



# 肝破裂护理查房

王嘉蒂

# 大纲

1

肝破裂  
相关知识

2

病史汇报

3

护理要点

# 肝破裂相关知识

1

定义

2

病理生理

3

临床表现

4

治疗原则

# 肝脏解剖

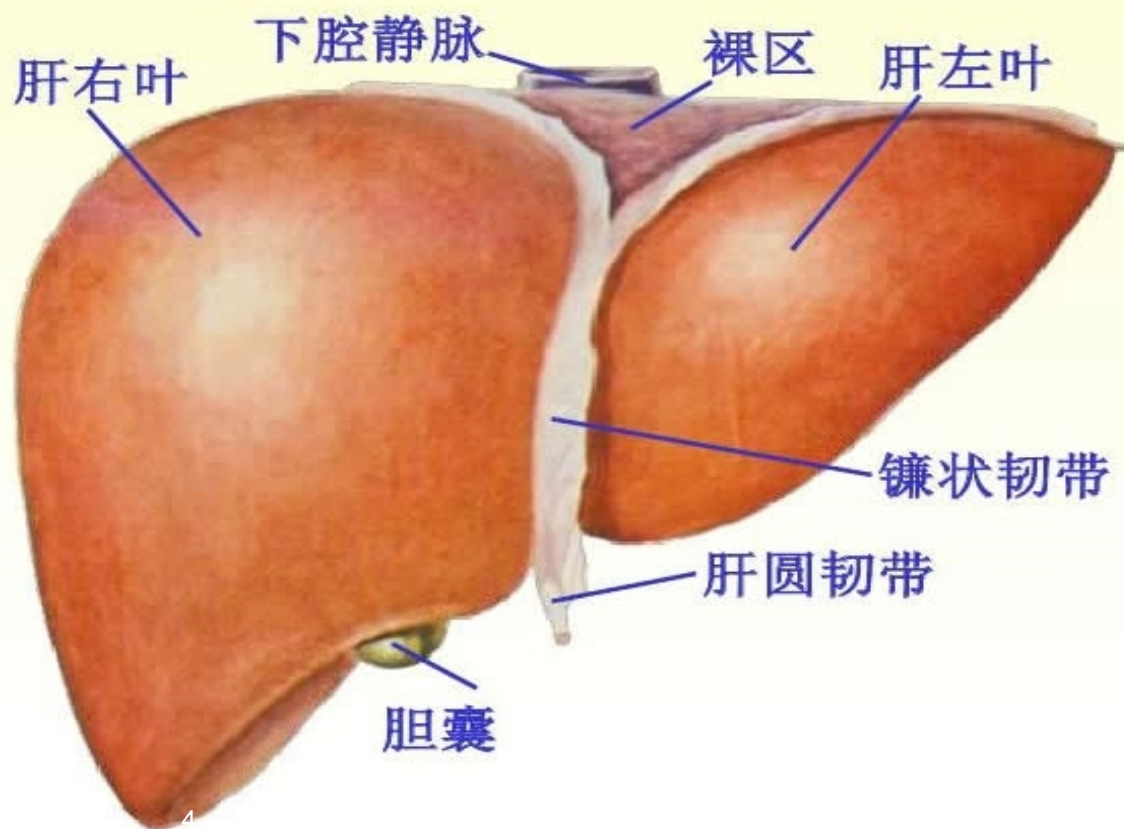
## 第七节 肝

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)：占各种腹部损伤的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，但由于肝脏质地脆弱，血管丰富，而且被周围的韧带固定，因而也容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

关于肝损伤的分级方法，目前尚无统一标准。

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。

## 国内常用通常采用的损伤分级法：

I 级：肝裂  
伤深度不超  
过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

# 临床表现

1、**失血性休克** 表现为面色苍白、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 $20\% \sim 30\%$ ，轻度休克

休克指数 $>1$ ……休克

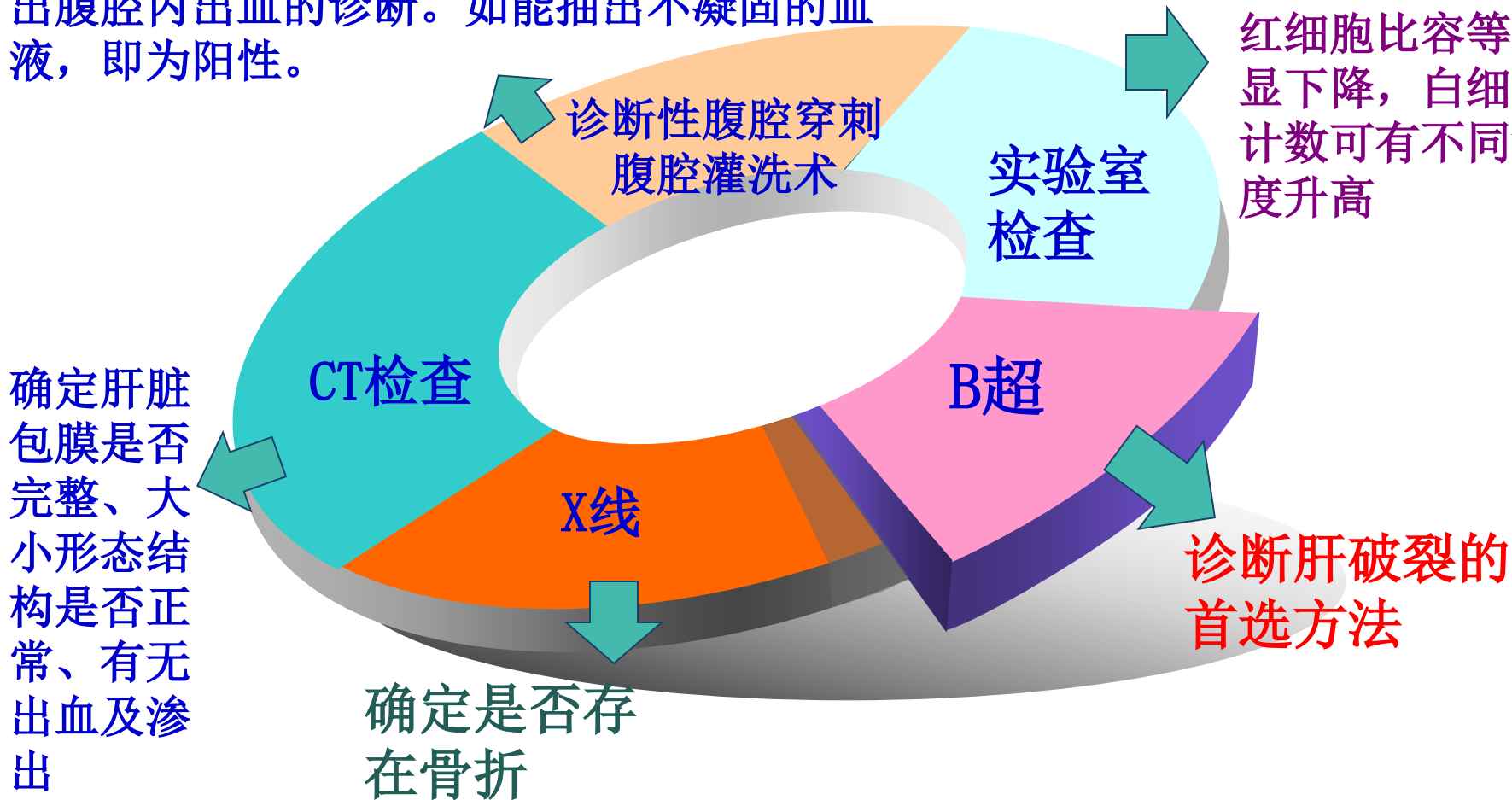
$>1.5$  ……严重休克，失血量 $30\% \sim 50\%$

$>2$  ……重度休克，失血量 $> 50\%$

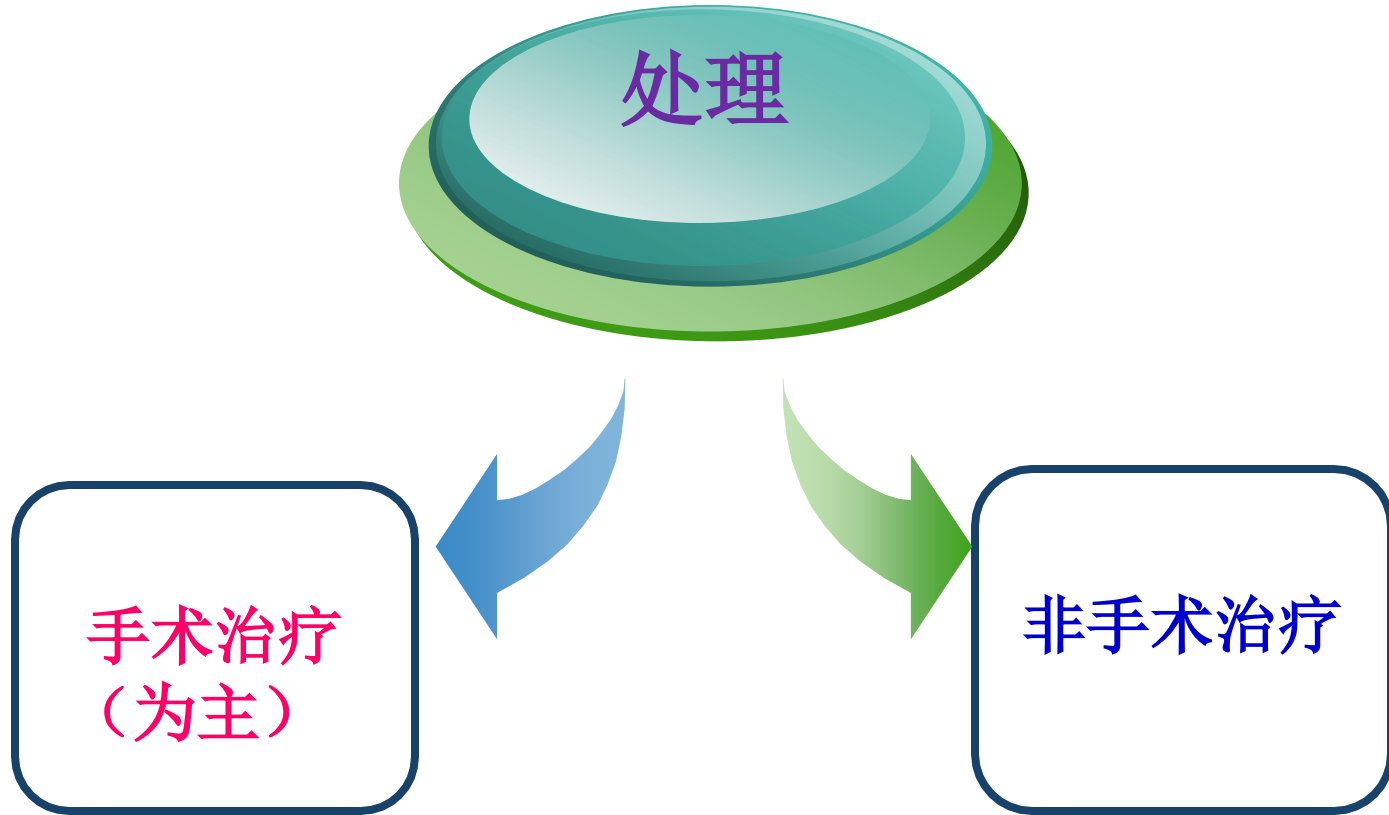
# 辅助检查

阳性率均可达90%以上。特别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断。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



# 治疗方法



# 手术治疗

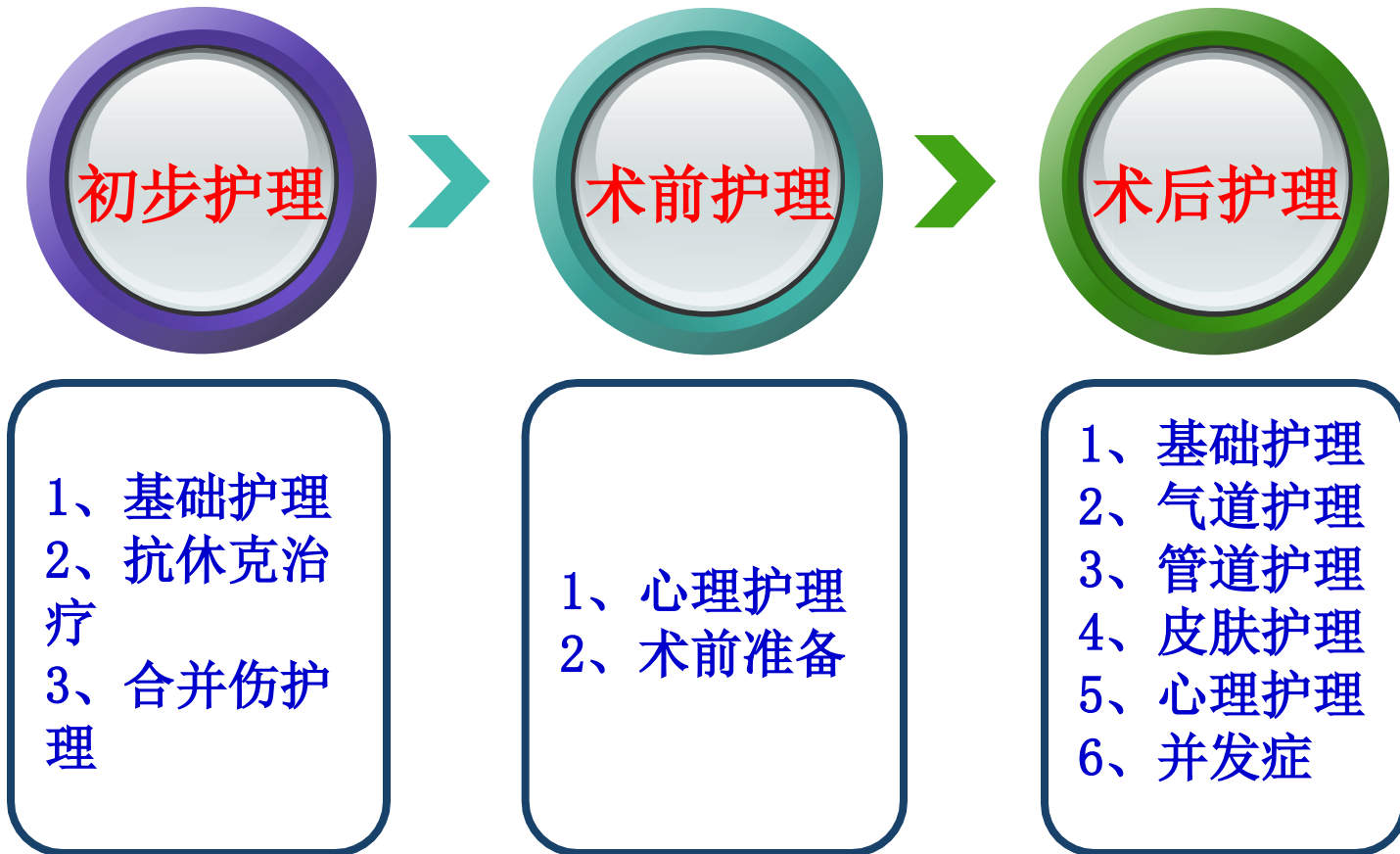
**以手术治疗为主。**

- 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，但应尽量保留健康的肝组织。
- **出现以下情况时应及时手术：**
  - 1、失血量超过全身血容量的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、心率加快、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查。
- 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**检查确定肝损伤为轻度( I ~ II度)，生命体征平稳。
- ⑤未发现其他内脏合并伤。

# 护理要点





# 病史汇报

患儿李美辰，女，1岁7月，汉族，阜阳市颍上县建颖乡顶楼村于海队，2017-07-04 3:00 因“肝破裂修补术后2小时”入院。

初步诊断：

1.肝破裂修补术后、2.失血性休克、3.面部挫伤

病史陈述者：患儿奶奶

# 病史汇报

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，后家属急至我院普外科就诊，诊断为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，无发热、无抽搐、无大小便失禁。

# 病史汇报

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

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

# 病史汇报

家族史：父母体健，非近亲结婚，否认家族性遗传病史。

体格检查：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。

# 病史汇报

- 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. 完善相关检查。
4. 向患儿家长告知病情及诊疗方案。

# 病史汇报

2017-07-04 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。

2017-07-04 11:00 患儿腹腔引流出少量血性液体，血压108/76mmHg，氧饱正常，遵医嘱予凝血酶针静注止血。

# 病史汇报

2017-07-04 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。

2017-07-04 17:00 遵医嘱予输A型RH+新鲜冰冻血浆200ml，输血过程中无发热、皮疹、血红蛋白尿等不良反应。

# 病史汇报

2017-07-04 20:00 患儿现安静状态，神志清楚，呼吸略快，口唇红，右眼睑水肿，不能睁开，腹胀，腹腔引流管在位，通畅，引流出暗红色血性液体约50ml左右。详细与家长沟通，患儿母亲入内探视表示理解。

2017-07-05 09:00 患儿神志清楚，四肢末梢暖，予继续抗感染、护肝、营养心肌、营养补液治疗，予复查血。



# 病史汇报

2017-07-05 9:20 患儿急查血气，未见明显异常。

2017-07-05 14:00 患儿查血示低钠血症，遵医嘱予补液补钠。

2017-07-05 19:00 患儿一直禁食胃肠减压中，腹腔引流管引出少量血性液体，遵医嘱予临时静脉补液，西咪替丁保护胃粘膜，静脉用维生素K1、酚磺乙胺止血治疗。

# 病史汇报

2017-07-06 09:16 患儿神志清楚，呼吸平稳，颜面部皮肤有多处擦伤，右侧眼睑肿胀稍明显，双眼睑之间见少许白色粘稠分泌物，腹腔引流管引流出约28ml深红色液体，胃管引流出约7ml透明胃液，尿管引流量约760ml淡黄色尿液。今给予患儿换药一次，予以金霉素软膏外用改善右眼睑肿胀，清除分泌物，请普外科会诊，明确术后管理，停保留导尿，继续补液，补充能量。

# 病史汇报

2017-07-06 18:30 普外科会诊如下：1. 伤口换药，2. 继续抗炎补液，保持腹腔引流管通畅，3. 我科随诊。

2017-07-06 21:13 患儿HR166次/分，T：38.5℃，遵医嘱予温水擦浴退热。

2017-07-07 09:23 患儿神志清楚，小便正常，大便未解，颜面部擦伤已结痂，右眼睑红肿轻微，双眼睑之间白色粘稠分泌物。肠鸣音弱，

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/697131165064006112>