

# 乙型、丙型肝炎肝硬化合并中枢神经系统感染与肠梗阻患者护理1例

林兆霞(首都医科大学附属北京地坛医院 肝病三科, 北京 100015)

2006年全国乙型肝炎流行病学调查表明,我国1~59岁一般人群HBsAg携带率为7.18%,5岁以下儿童的HBsAg仅为0.96%<sup>[1,2]</sup>。我国现有的慢性HBV感染者约9300万人,其中慢性乙型肝炎患者约2000万例<sup>[3]</sup>,据统计平均每年约有27万人,主要死于乙型肝炎相关终末期肝病和肝癌。丙型肝炎全国抗HCV阳性率为3.2%<sup>[4]</sup>。有报道,丙型肝炎患者一旦发生肝硬化,10年存活率约为80%,如出现肝功能失代偿,10年的存活率仅为25%<sup>[5]</sup>。如何提高乙型、丙型肝炎相关终末期肝病患者的护理,改善其生存质量变得越来越重要。现将1例乙型、丙型肝炎肝硬化伴中枢神经系统感染合并肠梗阻患者的护理报告如下:

## 1 临床资料

1.1 主诉 患者,女性,63岁,主因间断乏力、食欲下降,腹胀17年,加重半年,腹痛、发热5天入院。

1.2 现病史 患者17年前因食欲下降,乏力,腹胀于当地医院做B超提示肝硬化,肝功能不详,诊断乙型肝炎肝硬化。近10年反复出现上消化道出血,并出现腹水,每次保肝、止血、利尿治疗,未进行抗病毒治疗,患者先后两次行胃镜下套扎止血治疗,后未复查。平素间断乏力、腹胀、食欲下降,持续服用双氢克尿噻,安体舒通各2片,每日一次,近半年乏力明显。5天前乏力,腹胀加重,伴有发热、腹痛,体温最高38.6℃,为进一步治疗入院。

1.3 入院后诊疗经过 患者入院体温38.2℃,神志清楚,面色晦暗,皮肤巩膜无明显黄染,肝掌阳性,蜘蛛痣阴性,心肺无异常发现,腹平软,有压痛及反跳痛,肝脾未触及,移动性浊音阳性,双下肢不肿,扑翼征阴性,踝阵挛阴性。入院后给予保肝药、补充能量,头孢哌酮舒巴坦钠抗感染、利尿,对症等处理,患者持续低热,血常规中性白细胞分类高,C反应蛋白明显升高,有发热、头痛症状,用罗氏芬和阿奇霉素,后换用莫西沙星和泰能抗感染,仍发热。脑脊液培养结果考虑(G<sup>+</sup>杆菌)李斯特菌感染,停泰能用青霉素后体温逐渐恢复正常。患者腹腔感染控制不理想,腹水为血性腹水,应用止血药,停莫西沙星改为异帕米星,加强免疫支持,静注人免疫球蛋白,提高细胞免疫力,长期加用胸腺素a1。后因肾功能轻度损害,停用异帕米星和青霉素,改为哌拉西林钠他唑巴坦钠,后单用美罗西

林钠,体温均在正常范围,头痛、腹痛症状明显缓解。住院期间,患者腹胀一度加重,出现肠梗阻,予胃肠减压、灌肠,对症处理,约2周后,症状消失,拔除胃肠减压。患者腹胀,放腹水1000 ml后出现低血容量性休克,经积极扩容补液后好转。患者反复低钾血症,血钾最低2.6 mmol/L,给予静脉及口服补钾后改善。针对患者乙型、丙型肝炎肝硬化用恩替卡韦抗病毒治疗。最终患者中枢神经系统感染及肠梗阻痊愈,乙型、丙型肝炎肝硬化病情稳定,患者好转出院。

1.4 既往史 患者既往有输血史。16岁曾患“肠结核”,后治愈。否认高血压、冠心病、糖尿病病史,否认其他传染病史,否认食物、药物过敏史,否认手术外伤史。父亲死于胰腺癌,母亲死于乳腺癌,否认家族中有类似病患者,否认遗传病史,无长期大量饮酒史。

1.5 辅助检查 WBC  $12.6 \times 10^9/L$ , NE% 82.04%, CRP 43.10 mg/L。肝功能TBil 33.0  $\mu\text{mol/L}$ , DBil 17.1  $\mu\text{mol/L}$ , AST 49.1 U/L, ALT 59.2 U/L。血钾2.6 mmol/L。CSF检查:脑脊液潘氏试验阳性,脑脊液五管糖1~5管阳性;脑脊液培养结果考虑(G<sup>+</sup>杆菌)李斯特菌感染;腹平片:右下腹部小液平,部分肠腔充气扩张明显。

## 2 护理

2.1 严密病情观察 严密观察患者的体温、脉搏、呼吸、血压、注意观察患者的神志、瞳孔及精神状况;警惕感染中毒性休克,注意患者呕吐性质,纠正脱水、电解质丢失、酸碱平衡失调,腹痛及腹胀的变化。警惕低钾引起的麻痹性肠梗阻或引发心律失常等。同时也应注意观察患者肝硬化出血危险。观察和记录胃肠减压量和尿量等,结合血清电解质和血气分析结果合理安排输液种类和调节输血量。

2.2 抗感染治疗与护理 遵医嘱合理应用抗生素,合理安排好输液次序与输液时间。了解患者头痛的部位、性质、程度、规律、起始与持续时间,头痛发生的方式与经过,加重、减轻或诱发头痛的因素,以及伴随症状,避免诱因,告知患者可能诱发或者加重头痛的因素,如情绪紧张等,保持环境安静、舒适、光线柔和。选择减轻头痛的方法,如指导患者作缓慢深呼吸,听轻音乐,引导式想象,以及按摩等,该患者习惯于听佛教音乐:如大悲咒等,效果良好。监测患者体温变化,为患者的抗生素效果提供应用证

据。保持皮肤的清洁、干燥。衣物及被褥及时更换。给予降温措施时,向患者做好解释安慰工作。并注意观察降温措施有无对患者造成特殊不适。加强病房环境消毒,每日常规用紫外线进行空气消毒,84消毒液进行地面、墙壁及床头柜和床单位的消毒,减少陪护和探视,避免交叉感染。观察有无口腔黏膜、呼吸道、胃肠道、泌尿道等感染的症状、体征。加强无菌操作,防止医源性感染。

**2.3 对低血容量性休克与低钾血症的护理** 患者在放腹水1000 ml后出现低血容量性休克,迅速建立2条静脉通道,快速补液,先输晶体液:生理盐水,糖盐,后输胶体液:血浆,白蛋白等。准确记录输入液体的种类、时间、速度等,并详细记录24小时出入量。严密观察病情变化,密切监测患者体温、脉搏、呼吸、血压,观察意识表现、面唇色泽、皮肤肢端温度、瞳孔及尿量。观察呼吸形态,遵医嘱给予吸氧,监测血氧饱和度,注意肢端保暖。病情稳定后注意预防患者再次出现低血容量性休克的发生。

患者住院期间一直有低钾血症,给予口服及静脉补钾。口服钾水时仔细讲解注意事项,协助患者将钾水兑服,添加果汁后服用可增加口感。该患者口服补钾及外周静脉补钾效果不理想,后经深静脉置管后大剂量输液泵泵钾后改善,需做好深静脉置管的护理,也需做好深静脉泵钾的护理<sup>[6-10]</sup>。补钾过程中注意补钾的速度,应遵循补钾的原则,注意观察尿量。注意观察低钾血症引起的中枢神经系统、胃肠道反应、神经肌肉系统的不适症状,特别注意低血钾引起的麻痹性肠梗阻。

**2.4 胃肠减压与药物灌肠及肛管排气治疗** 给予持续胃肠减压,做好胃肠减压的护理<sup>[11-13]</sup>,妥善固定引流管,保持引流通畅,避免受压、扭曲。胃肠减压期间应观察和记录引流液的颜色、形状和量,若发现有血性液,应及时通知医师,送检,以及时处理,以防发生消化道出血。遵医嘱给予乳果糖100 ml+盐水200 ml保留灌肠,并用中药灌肠。跟患者沟通,合理安排两次灌肠时间,给患者解释灌肠的目的,要达到的预期效果,并给患者讲解灌肠的过程以及注意事项等,取得患者的主动配合,并仔细观察患者在灌肠操作中与操作后的反应,注意记录灌肠后是否排便,以及排便的性质与量。做好肛管排气缓解患者腹胀,胀气的不适。

**2.5 饮食与营养** 肠梗阻患者应禁食,肠梗阻缓解,患者排气、排便,腹痛、腹胀消失后可进流质饮食,忌产气的甜食和牛奶等。遵医嘱给予中药四磨汤鼻饲,注意鼻饲的操作要求,并注意冲洗胃肠减压管,观察患者的不适。给予静脉补充营养:如脂肪乳等,肠梗阻症状缓解后给患者讲解饮食注意事项:避免进食生、坚硬、油腻的食物,从流质饮食逐渐过渡到半流食,多食蔬菜汤、面汤等以补充营养。同时也应注意预防患者上消化道出血的发生。

**2.6 皮肤黏膜的护理** 每日给予患者口腔护理,及时评估患者的口腔黏膜状况,及时发现问题,该患者出现口腔溃疡,给予制霉菌素磨碎后涂抹患处,及时观察口腔溃疡的状况以及愈合情况。及时评估患者压疮危险程度,给予气垫保

护皮肤,给予勤翻身,按摩骶尾,后外踝,脚跟,外髌等容易受压的部位,防止皮肤黏膜受损。

### 3 讨论

乙型、丙型肝炎肝硬化患者合并感染时,应积极寻找感染源与感染灶,并根据药敏选择抗生素治疗,免疫功能低下者感染李斯特菌主要表现为败血症及脑膜脑炎,病死率较高,约在30%左右<sup>[14]</sup>。李斯特菌对头孢菌素天然耐药,故对免疫力低下伴严重感染的患者,应想到本病,早期选用强有力的抗生素,如碳青霉烯类,控制病情,再根据病原学及药敏结果调整抗生素<sup>[15]</sup>。失代偿肝硬化患者并发电解质紊乱,尤其是伴有严重低钾血症时,应警惕麻痹性肠梗阻的产生<sup>[16,17]</sup>。也应根据患者状况积极抗病毒治疗。该患者经积极治疗与护理后,电解质紊乱状况改善,中枢神经系统感染与肠梗阻治愈,肝病稳定后出院。两周后门诊复查,患者一般状况稳定,身体逐渐恢复;1月、2月、3月后复查,患者肝功能正常,乙型肝炎病毒低于检测线,病情稳定,基本状况良好,日常生活能力提高,生活质量明显改善。

### 参考文献

- [1] Liang X, Bi S, Yang W, et al. Epidemiological serosurvey of hepatitis B in China--declining HBV prevalence due to hepatitis B vaccination[J]. Vaccine, 2009, 27: 6550-6557.
- [2] Liang X, Bi S, Yang W, et al. Evaluation of the impact of hepatitis B vaccination among children born during 1992-2005 in China[J]. J Infect Dis, 2009, 200: 39-47.
- [3] Lu FM, Zhuang H. Management of hepatitis B in China[J]. Chin Med J (Engl), 2009, 122: 3-4.
- [4] 谢雯, 刘庄. 病毒性肝炎的临床现状[J]. 中国临床医生, 2004, 32: 4.
- [5] 徐道震. 我国病毒性肝炎的临床现状. [http://yhyg.com/articleview/2005-12-13/article\\_view\\_419.htm](http://yhyg.com/articleview/2005-12-13/article_view_419.htm).
- [6] 王海霞, 李纪念. 微泵大静脉注射高浓度氯化钾的护理观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 14: 189-190.
- [7] 姚巧珠, 陈明, 曹爱萍, 等. 中药外敷防治微量泵高浓度静脉补钾疼痛的临床研究[J]. 护理研究, 2012, 10: 140-141.
- [8] 张来. 微泵补钾治疗心力衰竭及护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 11: 430-431.
- [9] 李增男, 张军, 岳海燕. 慢性充血性心力衰竭急性加重期合并低钾血症静脉补钾的体会[J]. 现代医药卫生, 2012, 12: 211-213.
- [10] 龙琼芳. 微泵补钾在心力衰竭合并低钾血症患者中的应用[J]. 中国临床护理, 2014, 10: 198-201.
- [11] 唐剑兰. 普外科术后胃肠减压不适症状调查及分析[J]. 医学信息, 2010, 23: 245.
- [12] 魏佑秀. 外科术后患者常见胃肠减压不适症状及其护理措施[J]. 基层医学论坛, 2013, 17: 803-804.
- [13] 陈赢. 普外科术后胃肠减压不适症的原因分析及护理措施[J]. 中国实用医药, 2010, 5: 219-220.
- [14] 蔡建芳, 王焕玲, 盛瑞媛, 等. 李斯特菌脑膜炎5例临床分析[J]. 中国实用内科杂志, 2003, 23: 164.
- [15] 周志平, 谢扬新, 秦恩强, 等. 慢加急性肝功能衰竭并发李斯特菌败血症、腹膜炎及脑膜脑炎1例[J]. 疑难病杂志, 2013, 11: 886.
- [16] 戈晓荣, 徐之斌. 重度低钾血症60例临床救治分析[J]. 安徽医学, 2011, 32: 1882-1883.
- [17] 张杰. 纠正低钾血症的经验体会[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5: 14.

收稿日期: 2015-01-21

## 《中国肝脏病杂志(电子版)》稿约

《中国肝脏病杂志(电子版)》为中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会主管、人民卫生出版社主办的肝病专业学术电子期刊,是一本在载体形式上与纸媒体相互补充的多媒体光盘期刊(CD-ROM)。本刊以电子期刊特有的表现形式,运用影视语言和多媒体技术登载肝病相关的专业论著、专家讲坛、临床病理讨论及学术会议等,其可视性强,是广大肝病工作者了解当前学科前沿、掌握最新技术的有效工具。本刊主要内容包括各种肝病的病理、病理生理、免疫学、发病机理、临床诊断治疗及预防的实践经验和研究成果,以及新技术、新方法的重要进展。本刊的办刊宗旨是:贯彻党和国家的卫生工作方针政策,贯彻理论与实践、普及与提高相结合的办刊方针,反映我国肝病临床和科研工作的重大进展,促进国内外肝病学术学术交流。

### 1 主要栏目

本刊常设的主要栏目有专家讲坛、论著、视频讲座、继续教育园地、经验交流、病例报告、疑难病例分析、综述、临床病理讨论、国内外学术动态等。本刊特色栏目:(1)视频讲座;(2)临床病理讨论(案例分析、专家点评)。

### 2 来稿要求

2.1 本刊现均采用采编系统进行投稿,详情请登陆<http://zggbzz.j-ditan.com/>。

2.2 来稿要求字迹清楚,标点、特殊文种、上下角标符号、斜体字等,均请标注准确。

2.3 来稿首页请注明:题名,每位作者的姓名、学历、技术职称及工作单位,负责与编辑部联系的通讯作者的姓名及其详细通讯地址、电话、传真和Email,并标明正文字数、表数及图数。

2.4 论文所涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或攻关项目,应脚注于文题页左下方,如“基金项目:基金资助(编号)”。

2.5 本刊对重大研究成果,将使用“快速通道”,在最快时间内发表。凡要求以“快速通道”发表的论文,作者应提供关于论文创新性的书面说明或查新报告。

2.6 投稿成功后采编系统自动生成稿件编号并发送至您注册的邮箱。请及时登陆采编系统以查看稿件处理状态。作者若欲另投他刊,请先与本刊编辑部联系。切勿一稿两投,一旦发现一稿两投,将立即退稿;而一旦发现一稿两用,本刊将刊登该文系重复发表的声明,在系列杂志上通报,并在2年内拒绝该文第一作者为作者的任何来稿。

2.7 请自留底稿,不采用的稿件及图片恕不寄还。

2.8 来稿文责自负,应确保稿件无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等。根据《著作权法》,结合本刊具体情况,编辑部可作修辞等文字修改、删节,凡涉及原意的重大修改,则需征求作者意见。修改稿逾期1个月不修回者,按自动退稿处理。修改稿首页务请注明稿件编号。

2.9 来稿一经接受刊登,由作者亲笔签署论文使用授权书,专有使用权归人民卫生出版社所有,并有权以电子期刊(光盘版、网络版)和纸版等其他方式接受刊登的论文,未经人民卫生出版社同意,该论文的任何部分不得转载他处。

2.10 本刊收取一定的审稿费及版面费,同时本刊稿酬将以当期杂志冲抵。

2.11 本刊现已被《中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)》、《美国化学文摘数据库(Chemical Abstracts Service)》、《中国核心期刊遴选数据库》(万方数据-数字化期刊群)、《中文生物医学期刊文献数据库——CMCC》、《中文科技期刊数据库》(重庆维普)、《中国学术期刊网络出版总库》收录。

2.12 联系方式:北京市朝阳区京顺东街8号《中国肝脏病杂志(电子版)》编辑部。邮政编码:100015。电话:010-84322058,传真:010-84322059,联系人:温少芳、孙荣华、李卓。Email: [editordt@163.com](mailto:editordt@163.com)。

### 3 撰写要求

3.1 文稿应具科学性、实用性,论点明确,资料可靠,数据准确,层次清楚,文字精练,用字规范,文稿附图量不限,提倡多附图。论著性文章4000字左右,综述、讲座5000字左右,论著摘要、经验交流、病例报告等一般不超过2000字,疑难病例分析的文章可以图像为主,并贯穿文字说明和评析,专家视频讲座为30~40 min。当报告是以人为研究对象的试验时,作者应该说明其遵循的程序是否符合负责人体试验的委员会(单位性的、地区性的或国家性的)所制定的伦理学标准并得到该委员会的批准,是否取得受试对象的知情同意。

3.2 文题:力求简明,且能反映出文章的主题。中文文题一般不超过20个汉字。

3.3 作者:作者姓名在文题下依次排列,在编排过程中不应再做变动;作者不属同一单位时,在作者姓名右上角分别添加阿拉伯数字“1, 2, 3……”,并分别按照作者单位按照单位全称、具体科室、所在省市县、邮政编码的顺序列于文题下方。



作者应是：①参与选题和设计，或参与资料的分析和解释者；②起草或修改论文中主要观点或其他主要内容者；③能对编辑部的修改意见进行核修，在学术方面进行答辩，并最终同意该文发表者。以上3条均需具备。作者中如有外籍作者应征得本人同意，并附证明信。

3.4 摘要：论著性文章需附中、英文摘要，均为500字（词）以上。摘要必须包括目的、方法、结果（列出主要数据）、结论4部分，各部分冠以相应的标题。英文摘要应包括文题、文中所有作者姓名（汉语拼音）、单位名称、所在城市及邮政编码均须与中文一致，其后加列国名。

3.5 关键词：论著需分别在中、英文摘要后标引2~5个中、英文关键词。请尽量使用美国国立医学图书馆编辑的最新版《Index Medicus》中医学主题词表（MeSH）内所列的词。如果无相应的词，可按下列方法处理：(1)可选用直接相关的几个主题词进行组配；(2)可根据树状结构表选用最直接的上位主题词；(3)必要时，可采用习用的自由词并列于最后。关键词中的缩写词应按MeSH表还原为全称，如“HBsAg”应标引为“乙型肝炎病毒表面抗原”。关键词之间用“；”分隔，每个英文关键词首字母大写。

3.6 医学名词和药物名称：医学名词以1989年及其以后由全国自然科学名词审定委员会审定并公布、科学出版社出版的《医学名词》和相关学科的名词为准，尚未公布者以人民卫生出版社所编《英汉医学词汇》为准。中文药物名称应使用化学工业出版社1995年出版的《中华人民共和国药典》或卫生部药典委员会编写的《中国药品通用名称》中的名称，英文药物名称则采用国际非专利药名，不用商品名。

3.7 缩略语：文中尽量少用。必须使用时于首次出现处先列出其全称，然后括号注出中文缩略语或英文全称及其缩略语，后两者间用“，”分开。

3.8 计量单位：执行国务院1984年2月颁布的《中华人民共和国法定计量单位》，并以单位符号表示，具体使用参照中华医学杂志社编写的《法定计量单位在医学上的应用（第3版）》一书。首次出现不常用法定计量单位时在括号内注明与旧制单位的换算关系。量的符号一律用斜体字母，如吸光度（旧称光密度）的符号为A。

3.9 照（图）片：集中附于文后，分别按其在正文中出现的先后次序连续编码。每张照（图）片均应有必要的图题及说明性文字置于图的下方，并在注释中标明图中使用的全部非公知公用的缩写；图中箭头标注应有文字说明。大体标本照片在图内应有尺度标记，病理照片要求注明特殊染色方法和高、中、低倍数。照片要求有良好的清晰度和对比度，并在背面标明图号、作者姓名及图的上下方向。说明文字应简短，不应超过50字，所有的图在文中相应部分应提及。电子图片采用jpg格式，分辨率不低于300像素/英寸，并应经过剪切后充分显示关键部分。

3.10 动态图像：分别按其在正文中出现的先后次序连续编码，文中应标记为“动态图×”。视频资料要求图像清晰稳定，剪接顺畅，保持可能获得的最高清晰度模式，视频文件采用AVI格式，大小在5 M以内。每个文件名均应与文中的名称相符，如“动态图×”。

3.11 参考文献：按GB7714-87《文后参考文献著录规则》采用顺序编码制著录，依照其在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号于右上角标出。不要引用摘要作为参考文献。参考文献中的作者，1~3名全部列出，3名以上只列前3名，后加“，等”或其他与之相应的外文文字。外文期刊名称用缩写，以《Index Medicus》中的格式为准；中文期刊用全名。每条参考文献均须著录起止页。将参考文献按引用先后顺序排列于文末。题名后标注文献类型标志对电子文献是必选著录项目。文献类型和电子文献载体标志代码如下：

参考文献类型	专著	论文集	报纸文章	期刊文章	学位论文	报告	标准	专利	网上电子公告
文献类型标识	[M]	[C]	[N]	[J]	[D]	[R]	[S]	[P]	[EB/OL]

举例：

- [1] 郭江, 成军, 赵龙凤, 等. 丙型肝炎病毒F反式调节靶基因反式激活基因的筛选和生物信息学分析[J]. 中华传染病杂志, 2006, 23: 316-319.
- [2] Ma F, Zhang C, Prasad KV, et al. Molecular cloning of Porimin, a novel cell surface receptor mediating oncotic cell death[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2001, 17: 9778-9783.
- [3] Levine SR, Welch KM. 抗磷脂抗体[J]. 陈芷若, 译. 国外医学内科学分册, 1990, 17: 267-269.
- [4] 汪敏刚. 支气管哮喘. 见: 戴自英, 主编. 实用内科学[M]. 第8版. 北京: 人民卫生出版社. 1991. 833-840.
- [5] Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms[J]. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: mechanisms of disease, 8th ed, Philadelphia: saunders. 1974. 457-472.
- [6] 成军. 国内外慢性乙型肝炎防治指南的比较分析 [J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志 (电子版), 2008, 2: 1-3.