

# 32例胆囊癌患者行根治性手术围术期观察与护理

朱爱苹<sup>1\*</sup> 范文娟<sup>2</sup>

1. 上海市杨浦区新江湾城社区卫生服务中心, 上海 200082

2. 海军军医大学第三附属医院胆道二科, 上海 200438

**摘要:**目的: 探讨胆囊癌行根治性手术患者的围手术期护理方法。方法: 回顾性分析32例行胆囊癌根治性手术治疗患者的临床资料, 总结术前评估、心理护理、合并症处理、病情观察、并发症的护理要点。结果: 本组32例患者手术治疗后均康复出院, 平均住院天数18.5天。术后出现并发症8例, 其中腹腔积液4例, 腹腔感染1例, 胆漏1例, 切口感染1例, 胸腔积液1例, 术后并发症为25%。结论: 胆囊癌手术具有一定的风险, 重视围手术期的积极处理, 加强围手术期护理, 术前及时处理合并症, 术后严密监测生命体征, 做好预见性护理, 确保围手术期安全, 减少并发症是重要关键。

**关键词:** 胆囊癌; 根治性手术; 护理

## 一、前言

原发性胆囊癌是胆道系统常见的恶性肿瘤<sup>[1]</sup>。发病率在我国占消化道肿瘤第5~6位, 位于胆道肿瘤的首位<sup>[2]</sup>。手术是目前临床治疗胆囊癌的首选方法, 也是唯一可能治愈的治疗方法, 但由于胆囊癌解剖位置较特殊, 且易发生转移和局部组织浸润, 致使胆囊癌患者手术创伤大<sup>[3]</sup>。如何提高手术的成功率, 降低术后并发症, 缩短患者住院时间, 降低住院费用, 围术期护理在其中是不可或缺的重要的一环, 现将32例行胆囊癌根治术患者的护理体会总结如下。

## 二、资料与方法

### (一) 临床资料

回顾性分析2018年1月至2019年1月在我院胆道外科行根治性手术治疗胆囊癌患者32例的临床资料, 其中女24例, 男8例, 年龄40~80岁, 平均年龄62.5岁。病理诊断: 胆囊腺癌28例, 腺鳞癌1例, 透明细胞癌1例, 黏液腺癌1例, 胆囊乳头状肿瘤1例。其中术前合并高血压8例, 糖尿病2例, 房扑1例。

### (二) 手术方式

均在全麻下行标准胆囊癌根治术, 其中有3例患者行胆囊癌扩大根治术。

### (三) 结果

术后出现并发症8例, 其中腹腔积液4例, 腹腔感染1例, 胆漏1例, 切口感染1例, 胸腔积液1例, 术后并发症为25%。经积极治疗, 均康复出院, 住院天数11~62天, 平均住院18.5天。

## 三、围术期护理

### (一) 术前评估

#### 1. 一般状况评估

术前了解患者的全身情况, 询问病史。在刚入院时进行护理体检, 评估患者的生理、心理、皮肤、营养状况, 且给予疼痛评分和深静脉血栓评分、询问有无贫血或出血倾向、服药史、药物过敏史等。了解患者合并症情况, 并进行护理记录, 本组患者中术前合并高血压8例, 糖尿病2例, 房扑1例, 有11例患者伴有不同程度的皮肤巩膜黄染。

#### 2. 术前讨论

护士长与责任护士参与每位患者的术前病例讨论, 再次对患者的全身情况作详细的评估, 了解患者目前状况及准备实施的手术方式, 并提醒医生该患者的异常指标和合并症情况, 对手术可能出现的情况与术后并发症及其处理做到心中有数, 完成该患者的护理术前评估并制定详细的护理计划。

#### 3. 心理护理

由于疾病侵害, 常常会导致患者食欲不佳, 有些患者会出现不同程度的皮肤巩膜黄染, 让其觉得自己异于常人, 常常自卑, 多数在求医过程中不愿多说话。这时责任护士应该与患者做好心理护理, 可以选择在晨晚间护理或者进行

\*通讯作者: 朱爱苹, 1980年8月, 女, 汉族, 江苏南通人, 现任上海市杨浦区新江湾城社区卫生服务中心护师, 主管护师, 本科。研究方向: 临床护理。

各项治疗的同事,充分了解患者的心理体验,并鼓励患者及家属说出自己的想法和建议,评估心理状态,针对性给予个体化心理疏导和支持。本组当中有3例是在当地医院行腹腔镜胆囊切除术后意外发现胆囊癌的患者,术后再来我院求医,针对此患者更要加强心理疏导,允许家属陪伴。本组60岁以上的老年患者有21例,多数老年人性情孤僻、固执、多疑,心理承受能力较弱,所以更需要耐心,细心。因此在做好心理护理的同时综合分析患者的生理心理特点,做好预见性护理工作,加强提高护理安全管理。

#### 4. 合并梗阻性黄疸的护理

胆囊癌常可导致肝门部胆管侵犯,有报道胆囊癌并发黄疸发生率高达50%左右<sup>[4]</sup>,本组患者术前有11例梗阻性黄疸分别行ERCP、PTCD穿刺引流减黄处理并营养支持治疗,待肝功能及营养状况改善后再手术。对伴随皮肤瘙痒的患者,做好相关宣教:避免抓皮肤的动作,禁用肥皂、热水烫洗以免引起皮肤感染,可用指腹摩擦瘙痒处或用温水轻轻擦洗并外涂止痒药膏。着通气性好、柔软的棉织品类内衣裤,避免食用刺激性食物,调整室内温度至正常范围,以免因湿度不适而加重皮肤损伤。转移患者注意力,如:听音乐,阅读书籍或聊天等,以减轻皮肤瘙痒感。并告知是胆盐刺激皮肤的感觉神经末梢导致,胆道梗阻解除,症状就会消失。

#### 5. 合并症的护理

术前完善各种检查,心、肺、肾脏器功能进行全面详细的检查,充分评估其对手术的耐受情况,积极治疗术前合并症。合并高血压患者应监测血压情况并积极抗高血压治疗,对于血压控制不良的患者积极邀请心内科会诊,根据会诊意见将血压控制在理想范围内。合并糖尿病患者密切监测血糖,了解患者进食情况,控制餐后两小时血糖在11 mmol/L左右。合并房扑的患者请心内科专家医生会诊,按照会诊意见及时用药控制,围手术期并未发生房扑。

#### (二) 术中护理

术前准备在病房准备好后由责任护士通知手术室护士来接患者,手术室护士态度要亲切、语言要和蔼,及时询问患者有无不适并进行调整,充分尊重患者感受,增强患者接受手术的信心。在摆放体位时,考虑患者的舒适度,在骨突处垫软枕、在尾骶部皮肤处加以保护、预防压疮的发生。在术中行插管全麻时,巡回护士要密切观察患者生命体征及体位情况,保证输液管道通畅,防止术中各种并发症的发生。配合医生及时送检术中冰冻病理。

#### (三) 术后护理

##### 1. 卧位要求

术后患者全麻未清醒时给予去枕平卧,头偏向一侧。完全清醒后取半卧位。术后密切加强巡视,等患者全麻清醒后,及时询问患者的感受,每两小时给予翻身,骨缝部位给予垫小软枕,保持舒适卧位。全麻清醒后6 h开始指导患者进行被动活动。下肢活动:旋转脚踝、绷紧脚尖、对抗蹬腿,按摩下肢肌肉等等;上肢运动:屈伸、握拳、画圈运动等等,每日3~4次,每次5 min左右,以患者不感觉到疲惫为宜;床上抬臀需循序渐进:术后第1 d, 24 h内指导抬臀50次,第2 d抬臀50~100次,第3 d抬臀100~200次,需注意抬臀次数以分组完成,每组5~10次为佳,距离以离开床面一个拳头为宜,术后3~4天协助患者下床活动。

##### 2. 生命体征的观察

术后当天密切观察患者的生命体征变化,测量血压、脉搏、血氧饱和度1/30 min,正常后改为q2 h,并仔细倾听患者的主诉,如有异常及时报告医生,本组高血压患者术后使用硝酸甘油微泵控制血压,血压控制稳定。术后注意患者体温情况,本组患者中有1例出现高热持续症状,询问患者腹痛不明显,B超检查诊断为腹腔感染,行穿刺引流置管术,加强广谱抗生素及营养支持疗法一周后治愈。

##### 3. 镇痛剂或镇痛泵的使用指导

指导自控镇痛泵的正确使用方法,减轻疼痛,保证充分的睡眠,足够的休息,避免患者用力,必要时遵医嘱给予止痛剂。

##### 4. 引流管的护理

根据患者病情以及手术情况,术中会放置各种引流导管,如胃管、尿管、颈静脉置管、腹腔单腔管、腹腔双套管等导管。返回病房后应该正确标识,用红色记号笔在出皮肤处标记,不同引流管黏贴不同颜色的醒目标签,注明引流管名称,用固定夹双固定导管,S勾悬挂引流袋于床边或衣服上,防止导管移位滑脱,并做好导管宣教,指导患者翻身或活动时防止各引流管是否扭曲、受压、打折,妥善固定,仔细、按时巡视病房,确保管道在位通畅,认真交接班。严格无菌技术,防止感染发生。严密观察各引流管的量、颜色、性质等,如有异常,及时报告医生。

##### 5. 并发症的观察护理

###### (1) 腹腔积液、腹腔感染

是胆道手术后常见并发症。术后积极行影像学检查来判断腹腔内有无感染病灶存在（化脓性渗出、脓肿等）。患者高烧、腹痛、腹胀，肠音减弱，进食不佳，身体逐渐消瘦，发生贫血、低蛋白血症等。严重者发生中毒性休克，导致肺、肾、心等多器官功能衰竭死亡。护理要点：各种操作都要求无菌操作，术前遵医嘱给予抗生素；保持腹腔引流管引流通畅，若引流液堵塞，应及时用生理盐水冲洗；遵医嘱重视抗生素的合理应用；一旦确定腹腔积液或感染，积极行腹腔积液进行培养，保持引流管通畅；加强全身营养支持疗法，遵医嘱输注血液、血浆、白蛋白，静脉高营养等。

#### （2）胆漏

多表现为腹痛、腹胀和高热，多见于术后5~10天。临床表现为腹腔引流管内有胆汁样液体流出，部分患者胆瘘的引流液含有较多的渗出液和肠液，需要检查引流液中胆红素浓度和胰酶浓度来诊断。本组患者并发1例胆漏，经积极充分引流，保护引流管周围皮肤，加强全身营养支持疗法，1周后胆漏量逐渐减少，带管出院回家休养。

#### （3）切口感染

密切观察患者病情，切口感染发生的时间大多在术后7~10 d，如手术后3~4 d，患者体温由正常再次上升，且切口处肿痛，应立即进行相应的检查。要对患者分泌物、体液进行细菌培养和药敏实验，根据具体结果选择抗生素，对光谱抗生素的使用要谨慎。术后切口感染要做到早期发现，勤换药，保持手术切口的清洁。严格无菌技术操作，引流管每天更换，减少切口感染的发生。监测体温变化。本组患者发生1例切口感染经过1个月的治疗好转出院。

#### （4）胸腔积液

淋巴液回流不畅、炎症反应渗出和漏出液，肝脏手术中游离肝脏韧带破坏淋巴管，导致淋巴液回流受阻引起胸腔积液<sup>[5]</sup>。本组患者发生1例胸腔积液，发生在术后7天，有轻微咳嗽，低热症状，未行穿刺引流，加强全身营养支持，给予高蛋白饮食，监测体温变化，出院前行B超检查提示胸腔积液自行吸收。林平顺等<sup>[6]</sup>报道，围手术期积极纠正低蛋白血症，其能有效预防胸腔积液的发生。

### 四、讨论

胆囊癌在胆囊恶性肿瘤中占首位，近年来，随着人们生活方式的不断变化及经济水平的不断发展，胆囊癌的发病率逐年上升<sup>[7]</sup>。一般研究表明，早期诊断及根治性手术对于改善患者预后，提高生存质量意义重大。但是胆囊癌早期无特异性症状和体征，常表现为患者已有的胆囊或肝脏疾病，甚至是胃病的临床特点，易于忽视<sup>[8]</sup>。往往耽误手术的最佳时期，一旦发现，手术范围广，护理难度大，术后并发症多是该病的特点。所以做好围手术期护理意义重大，术前充分评估，加强心理护理，取得患者及家属信任，加强围术期并发症的观察、预防和护理是保证胆囊癌患者行根治性手术康复的重要措施。

### 五、结论

胆囊癌的病因目前尚不明确，但是初步确认，多数是由于胆囊受到慢性炎症或结石刺激引起，所以尽量避免胆囊炎或胆囊结石的发生。规律进食，少吃油腻食物，多吃新鲜的蔬菜水果，多饮水。加强体育锻炼，保持良好的生活习惯，定期体检，便于发现疾病，可以早期进行治疗。

#### 参考文献：

- [1]吕振琪,刘莹,张向楠.胆囊癌的诊断与误诊分析[J].中国实验诊断学,2012,16(6):1145-1146.
- [2]张淑荣.普外科患者腹部切口感染因素及护理[J].医学信息,2008,21(8):1430.
- [3]邱应和,刘辰,易滨.181例进展期胆囊癌外科治疗的预后分析[J].中华肝胆外科杂志,2010,16(9):655-658.
- [4]Feng FL,Liu C,LI B,etal.Role of radical resectIon In patlents wIth gallbladder carClnoma and jaundIce [J].ChInese Med J(Engl),2012,125(5):752-756.
- [5]彭南海,马嫦娥,陈月英.老年腹部创伤患者术后深静脉血栓高危风险的筛查及护理[J].中华护理杂志,2013,48(6):494-495.
- [6]林平顺,吴晓篁,朱志英.肝癌合并门静脉癌栓行半肝切除加取癌栓术的围手术期护理[J].现代临床护理,2014,13(8):44-47.
- [7]陈华强.胆囊癌临床分期手术方式与预后的相关性分析[J].中临床医学,2015,11(35):67-68.
- [8]施维锦.胆道外科学[M]第3版.北京:科学出版社,2010:381-395.