



# 肝破裂医疗护理查房 汇总

# 大纲

1

肝破裂  
有关知识

2

病史报告

3

护理要点

# 肝破裂有关知识

1

定义

2

病理生理

3

临床体现

4

治疗原则

# 肝脏解剖

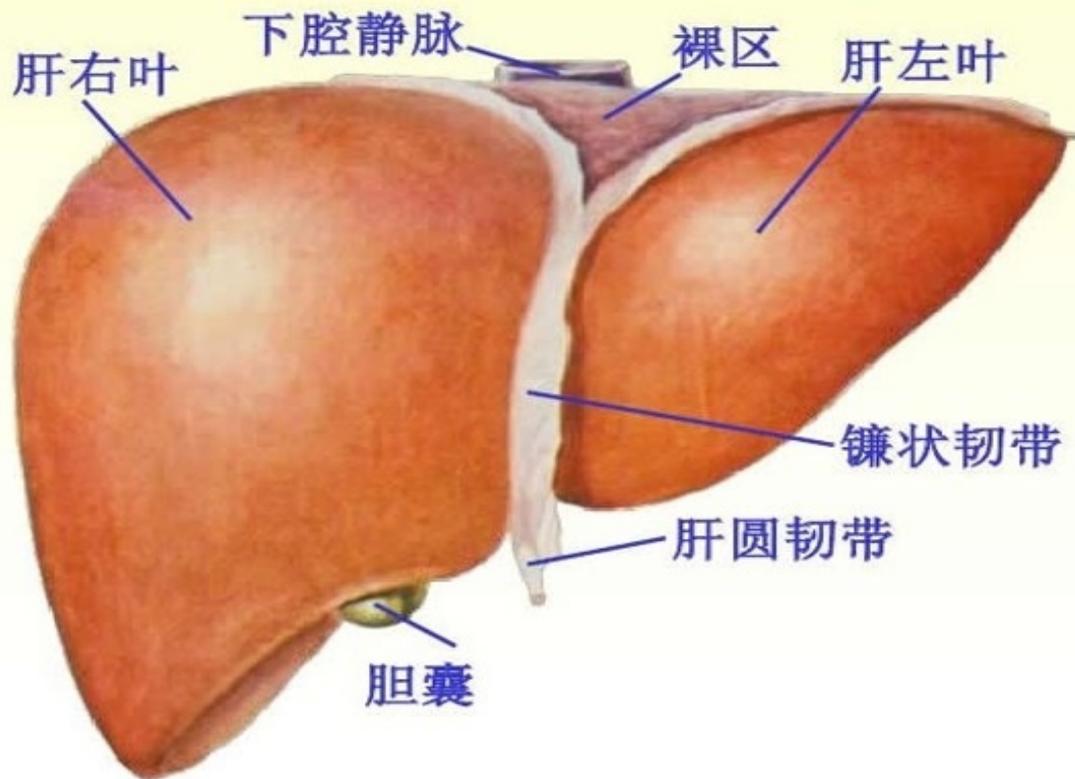
## 第七节 肝

肝是人体内最大的腺体，分泌胆汁、参与营养物质的合成、转化与分解，参与激素、药物等物质的转化与解毒，具有造血、吞噬、防御等功能。

### 一、肝的形态

#### 膈面

镰状韧带  
冠状韧带  
三角韧带  
肝左叶  
肝右叶  
裸区



# 定义

**肝破裂** (liver rupture)：占多种腹部损伤的15%-20%，右肝破裂较左肝多见。多由暴力撞击、高空坠落或利器穿透腹腔引起肝实质撕裂或挫伤。

肝脏位于右侧膈下和季肋深面，受胸廓和膈肌保护，一般不易损伤，但因为肝脏质地脆弱，血管丰富，而且被周围的韧带固定，因而也轻易受到外来暴力或锐器刺伤而引起破裂出血。在肝脏因病变而肿大时，受外力作用时更易受伤。

肝损伤后常有严重的出血性休克，并因胆汁漏入腹腔引起腹膜炎和继发感染。

# 肝破裂病理生理

有关肝损伤的分级措施，目前尚无统一原则。

1994年美国创伤外科协会提出如下分级法：

- I 级： 血肿： 包膜下， <10%表面面积  
裂伤： 包膜撕裂， 实质裂伤深度<1cm
- II 级： 血肿： 包膜下， 10%-50%表面面积， 血肿直径<10cm  
裂伤： 包膜撕裂， 实质深度1-3cm， 长度<10cm
- III 级： 血肿： 包膜下， >50%表面面积； 包膜下血肿破裂伴活动性出血； 实质内>10cm或仍在扩张； 裂伤深度>3cm
- IV 级： 血肿： 实质内血肿破裂伴活动性出血  
裂伤： 实质破裂， <50%肝叶受累
- V 级： 裂伤： 实质破裂， >50%肝叶受累  
血管： 近肝静脉损伤， 即肝后下腔静脉/肝静脉主支
- VI 级： 血管： 肝撕脱。

## 国内常用一般采用的损伤分级法：

I级：肝裂  
伤深度不超  
出3cm

II级：伤及  
肝动脉、门  
静脉、肝胆  
管的2-3级  
分支

III级或中央  
区伤：伤及  
肝动脉、门  
静脉、肝总  
管或其一级  
分支合并伤

# 肝外伤的病理分类

①肝破裂：肝包膜和实质均裂伤

②包膜下血肿：实质裂伤但包膜完整

③中央型裂伤：深部实质裂伤，可伴有或无包膜裂伤。肝被膜下破裂也有转为真性破裂的可能，但中央型肝破裂则更易发展为继发性肝脓肿

# 临床体现

1、**失血性休克** 体现为面色苍白、口渴、烦躁、脉搏增快、血压骤降等。休克是肝破裂患者院前、急诊室、手术室死亡的主要原因。

2、**腹膜炎** 绝大多数肝破裂患者有腹痛、腹胀、腹部压痛、反跳痛、肌紧张、肠鸣音消失、恶心、呕吐等腹膜炎症状体征。创伤肝周围积血及胆汁刺激膈肌，可呈现右上腹、右下腹痛及右肩痛。肝破裂腹腔大量积血可引起严重腹胀，移动性浊音。肝包膜下血肿可能无明显腹膜炎症状体征，仅有肝浊音界增大。

3、血液经胆道进入十二指肠，可出现**呕血或黑便**。

# 知识链接—休克指数

➤ **休克指数：** 脉率/收缩压=0.5

休克指数 < 1……血容量损失 < 20%

休克指数  $\approx$  1……失血 20%~30%，轻度休克

休克指数 > 1……休克

> 1.5 ……严重休克，失血量 30% ~ 50%

> 2 ……重度休克，失血量 > 50%

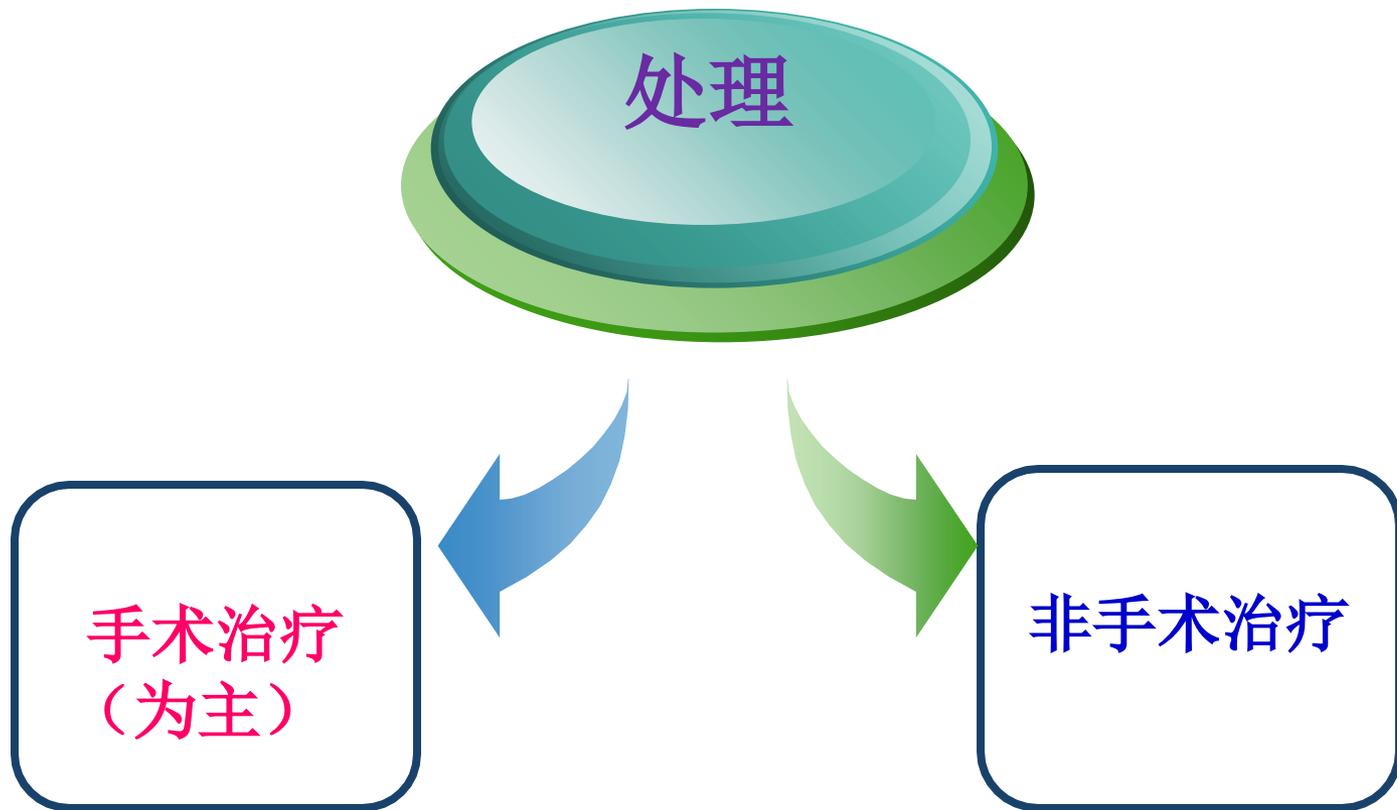
# 辅助检验

阳性率均可达90%以上。尤其是有多处伤而腹部体征尚不够明显时，腹腔穿刺可帮助作出腹腔内出血的诊疗。如能抽出不凝固的血液，即为阳性。

血常规显示红细胞、血红蛋白、红细胞比容等明显下降，白细胞计数可有不同程度升高



# 治疗措施



# 手术治疗

以手术治疗为主。

- ❖ 原则是彻底清创、确切止血，消除胆汁溢漏和建立通畅的引流。
- ❖ 对粉碎性肝破裂或严重肝挫伤者，可将损伤的肝组织做整块切除或肝叶切除术，但应尽量保存健康的肝组织。
- ❖ 出现下列情况时应及时手术：
  - 1、失血量超出全身血容量的40%；
  - 2、循环复苏后又继续出血；
  - 3、伴有其他脏器损伤；
  - 4、非手术治疗过程中，一旦出现病情变化，如血压不稳定、心率加紧、腹胀和腹膜刺激征加重，应立即改行手术治疗。

# 非手术治疗的指征

- ①入院时患者神志清楚，能正确回答医生提出的问题  
和配合进行体格检验。
- ②血液动力学稳定，收缩压在**90mmHg**以上，脉率  
低于**100**次/分。
- ③无腹膜炎体征。
- ④**B超或CT**检验拟定肝损伤为轻度( I ~ II度)，生命  
体征平稳。
- ⑤未发觉其他内脏合并伤。

# 护理要点

## 初步护理

- 1、基础护理
- 2、抗休克治疗
- 3、合并伤护理

## 术前护理

- 1、心理护理
- 2、术前准备

## 术后护理

- 1、基础护理
- 2、气道护理
- 3、管道护理
- 4、皮肤护理
- 5、心理护理
- 6、并发症

# 病史报告

患儿李美辰，女，1岁7月，汉族，阜阳市颍上县建颍乡顶楼村于海队，2023-07-04 3:00 因“肝破裂修补术后2小时”入院。

初步诊疗：

1.肝破裂修补术后、2.失血性休克、3.面部挫伤

病史陈说者：患儿奶奶

# 病史报告

现病史：患儿昨日下午5时许在家不慎于2楼楼梯间窗口坠落，后家眷急至我院普外科就诊，诊疗为1. 创伤性肝破裂2. 失血性休克3. 面部挫伤，急诊予行肝破裂修补术，术后为进一步监护患儿，遂转至我科。患儿入院时为药眠状态，无发烧、无抽搐、无大小便失禁。

# 病史报告

既往史：平素身体健康，否定有药物过敏史，肝破裂修补术中输血4U，否定传染病接触史。

个人史：第2胎第2产，足月平产，无产伤窒息史。

母乳喂养，加辅食时间不详，开始普食时间不

详，5-6月会坐，11月独走，生长发育与同龄

人相符，已接种疫苗卡介苗、乙肝。、百白破、

麻疹、脊髓灰质炎

# 病史报告

家族史：父母体健，非近亲结婚，否定家族性遗传病史。

体格检验：T：36.3℃，P：138次/分，R：32次/分，BP：110/60mmHg，体重：11Kg；神志模糊，精神差，药眠状态，营养良好，前囟闭合，面部多处软组织挫伤，额部一约1\*1cm缝合伤口，右眼睑水肿，双肺呼吸音粗糙，右侧上腹部手术切口纱布覆盖中，无渗出，四肢肌张力可。

# 病史报告

- 诊疗计划：1. 病情评估，患儿系肝破裂修补术后，随时有再次出血可能，必要时需再次剖腹探查。
2. 病重, 特级护理, 禁食, 胃肠减压, 留置导尿, 鼻导管吸氧1-2L/min, 记24h尿量, 记24h引流量, 腹腔引管护理, 心电、血压、呼吸、血糖、血氧、血氧饱和度监测等处理, 予头孢唑肟预防抗感染, 补液支持等对症治疗。
3. 完善有关检验。
4. 向患儿家长告知病情及诊疗方案。

# 病史报告

2023-07-04 09:00 患儿腹腔引流管引出10ml血性液体，神志清楚，前凶平软，皮肤弹性差，四肢末稍稍凉，毛细血管再充盈时间3s，急查血示转氨酶明显升高，肌酸激酶同工酶明显升高，遵医嘱予加用还原性谷胱甘肽护肝，维生素C营养心肌，补液扩容，营养支持对症治疗。

2023-07-04 11:00 患儿腹腔引流出少许血性液体，血压108/76mmHg，氧饱正常，遵医嘱予凝血酶针静注止血。

# 病史报告

2023-07-04 11:30 患儿尿量少，体温正常，血压正常，心音有力，毛细血管再充盈时间3s，查凝血功能，纤维蛋白原降低，遵医嘱予输血浆补充血容量、凝血因子。

2023-07-04 17:00 遵医嘱予输A型RH+新鲜冰冻血浆200ml，输血过程中无发烧、皮疹、血红蛋白尿等不良反应。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/015223242232011334>