官功能障碍或衰竭等。

(五) 护理措施

1. 术前护理

1) 病情观察 观察生命体征、神志及尿量的变化；观察腹部症状及体征变化。若出现寒战、高热、腹痛加重、腹痛范围扩大、血压下降、意识障碍等，应及时报告医师，并配合抢救及治疗。

2) 缓解疼痛 嘱病人卧床休息，取舒适的体位；指导病人进行有节律的深呼吸，以达到放松和减轻疼痛的目的。对诊断明确且疼痛剧烈者，遵医嘱给予解痉、镇静和止痛，常用盐酸哌替啶50mg、阿托品0.5mg 肌肉注射，但勿使用吗啡，以免造成Oddi括约肌收缩，增加胆道压力。

3) 维持体液平衡

- (1) 加强观察：严密监测生命体征及循环状况，如血压、脉搏、每小时尿量，准确记录24小时出入水量。
- (2) 补液扩容：有休克者，应迅速建立静脉通路，尽快恢复血容量；必要时应用血管活性药物，改善和保证组织器官的血液灌注。
- (3) 纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱：根据病情、中心静脉压及每小时尿量等，遵医嘱补液，安排输液顺序和速度，维持水、电解质及酸碱平衡。

- 4) 降低体温 根据病人体温升高的程度，采用温水擦浴、冰敷等物理降温或药物降温。遵医嘱用抗生素控制感染，使体温恢复正常。
- 5) 维持营养状态 病情轻者可给予清淡饮食。病情严重需要禁食和胃肠减压者，可经肠外营养途径补充足够的热量、氨基酸、维生素、水、电解质等，维持良好的营养状态。
- 6) 心理护理 解释各种治疗的必要性、手术方式、注意事项；鼓励病人表达自身感受；剧烈的疼痛和病情恶化常给病人心理造成很大的恐惧，要用亲切的语言予以安慰、鼓励。并教会病人自我放松的方法；鼓励病人家属和朋友给予病人关心和支持。

2. 术后护理

- 1)病情观察 观察生命体征、腹部体征及引流情况，血清胆红素变化。
。
- 2)饮食护理 术后禁食，待胃肠功能恢复、出现肛门排气、无腹痛腹胀不适，可由流质饮食逐步过渡到正常饮食，食物应清淡易消化、低脂，忌油腻及饱餐。
- 3)T形引流管护理 参见本章“胆石症病人的护理”。
- 4)并发症的观察及护理 参见本章“胆石症病人的护理”。
- 5) 心理护理 参见本章“胆石症病人的护理”。

3. 健康指导

- 1) 合理作息 合理安排作息时间，劳逸结合，避免过度劳累及精神过度紧张。
- 2) 合理饮食 禁忌油腻食物，避免暴饮暴食，宜少量多餐。
- 3) 疾病预防指导 告知病人胆囊切除术后出现消化不良、脂肪性腹泻的原因，解除其焦虑情绪。如果出现黄疸、陶土样大便应及时就诊。
- 4) 定期复查 行胆囊造瘘术的病人，遵医嘱服用消炎利胆药物，按时复查，以确定是否行胆囊切除手术。出现腹痛、发热、黄疸等症状及时就诊。
- 5) T形管护理指导 参见本章“胆石症病人的护理”。

三、胆道蛔虫病病人的护理

胆道蛔虫病是指肠道蛔虫上行钻入胆道后所引起的一系列临床症状。以青少年和儿童多见，随着卫生条件的改善，近年来本病发病率明显下降。

(一) 病因和病理

蛔虫有钻孔习性，喜碱性环境。驱蛔不当、发热、胃肠道功能紊乱等原因，使寄生在小肠中下段的蛔虫因寄生环境改变或受到刺激而向上窜动，可经十二指肠乳头钻入胆道，Oddi括约肌受到刺激而发生强烈痉挛，导致上腹部阵发性剧烈绞痛；蛔虫将肠道细菌带入胆道，可引起胆管炎症，甚至细菌性脓肿；如果蛔虫阻塞胰管开口，可引起急性胰腺炎；蛔虫可经胆囊管钻入胆囊，引起胆囊穿孔；还可损伤胆道黏膜，引起胆道出血；蛔虫的虫体或虫卵均可作为核心，引起胆道结石。

(二) 护理评估

1. 健康史

了解病人的年龄、性别、文化程度、生活环境、生活习惯、卫生观念等；了解以前是否有过肠道蛔虫病史；了解近期是否有使用驱虫药、发热、胃肠道疾病等。

2. 身体状况

1) 症状 典型症状为突然发生在剑突右下方的阵发性“钻顶样”绞痛。绞痛发作突然，且异常剧烈，无法忍受，病人多坐卧不安，呻吟不止，面色苍白，大汗淋漓，常伴有呕吐，有时呕出蛔虫。疼痛可突然缓解，间歇期宛如正常人。如蛔虫全部进入胆道，则疼痛性质转为钝痛。继发感染时，可有畏寒、发热和白细胞计数增高。

2) 体征 其体征轻微，腹软，仅在剑突右下方深部可有轻度压痛。如伴有梗阻和继发感染，可有肝脏肿大和轻度黄疸。

3. 辅助检查

B超检查可显示虫体，是首选的检查方法。

4. 心理-社会状况

了解病人对本次疾病的认识程度及心理反应。

5. 处理原则

以非手术治疗为主，仅在非手术治疗无效或出现严重并发症时才考虑手术。

(1) 非手术治疗 ①解痉止痛；②利胆驱蛔；③抗感染；④ERCP取虫。

(2) 手术治疗 采用胆总管探查取虫及T形管引流；有合并症时选用相应术式。

(三) 常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与蛔虫刺激致Oddi括约肌痉挛有关。
2. 知识缺乏 缺乏饮食卫生知识及胆道蛔虫病相关知识。

(四) 护理措施

1. 术前护理、手术前护理措施

参见本章“胆石症病人的护理”。

2. 健康指导

- (1) 饮食及卫生指导：养成良好的饮食及卫生习惯，不喝生水，蔬菜要洗净煮熟，水果应洗净削后吃，饭前便后要洗手。
- (2) 用药指导：驱虫药应于清晨空腹或晚上临睡前服用，用药后注意观察大便中是否有排出。



谢谢观看

