

现代临床护理

主编/陈玉梅 成金焕

现代临床护理



现代临床护理

主 编：陈玉梅 成金焕

副主编：汪细香 景素姣 梁育飞

编 委：何 朗 李 妍 殷 辉 孙小英 苑新香
姜洪凯 郭悦青 张伟东 李 明 王要军



科学技术文献出版社

2013.1 北京

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床护理 / 陈玉梅, 成金焕主编. —北京:
科学技术文献出版社, 2013. 1
ISBN 978-7-5023-7711-3

I. ①现… II. ①陈… ②成… III. ①护理学 IV.
①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 017617 号

现代临床护理

策划编辑: 薛士滨 责任编辑: 薛士滨 责任校对: 赵文珍 责任出版: 张志平

出 版 者	科学技术文献出版社
地 址	北京市复兴路 15 号 邮编 100038
编 务 部	(010)58882938, 58882087 (传真)
发 行 部	(010)58882868, 58882866 (传真)
邮 购 部	(010)58882873
官 方 网 址	http://www.stdp.com.cn
淘宝旗舰店	http://stbook.taobao.com
发 行 者	科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 着	北京通州丽源印刷厂印刷
版 次	2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 次印刷
开 本	850×1168 1/16 开
字 数	420 千
印 张	15
书 号	ISBN 978-7-5023-7711-3
定 价	48.00 元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

前言

随着互联网技术和通讯技术的飞速发展，科技领域的信息交流更加便捷，科研手段更加先进，因而科研成果也像雨后春笋般层出不穷，尤其是医疗卫生领域，各种新发现、新发明、新观念、新理论更是不断丰富和完善着现有的医疗技术和医学理论，给传统医疗体制和医疗手段带来了很大的冲击。随着医学科学技术的进步和发展，这些新的医学理论、医疗技术和诊疗方法不断应用于临床，并取得了很好的临床效果。

医学科学的发展，对广大战斗在临床前沿的医药卫生工作者和科研工作者来说，既是新的机遇也是新的挑战，他们把最新科研成果应用于自己的临床实践，在各个不同的领域取得了许多新的经验、新的进步、新的收获。为了更好地宣传推广这些新技术、新经验、新成果，为更多临床医护人员和医药科研工作者的职业发展提供最前沿、最实用、最有参考价值的信息，为其学术研究、论文写作、职称晋升、业绩考核等创造更好的条件，我们特决定组织编辑出版《现代临床护理》一书。

本书的编写原则是：详临床诊治，略基础理论；在中西医结合中侧重于现代医学的成果。以临床实用为基点，重点论述疑难多发病症，当详不略，当简不繁。在体例上不拘一格，编写时尽量保持全书体例基本统一，同时也注意尊重编著者风格的不同，以及因内容的需要而进行的适当调整。在内容上力求出新，将各种最新研究成果融会于各章节当中，并强调实用性，集知识性与实践性于一体，力求详实、系统、科学，使其对读者的工作实践具有更多现实的指导意义。

参加本书编写的，既有各学科著名的专家学者，也有各级各类医院的院长和临床医生，他们不仅有很深的理论功底和学术造诣，还有丰富的临床实践经验；不仅对传统理论和医疗方式有很深的了解，还对世界领先的新理念、新技术有透彻的研究。他们把自己多年潜心研究的成果毫无保留地融入到本书的编写当中，使本书在继承前人成果的基础上进一步推陈出新，保证了内容的前沿性和权威性，使其实用性和指导性大大加强，为读者进行学术研究、论文写作、在职进修以及临床实践等，提供了宝贵的资料。

参加编写的各级专家以及编务人员克服了种种困难，在时间紧任务重的情况下，正确处理好工作与写作的关系，牺牲了许多个人利益，全力以赴，尽职尽责，为本书保质保量按时出版做出了重大贡献，他们的奉献精神、合作意识、全局观念等，都很令人感动，让

人肃然起敬。在此，我们对参加本书编写工作的所有专家学者和专业人员表示衷心的感谢。

令人欣慰的是，本书的编写得到了相关部门和领导的大力支持，他们对本书的编写工作提出了许多建设性的指导意见，本书已核准进入中国版本图书馆、中国国家图书馆在版编目（CIP）数据库。

组织出版医学专著是一项要求相当高、既费时又费力的系统工程。由于内容涉及面广，文字量大，专业性强，参加编写的人员来自全国各地不同的单位、不同的专业，时间也比较仓促，因此难免会有疏漏之处。对于书中一些尚无明确结论或尚存争议的观点，仅供读者在学术研究和论文写作方面参考，临床实践还应以国家最新版的规划教材为准。我们真心希望各级专家和广大读者对本书的不足之处不吝赐教，以便今后再版时加以修正，同时，我们也真心希望能有更多的医学科研工作者和临床专家加入到我们的编辑队伍中，对大家的关注与支持我们将不胜感激。

《现代临床护理》编委会

2013年1月20日

目 录

第一篇 内科护理

第一章 消化系统疾病患者的护理.....	刘小平	1
第一节 概述.....		1
第二节 胃炎.....		3
第三节 消化性溃疡.....		6
第四节 胃癌.....		9
第五节 肠结核.....		10
第六节 溃疡性结肠炎.....		12
第七节 肝硬化.....		13
第八节 原发性肝癌.....		17
第九节 急性胰腺炎.....		19
第十节 上消化道大量出血.....		21
第十一节 消化系统常用诊疗技术及护理.....		23
第二章 泌尿系统疾病患者的护理.....	刘小平	26
第一节 概述.....		26
第二节 肾小球疾病.....		27
第三节 尿路感染.....		33
第四节 急性肾衰竭.....		35
第五节 慢性肾衰竭.....		38
第六节 透析疗法的护理.....		41
第三章 神经内科护理.....	汪细香	44
第一节 神经内科病人护理常规.....		44
第二节 脑血管病护理常规.....		46
第三节 神经内科疾病基本护理理论概述.....		49
第四节 隔神经系统疾病的症状护理.....		53
第五节 脑血管疾病患者的护理.....		56
第六节 周围神经病患者的护理.....		64
第七节 中枢神经系统感染疾病患者的护理.....		67

第二篇 外科护理

第一章 普通外科疾病护理进展.....	陈玉梅	71
第二章 乳房疾病病人的护理.....	陈玉梅	73
第一节 解剖和生理概要.....		73
第二节 急性乳房炎病人的护理.....		73
第三节 乳腺囊性增生病人的护理.....		74
第四节 乳房纤维腺瘤病人的护理.....		75
第五节 乳房癌病人的护理.....		75
第三章 急性腹膜炎和腹部损伤病人的护理.....	陈玉梅	81
第一节 解剖和生理概要.....		81
第二节 急性化脓性腹膜炎病人护理.....		81
第三节 腹部损伤病人的护理.....		84
第四节 胃肠减压及腹腔引流.....		87
第四章 腹外疝病人的护理.....	陈玉梅	90
第一节 概述.....		90
第二节 腹股沟疝病人的护理.....		90

第三节	其他腹外疝.....	93
第五章	胃、十二指肠疾病病人的护理.....	陈玉梅 95
第一节	解剖和生理概要.....	95
第二节	胃、十二指肠溃疡外科治疗病人的护理.....	96
第三节	胃、十二指肠溃疡常见并发症病人的护理.....	98
第四节	胃癌病人的护理.....	100
第六章	肠疾病病人的护理.....	陈玉梅 105
第一节	急性阑尾炎病人的护理.....	105
第二节	肠梗阻病人的护理.....	108
第三节	大肠癌病人的护理.....	112
第七章	直肠、肛管疾病病人的护理.....	陈玉梅 117
第一节	解剖和生理概要.....	117
第二节	常见的直肠、肛管疾病病人的护理.....	117
第八章	泌尿及男性生殖系统疾病病人的护理.....	景素姣 124
第一节	常见症状及诊疗操作的护理.....	124
第二节	泌尿系统损伤病人的护理.....	126
第三节	泌尿系统结石病人的护理.....	130
第四节	泌尿系统结核病人的护理.....	133
第五节	良性前列腺增生病人的护理.....	135
第六节	泌尿系统肿瘤病人的护理.....	137
第九章	骨与关节疾病病人的护理.....	景素姣 141
第一节	骨折病人的护理.....	141
第二节	关节脱位病人的护理.....	147
第三节	化脓性骨髓炎病人的护理.....	150
第四节	骨关节结核病人的护理.....	151
第五节	颈、腰椎退行性疾病病人的护理.....	153

第三篇 妇产科护理

第一章	妇科护理的范畴.....	何 朗 155
第二章	妇科护理的转型.....	何 朗 156
第三章	妇科护理人员的角色与功能.....	何 朗 158
第四章	常用妇产科操作技术及检查方法与护理.....	何 朗 161
第一节	女性生殖道细胞学检查.....	161
第二节	女性生殖器官活组织检查.....	162
第三节	骨盆测量.....	164
第四节	四步触诊法.....	165
第五节	尺测耻上子宫高度及腹围.....	166
第六节	肛查.....	166
第七节	宫缩的监测.....	167
第八节	备皮.....	167
第九节	会阴擦洗.....	168
第十节	坐浴.....	168
第十一节	会阴湿热敷.....	169
第十二节	会阴红外线照射.....	169
第十三节	新生儿沐浴.....	169
第十四节	新生儿抚触.....	170
第十五节	新生儿游泳.....	171
第十六节	臀红护理法.....	172
第十七节	阴道灌洗.....	172

第十八节	宫颈上药.....	173
第十九节	阴道填塞术.....	174
第二十节	经阴道后穹窿穿刺术.....	174
第二十一节	诊断性刮宫术.....	175
第二十二节	阴道镜检查.....	175
第二十三节	输卵管通畅检查.....	176
第五章	女性生殖系统炎症患者的护理.....关义琼	178
第一节	女性生殖系统炎症患者护理概论.....	178
第二节	外阴和阴道炎症患者的护理.....	180
第三节	子宫颈炎患者的护理.....	182
第四节	盆腔炎患者的护理.....	183
第五节	性传播疾病患者的护理.....	185
第六章	月经失调患者的整体护理.....关义琼	189
第七章	妊娠滋养细胞疾病患者的护理.....关义琼	196
第一节	葡萄胎患者的护理.....	196
第二节	侵蚀性葡萄胎患者的护理.....	198
第三节	绒毛膜癌患者的护理.....	199
第四节	化疗患者的护理.....	201
第八章	生殖内分泌疾病患者的护理.....关义琼	205
第一节	功能失调性子宫出血患者的护理.....	205
第二节	闭经患者的护理.....	207
第三节	围绝经期综合征患者的护理.....	210
第九章	妇产科急诊患者的监测与护理.....关义琼	212
第一节	妇科急诊患者.....	212
第二节	产科急诊患者.....	221
第十章	妊娠期妇女的护理.....成金焕	225
第一节	妊娠诊断.....	225
第二节	妊娠期健康指导.....	226
第三节	妊娠期妇女评估及护理.....	229
第四节	妊娠期妇女心理社会变化及护理.....	233
第五节	分娩前准备.....	233
第十一章	分娩期妇女的护理.....成金焕	235
第一节	影响分娩的因素及分娩机制.....	235
第二节	正常分娩妇女的评估及护理.....	237
第三节	新生儿评估及护理.....	242
第四节	分娩期妇女的心理变化及护理.....	244
第十二章	妊娠并发症患者的护理.....成金焕	245
第一节	流产患者的护理.....	245
第二节	异位妊娠患者的护理.....	247
第三节	前置胎盘患者的护理.....	249
第四节	胎盘早期剥离患者的护理.....	251
第五节	妊娠期高血压疾病患者的护理.....	253
第十三章	妊娠期合并症患者的护理.....成金焕	257
第一节	妊娠合并心脏病患者的护理.....	257
第二节	妊娠合并糖尿病患者的护理.....	260
第三节	妊娠合并病毒性肝炎患者的护理.....	262
第四节	妊娠合并其他系统疾病患者的护理.....	265
第十四章	异常分娩患者的护理.....王 艳	271
第一节	产力异常患者的护理.....	271
第二节	产道异常患者的护理.....	273

第三节	胎位及胎儿发育异常患者的护理.....	275
第四节	分娩期过度焦虑与恐惧患者的护理.....	276
第十五章	分娩期并发症患者的护理.....王 艳	279
第一节	子宫破裂患者的护理.....	279
第二节	羊水栓塞患者的护理.....	280
第三节	胎儿窘迫患者的护理.....	282
第四节	新生儿窒息患者的护理.....	284
第五节	产后出血患者的护理.....	286
第十六章	异常产褥患者的护理.....王 艳	289
第一节	产褥感染患者的护理.....	289
第二节	晚期产后出血患者的护理.....	291
第三节	产褥期抑郁症患者的护理.....	292
第十七章	妇科腹部手术患者的护理.....王 艳	295
第一节	妇科腹部手术患者的一般护理.....	295
第二节	子宫颈癌患者的护理.....	298
第三节	子宫肌瘤患者的护理.....	301
第四节	子宫内膜癌患者的护理.....	304
第五节	卵巢肿瘤患者的护理.....	306
第十八章	阴式手术患者的护理.....王 艳	311
第一节	阴式手术患者的一般护理.....	311
第二节	外阴癌患者的护理.....	312
第三节	子宫脱垂患者的护理.....	314
第十九章	女性生殖系统肿瘤病人的围手术期护理.....王 艳	317

第一篇 内科护理

第一章 消化系统疾病患者的护理

第一节 概述

消化和吸收是人体获得能源赖以生存的重要功能。消化器官主要包括食管、胃、肠、肝、胆、胰等。消化系统疾病在临床上很常见,可为器质性或功能性疾病,病变可局限于消化系统或累及其他系统,其他系统或全身性疾病也可引起消化系统疾病或症状。消化系统疾病病因复杂,包括感染、外伤、理化因素、大脑皮质功能失调、营养缺乏、代谢紊乱、吸收障碍、肿瘤、自身免疫、遗传和医源性因素等。

消化系统疾病的常见症状有腹痛、腹泻、恶心与呕吐、呕血与便血。

一、腹痛

腹腔内脏器病变可致腹痛,腹壁或腹腔外器官病变也可引起腹痛。按其发生急缓可分为急性腹痛和慢性腹痛。

急性腹痛常见于:①腹腔脏器的急性炎症,如胃炎、胆囊炎、阑尾炎、肠炎、胰腺炎等。②急性胃、肠穿孔引起的弥漫性腹膜炎。③空腔脏器梗阻或扩张,如胆道结石、胆道蛔虫、肠梗阻、泌尿系统结石等。④腹腔脏器破裂如肝、脾破裂、异位妊娠输卵管破裂等。

慢性腹痛常见于:①腹腔脏器的慢性炎症及溃疡,如消化性溃疡、胃炎、肝炎等。②恶性肿瘤,如胃癌、肝癌、胰腺癌、结肠癌等。③肠道寄生虫病。④胃肠神经官能症。

腹壁病变及其他,如过敏性紫癜、糖尿病酮症酸中毒、痛经等,也能引起急、慢性腹痛。

【护理评估】询问患者腹痛发生的急缓、诱因、部位、与体位的关系、性质、程度和持续时间。腹痛表现为不同性质和程度的疼痛,如隐痛、钝痛、灼痛、胀痛、刀割样痛、钻痛或绞痛,亦可为持续性或阵发性疼痛。胃、十二指肠病变引起的腹痛多为上腹部隐痛、灼痛或不适感,伴畏食、恶心、呕吐、嗝气、反酸等。小肠病变呈脐周疼痛,并有腹泻、腹胀等表现。大肠病变所致的腹痛为腹部一侧或双侧疼痛。急性胰腺炎常出现上腹部剧烈疼痛,为持续性钝痛、钻痛或绞痛,并向腰背部呈带状放射。急性腹膜炎时疼痛弥漫全腹,腹肌紧张,有压痛、反跳痛。

观察患者是否伴发热、恶心、呕吐、腹胀、腹泻等症状,腹痛加重或缓解的因素。注意观察患者的体温、脉搏、呼吸、血压及意识状态、体位,腹部有无隆起及蠕动波,有无腹肌紧张、压痛、反跳痛,有无包块,肝浊音界是否存在,肠鸣音有无改变等。评估患者腹痛时有无紧张、焦虑、恐惧等心理反应。

【护理诊断】

1.疼痛 与腹腔脏器炎症、平滑肌痉挛、缺血、溃疡及腹膜受刺激有关。

2.焦虑/恐惧 与突发剧痛、紧急手术、担心预后有关。

【护理措施】

1.根据疾病选择适宜体位,如急性腹膜炎,可取仰卧位,两腿屈曲,以松弛腹壁,缓解疼痛。急性胰腺炎取坐位稍前倾,可使腹痛缓解。

2.调整饮食。一般急腹症患者入院后都暂禁食。对于慢性病患者,一般应进营养丰富、易消化、富含维生素的饮食。

3.严密观察病情变化。定时测量生命体征,注意有无脱水、电解质紊乱及休克表现,腹部症状与体征有何变化。如出现血压下降、腹膜刺激征,提示病情加重,应及时报告医师。

4.遵医嘱给予止痛药物,亦可给予针灸止痛。除急腹症外,对疼痛局部可热敷。一切诊断不明或治疗方案未确定的急腹症患者,应禁用吗啡、哌替啶等麻醉性镇痛药,以免掩盖病情。

5.应安慰、关心患者,对患者进行心理疏导,消除患者的紧张、恐惧心理,使患者精神放松,情绪稳定,增强对疼痛的耐受性,从而减轻甚至缓解疼痛。

二、腹泻

腹泻是指排便次数增多,粪质稀薄或有黏液、脓、血相夹杂者。按发生急缓和病程长短,分为急性腹泻和慢性腹泻两类。

急性腹泻常见于:①细菌性和非细菌性食物中毒。②急性传染病如细菌性痢疾、肠道病毒感染等。

③饮食不当如过食生、冷、油腻食物。④肠道变态反应。

慢性腹泻常见于：①胃源性疾病如慢性萎缩性胃炎、胃切除术后等。②肠源性疾病如肠结核、溃疡性结肠炎等。③胰源性疾病如慢性胰腺炎等。④肝胆源性疾病如肝硬化、阻塞性黄疸等。⑤消化系统恶性肿瘤。⑥其他如甲状腺功能亢进、尿毒症、胃肠神经官能症等。

【护理评估】询问患者腹泻发生的急缓、原因和诱因、病程长短，排便次数，粪便的量、性状、气味，是否伴发热、腹痛、恶心呕吐、里急后重，有无口渴、乏力等。对急性腹泻患者，应观察其生命体征、神志、尿量、皮肤弹性等。对慢性腹泻患者，应观察其营养状况，有无消瘦、贫血。检查时注意患者腹部有无压痛、包块，肠鸣音有无异常。查血了解电解质及酸碱平衡情况。

急性腹泻起病急骤，排便次数可达每天 10 次以上，易引起水、电解质紊乱及酸碱平衡失调。慢性腹泻起病缓慢，反复发作，病程超过 2 个月，常导致营养缺乏、贫血、水肿。进食后不久即腹泻，水样或粥样稀便，见于食物中毒、肠道变态反应。粪便中含黏液、脓、血，可见于炎症、癌症。腹泻伴腹痛，便后腹痛缓解，提示结肠病变；便后腹痛不能缓解，提示小肠病变。腹泻伴里急后重，提示直肠病变。

【护理诊断】

1. 腹泻 与肠道疾病、饮食不当有关。
2. 有体液不足的危险 与严重腹泻导致失水有关。
3. 营养失调——低于机体需要量 与长期腹泻、消化吸收障碍有关。

【护理措施】

1. 起病急，全身症状明显者，应卧床休息，注意腹部保暖。可用热敷，以减弱肠蠕动，减少排便次数，缓解疼痛。

2. 饮食应摄取营养丰富、少渣、低脂、易消化食物，避免生、冷、多纤维素食物及刺激性强的调味品，以免刺激肠蠕动而加重腹泻。急性腹泻应根据病情或医嘱给予禁食、流质、半流质或软食。

3. 加强病情观察。注意生命体征、神志、尿量变化，及早发现水、电解质紊乱和休克。正确采取粪便标本，及时送检。

4. 遵医嘱给予药物或补液。一般可口服补液，严重腹泻伴呕吐或禁食者应静脉补液。注意补液速度，尤其是老年患者，更应注意，因老年患者易因腹泻发生脱水，也易因补液过快而发生心力衰竭。

5. 排便频繁时，可使肛周皮肤损伤。故排便后可用温水清洗肛周，保持其清洁干燥，亦可涂凡士林以保护肛周皮肤。

6. 慢性腹泻治疗效果不明显时，患者往往对预后感到担忧，纤维结肠内镜等检查有一定痛苦，某些腹泻如肠易激综合征与精神因素有关，故应注重患者心理状况的评估和护理，通过解释、鼓励来提高患者对配合检查和治疗的认识，稳定患者情绪。

三、恶心与呕吐

恶心是一种欲吐的感觉，伴上腹不适感，常为呕吐先兆，也可单独发生。呕吐是指胃内容物或部分肠内容物通过食管逆流入口腔的反射性动作。呕吐可排出进入胃内的有毒物质，对机体有益。但频繁呕吐又可引起水、电解质紊乱及营养障碍，对机体不利。呕吐可分为中枢性呕吐和周围性呕吐。

中枢性呕吐常见于：①颅内压增高如脑炎、脑出血等。②前庭神经功能障碍，如内耳眩晕症、晕动病等。③其他如妊娠反应、尿毒症、低钾与低钠血症、代谢性酸中毒及某些药物也可引起。

周围性呕吐常见于消化系统疾病：①胃源性呕吐如胃炎、胃癌、幽门梗阻等。②反射性呕吐如腹腔脏器急性炎症、穿孔、梗阻等。

【护理评估】询问患者恶心与呕吐发生的时间、次数、原因和诱因、与进食的关系、伴随症状，呕吐物的量、性质和气味，患者的精神状态，呕吐是否与精神因素有关。注意观察患者的生命体征、神志、尿量，有无皮肤弹性差、口唇干燥、眼球凹陷等脱水表现，有无腹胀、腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张，肠鸣音有无改变，必要时送检呕吐物。胃源性呕吐常先恶心，后呕吐，吐后患者感到轻松，而反射性呕吐也先有恶心，但吐后不轻松。颅内高压引起呕吐常无恶心先兆，且顽固，呈喷射性。

食物中毒引起者常有进不洁食物史。进食 6~8h 后发生呕吐，吐出大量带有酸腐味的宿食，提示消化性溃疡并发幽门梗阻。呕吐物带有粪臭味，提示小肠梗阻。呕吐伴剧烈腹痛，可见于胆石症、胰腺炎、阑尾炎、肠梗阻等疾病。伴腹泻者可见于急性胃肠炎。上消化道出血时呕吐物呈咖啡色甚至鲜红色；长期呕吐伴畏食者可致营养不良。

【护理诊断】

1. 有体液不足的危险 与频繁呕吐导致失水有关。
2. 营养失调——低于机体需要量 与呕吐导致营养物质摄入不足、丢失过多有关。

3.活动无耐力 与呕吐导致水、电解质紊乱有关。

【护理措施】

1.患者呕吐时应帮助其坐起或侧卧,头偏向一侧,以免误吸。吐毕给予漱口,更换污染衣物被褥,开窗通风以去除异味。

2.患者突然起身可能出现头晕、心悸等不适。故小心变换体位,以免发生直立性低血压。

3.观察患者有无失水征象,准确测量和记录每日的出入量、尿相对密度、体重。依失水程度不同,患者可出现烦躁、神志不清以致昏迷,软弱无力、口渴、皮肤黏膜干燥、弹性减低,尿量减少、尿相对密度增高等表现。观察患者有无继续呕吐,记录呕吐的次数,呕吐物的性质和量、颜色、气味。动态观察实验室检查结果,例如血清电解质、酸碱平衡状态。

4.按医嘱应用止吐药及其他治疗,促使患者逐步恢复正常饮食和体力。疑有肠梗阻时,应禁食并进行胃肠减压。对呕吐频繁、不能进食或水和电解质紊乱者,应通过静脉补充液体、电解质及营养物质。

5.关心患者,了解其心理状态,耐心解答患者及家属提出的问题。向患者解释精神紧张不利于呕吐的缓解,特别是有的呕吐与精神因素有关,紧张、焦虑还会影响食欲和消化能力,而治病的信心及情绪稳定则有利于症状的缓解。

6.指导患者运用深呼吸、转移注意力等放松技术,减少呕吐的发生。

第二节 胃炎

胃炎是指各种病因所致的胃黏膜的炎性病变。按临床发病的缓急,一般分为急性胃炎和慢性胃炎两类。

一、急性胃炎

急性胃炎 是指胃黏膜的急性炎性病变。其主要病损是黏膜糜烂和出血,故常称为急性糜烂出血性胃炎,病变可局限于胃窦、胃体或弥漫分布于全胃。

【病因、发病机制与病理】

1.病因、发病机制

(1)急性应激:可由严重脏器疾病、大手术、大面积烧伤、休克等引起。虽然其机制尚未明了,但多数认为在上述严重情况下,应激的生理性代偿功能不足以维持胃黏膜微循环正常运行,使胃黏膜缺血缺氧,黏液分泌减少,前列腺素合成不足,导致黏膜屏障破坏,氢离子反弥散进入黏膜,引起胃黏膜糜烂和出血。

(2)药物:药物可直接损害胃黏膜,亦可通过抑制前列腺素的合成损害胃黏膜,常见的药物有非甾体类消炎药物和糖皮质激素,如阿司匹林、吲哚美辛(消炎痛)等。

(3)胆汁反流:常见于 Billroth II 式胃切除术后。胆汁和胰液中的胆盐和磷脂酶 A 及其他胰酶可破坏残胃黏膜,产生多发性糜烂。

(4)幽门螺杆菌感染:主要表现为慢性胃炎的急性活动,中性粒细胞浸润是其特点。

(5)其他:食用过量浓茶、咖啡、芥末、红辣椒、丁香、胡椒等均会造成胃黏膜的损伤。

2.病理 组织学可见在黏膜固有层有中性粒细胞和单核细胞浸润,以中性粒细胞为主,有不同程度的上皮细胞丧失,并见血液渗入,腺体扭曲,渗出物含蛋白质样物质和中性粒细胞。

【护理评估】

1.健康史 评估患者当前的身体状况,是否存在大手术、大面积烧伤、休克和各种严重的脏器疾病如中枢神经系统病变等急性应激的情况。了解患者有无幽门螺杆菌感染、胃及十二指肠功能失调、Billroth II 式胃大部切除手术史。详细了解患者的用药情况,是否长期服用非甾体类消炎药,如阿司匹林、吲哚美辛等,是否长期服用铁剂、氯化钾口服液等药物。询问患者的饮食情况,了解其是否喜芥末、红辣椒、丁香、胡椒等辛辣刺激性的调味品。饮食是否粗糙、过热,是否常饮浓茶、咖啡,有无大量饮酒的嗜好等。

2.临床表现 一般多数患者无明显临床症状,少数患者可出现上腹不适、饱胀、恶心、呕吐、反酸、嗝气等消化不良的症状。患者以消化道出血为主要表现,一般为间歇性少量出血,可自行停止,也可发生大出血引起呕血和黑便。持续少量出血可引起贫血,并可伴有上腹隐痛、烧灼痛、腹胀、恶心、呕吐等。大量出血可导致昏厥或休克。查体时,患者可有贫血貌,脉搏加快,上腹部或脐周轻压痛,肠鸣音亢进。

3.辅助检查

(1)粪便检查:大便隐血试验阳性。

(2)纤维胃镜检查:镜下可见胃体、胃窦部黏膜充血、水肿,并可见多发性糜烂、出血灶。

【治疗要点】

1.抑制胃酸分泌的药物 ①多选用 H_2 受体拮抗剂,能抑制基础胃酸分泌,如口服西米替丁、法莫替丁。主要的不良反应有腹胀、腹泻、便秘等消化道症状,还可出现面部潮红、骨髓抑制等;②质子泵抑制剂,能有效抑制胃酸分泌。如口服奥美拉唑。主要的不良反应有头痛、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、便秘、皮疹、眩晕等。③制酸剂,如口服胶体铝-镁合剂。

2.保护胃黏膜药物 硫糖铝为首选药物,饭前 1h 及睡前服用。主要不良反应有口干、恶心、胃痛、便秘等。

3.止血药物 对于出血患者,可采用局部止血治疗,如冷盐水口服;冰盐水 200ml 及去甲肾上腺素 8~16mg 口服。大量出血也可用凝血酶直接口服,出血停止即可停药。

【护理诊断】

- 1.知识缺乏 缺乏有关疾病的病因及防治知识。
- 2.潜在并发症 上消化道大量出血。
- 3.营养失调——低于机体需要量 与消化不良、少量持续性出血有关。

【护理措施】

1.生活护理

(1)休息与活动:护士应提供安静、舒适的环境,以利于患者休息。嘱患者卧床休息,伴大出血者应绝对卧床休息。

(2)饮食护理:急性期因呕吐、腹泻失水较多,饮食宜少量多次。饮水可补充体液,以防止和改善脱水。可食用米汤、果汁、藕粉、杏仁茶等含碳水化合物高的流质饮食。病情缓解后逐渐过渡到低脂少渣半流质饮食。为避免胃肠道发酵胀气,急性期忌用牛奶、豆浆、蔗糖等产气食品。禁食含纤维较多的各种蔬菜、水果及各种对胃黏膜有刺激的调味品、酒类。病情稳定后宜补充适量易消化的蛋白质食物,如鱼、瘦肉,烹调方法以蒸、煮、烩等为主,并逐渐增加食物内容和食物量。要注意少食多餐,防止食入过多造成消化不良。进餐时应细嚼慢咽。

2.病情观察 监测生命体征,询问患者有无上腹部不适,观察患者呕吐情况,了解呕吐次数、呕吐物性状。准确记录患者出入量,观察患者皮肤颜色、温度、弹性,及有无消化道出血,是否出现呕血、黑便等。遵医嘱建立静脉通道,必要时配血、输血,以及时补充水、电解质,维持有效循环血量。

3.用药护理 向患者解释说明目前所用药物的名称、作用,按医嘱执行剂量、用法并观察其副作用。

4.心理护理 护士要及时安慰患者,特别是出血的患者,使他们消除紧张情绪。结合患者实际情况介绍导致急性胃炎的原因及日常生活中如何预防等方面的知识。护士要做到在执行每一项操作前,给患者详细说明操作的目的和意义,以便患者有心理准备,积极配合治疗。

【健康教育】向患者介绍急性胃炎的病因,根据患者的具体情况进行指导:

- 1.避免使用对胃黏膜有刺激的药物,必须用时可同时服用制酸剂。
- 2.饮食要有规律,避免刺激性食物;嗜酒者必须戒酒,防止乙醇损伤胃黏膜。
- 3.本病为急性病,消除病因、及时治疗、预防复发是防止发展为慢性胃炎的主要手段。

二、慢性胃炎

慢性胃炎系指各种病因所致的胃黏膜的慢性炎性病变,其病理特点是以淋巴细胞和浆细胞的黏膜浸润为主,间有少量中性粒细胞和嗜酸性粒细胞,一般无黏膜糜烂,故常称为慢性非糜烂性胃炎。

【病因、病理与分类】

1.病因 慢性胃炎的病因尚未完全阐明,主要病因有以下几方面:

(1)幽门螺杆菌感染:目前认为 Hp 感染是慢性胃炎最主要的病因。其机制是:①幽门螺杆菌具有鞭毛结构,可在胃内黏液层中自由活动,并依靠其黏附素与胃黏膜上皮细胞紧密接触,直接侵袭胃黏膜。②幽门螺杆菌分泌一种活性高的尿素酶,分解尿素产生氨而中和胃酸,既形成了有利于幽门螺杆菌定居和繁殖的中性环境,又损伤了上皮细胞膜。③其分泌的空泡毒素蛋白可使上皮细胞受损,细胞毒素相关基因蛋白能引起强烈的炎症反应。④幽门螺杆菌菌体胞壁可作为抗原产生免疫反应。这些因素的长期存在导致胃黏膜的慢性炎症。

(2)自身免疫:壁细胞损伤后能作为自身抗原刺激机体的免疫系统而产生相应的壁细胞抗体和内因子抗体,破坏壁细胞,使胃酸分泌减少乃至缺失,还可影响维生素 B_{12} 吸收,导致恶性贫血。

(3)物理及化学因素:长期饮浓茶、酒、咖啡,食用过热、过冷、过于粗糙的食物,可损伤胃黏膜;服用大量非甾体类抗炎药可破坏黏膜屏障;各种原因引起的十二指肠液反流,因其中的胆汁和胰液等会削弱胃黏膜的屏障功能,使其易受胃酸-胃蛋白酶的损害。

(4)其他因素:慢性胃炎与年龄关系很大,有人认为慢性萎缩性胃炎是一种老年性改变,这可能与胃黏膜退行性变,使黏膜营养不良、分泌功能下降和胃黏膜屏障功能减退等因素有关。此外,某些疾病如心力衰竭、肝硬化门静脉高压、尿毒症以及营养不良等也使胃黏膜易于受损。

2.病理 慢性胃炎的实质是胃黏膜上皮遭受反复损害后,由于黏膜的特异再生能力,使黏膜发生改变,最终导致不可逆的固有胃腺体的萎缩、消失。在慢性胃炎的进展中,若炎性细胞(主要是浆细胞、淋巴细胞)浸润仅局限于胃小凹和黏膜固有层的表层,胃腺体则完整无损,称为慢性浅表性胃炎。病变进一步发展累及腺体,腺体萎缩、消失,胃黏膜变薄,称为慢性萎缩性胃炎。在慢性胃炎的发展过程中,胃腺细胞可发生肠腺化生,或假性幽门腺化生和增生,增生的上皮和肠化的上皮可发生发育异常,形成不典型增生,中度以上的不典型增生被认为是癌前病变。

3.分类 慢性胃炎的分类方法很多,我国2000年全国慢性胃炎研讨会共识意见中采纳了国际上新悉尼系统的分类方法,根据病理组织学改变和病变在胃的分布部位,结合可能病因,将慢性胃炎分成浅表性、萎缩性和特殊类型三大类。慢性浅表性胃炎是指不伴有胃黏膜萎缩性改变、胃黏膜层见以淋巴细胞和浆细胞为主的慢性炎症细胞浸润的慢性胃炎,幽门螺杆菌感染是这类慢性胃炎的主要病因。慢性萎缩性胃炎是指胃黏膜已发生了萎缩性改变的慢性胃炎,常伴有肠上皮化生。慢性萎缩性胃炎又可再分为多灶性萎缩性胃炎和自身免疫性胃炎两大类,前者表现为萎缩性改变在胃内呈多灶性分布,以胃窦为主,多由幽门螺杆菌感染引起的慢性浅表性胃炎发展而来,该类型胃炎相当于以往命名的B型胃炎;后者表现为萎缩改变主要位于胃体部,由自身免疫引起,此类型胃炎相当于以往命名的A型胃炎。特殊类型胃炎种类很多,由不同病因引起,临床上较少见。

【护理评估】

1.健康史 询问患者的饮食情况,是否长期饮用浓茶、咖啡、烈酒,进食过热、过冷、粗糙的食物、是否吸烟。了解用药情况,是否长期大量服用非甾体类消炎药物如阿司匹林、吲哚美辛等,是否经常服用糖皮质激素、铁剂、抗高血压药物等。了解患者家族中有无同类疾病,患者曾患哪些疾病,如门脉高压、右心功能不全、缩窄性心包炎、高血压、糖尿病、动脉硬化、肾功能不全、尿毒症等疾病。评估患者的心理状态,有无长期抑郁、精神紧张、情绪波动等。

2.临床表现 慢性胃炎病程迁延,并且病情多有反复。患者可有胃肠道症状,主要表现为消化不良。

(1)多数患者有上腹部疼痛,呈持续性胀痛或钝痛,多与饮食有关,可在进食后出现,空腹时较舒适。

(2)饮食不当时,如进食冷食、硬食、辛辣等刺激性食物后,可引起上腹部饱胀、疼痛,有时疼痛剧烈。

(3)部分可表现为上腹隐痛、嗝气、反酸、呕吐等。

(4)少数患者在天气变化时可出现上腹部不适。

(5)病程较长的患者可出现全身症状,如乏力、消瘦、头晕、舌炎、神经衰弱等。

此外,慢性胃炎可出现明显畏食和体重减轻,伴有贫血。有典型恶性贫血时,可出现舌萎缩和周围神经病变,如四肢感觉异常等。

3.辅助检查

(1)胃液分析:部分慢性胃炎胃酸正常,有时增多。偶尔有胃酸缺乏。

(2)血清学检查:部分慢性胃炎血清促胃液素水平明显升高,血清中可有抗壁细胞抗体和抗内因子抗体,维生素B₁₂水平明显减低。

(3)胃镜及胃黏膜活组织检查:是最可靠的确诊方法。通过胃镜在直视下观察黏膜的病损,可取活组织检查进一步证实为何种类型的胃炎。

(4)幽门螺杆菌检查:可通过培养、涂片、尿素酶测定等方法检测出幽门螺杆菌。

【护理诊断】

1.疼痛 与胃黏膜的慢性炎症有关。

2.营养失调——低于机体需要量 与慢性炎症所致胃酸分泌减少、消化不良、呕吐有关。

【治疗要点】

1.幽门螺杆菌感染所致的慢性胃炎,需灭菌治疗。常用的药物有胶体次枸橼酸铋。胶体次枸橼酸铋常与其他抗菌药联合使用,如阿莫西林、替硝唑或呋喃唑酮。

2.对于非幽门螺杆菌感染所致胃炎,可去除病因,对症治疗。有腹痛者可给予解痉止痛药,如阿托品、普鲁苯辛等;腹胀、恶心呕吐的患者可给予胃动力药,如多潘立酮或西沙必利;有胃酸症状的患者可给予制酸药,如西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁等;有胆汁反流的患者可给予硫糖铝及胃动力药,以中和胆汁,防止反流。

【护理措施】

1. 生活护理

(1) 休息与活动: 慢性胃炎的患者应注意平时生活规律, 合理安排工作、学习与休息的时间, 保证充足的睡眠, 注意劳逸结合, 避免过度劳累。

(2) 饮食护理: 指导患者合理饮食对于慢性胃炎的治疗、康复有着非常重要的意义。护士应告诉患者避免吃各种刺激性食物, 如烈酒、浓咖啡、生蒜、芥末等对胃黏膜有损伤的食物。同时应避免吃过硬、过酸、过辣、过冷和过分粗糙的食物, 并注意少用油炸、油煎等烹调方法, 食物宜清淡软烂。饮食应注意选择营养价值高和含维生素丰富的软食, 如牛奶、豆腐、胡萝卜和发酵的食品。贫血者应食用含铁丰富的动物内脏、肉类、鸡蛋等。饮食要有规律, 定时定量, 不暴饮暴食, 每餐勿过饱, 细嚼慢咽, 养成良好的饮食习惯, 以减轻胃的负担。

2. 用药护理 护士要告诉患者药物的正确使用方法。抗幽门螺杆菌药物应餐后服用; 解痉止痛药应餐前 1h 服用; 胃动力药餐前 0.5h 服用; 制酸药宜餐后 0.5~2h 服用。同时护士应告诉患者服药后可能出现的不良反应, 如上腹部不适、食欲减退、恶心呕吐、口干、心慌、头晕、大便变黑、药物过敏等, 停药后上述症状可消失。

3. 心理护理 护士应安慰患者, 稳定患者的情绪, 说明慢性胃炎经积极治疗预后是良好的, 以树立患者战胜疾病的信心, 使其消除顾虑, 积极配合治疗。对有中度以上不典型增生的患者, 告诉他们要定期随访, 定期进行胃镜检查, 以及时发现病情的变化及时治疗和处理, 如有恶变应及时进行手术及综合治疗, 可获得满意的疗效。

【健康教育】

1. 向患者及家属讲解有关病因。

2. 指导患者平时生活要有规律, 注意劳逸结合, 加强饮食卫生和饮食营养, 养成有规律的饮食习惯。戒除烟酒, 避免使用对胃黏膜有刺激的药物。

3. 嘱患者按时服用灭菌药物及胃黏膜保护药等, 并向患者介绍可能出现的不良反应, 如有异常及时复诊, 定期门诊复查。

本病易复发, 病程迁延。幽门螺杆菌感染严重时可能出现急性胃炎表现, 部分病例可有癌变倾向。故积极消除病因, 定期复查是防治的主要手段。

第三节 消化性溃疡

消化性溃疡系指发生于胃肠道黏膜的慢性溃疡。其形成与胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关, 溃疡病灶多位于胃和十二指肠壶腹部。

【病因、发病机制与病理】

1. 病因 病因尚不完全明了, 一般认为与下列因素有关。

(1) 幽门螺杆菌感染: 幽门螺杆菌感染是慢性胃炎的主要病因, 而慢性胃炎与消化性溃疡密切相关, 大多数胃溃疡是在慢性胃炎的基础上发生的。另外, 几乎所有的十二指肠溃疡均有幽门螺杆菌感染的慢性胃炎存在。

(2) 非甾体抗炎药: 在酸性环境下, 非甾体抗炎药如阿司匹林不能离子化而以原物溶解于胃酸。阿司匹林原物是脂溶性的, 能穿透上皮细胞膜破坏黏膜屏障, 抑制环氧化酶活性, 干扰胃、十二指肠黏膜内的前列腺素合成, 使黏膜失去前列腺素的保护作用。

(3) 胃酸分泌过多: 溃疡只发生于与胃酸相接触的黏膜。胃酸分泌过多, 破坏黏膜屏障, 加强胃蛋白酶的消化作用。

(4) 其他: 应激和心理因素, 如长期处于紧张环境中、工作负担过重、悲伤、沮丧、愤怒等。遗传、吸烟、饮食不节等因素均可诱使溃疡的发生。

2. 发病机制 消化性溃疡的发病过程可概括为两种力量之间的抗衡。一是对黏膜损伤的侵袭力, 另一是黏膜自身的防卫力。侵袭力过强, 防卫力过低或侵袭力超过防卫力时, 就会产生溃疡。

黏膜损伤的侵袭力, 主要是指胃酸/胃蛋白酶的消化作用, 其他尚有胆盐、胰酶、药物(非甾体消炎药)、乙醇等。黏膜自身的防卫力, 包括黏膜屏障、黏液-HCO₃⁻屏障、前列腺素、细胞更新、表皮生长因子和黏膜血流量等, 均能促进损伤黏膜的修复。正常时胃酸并不损伤黏膜, 主要因黏膜屏障阻止 H⁺ 的反弥散, 只有在黏膜因某种情况发生损伤后胃酸和胃蛋白酶才起自身消化作用。

(1) 十二指肠溃疡的发生与侵袭力的增强关系密切, 主要是胃酸和胃蛋白酶的侵袭作用。胃酸的分泌

量与壁细胞总数成正比。研究发现十二指肠溃疡时壁细胞总量可达正常人的 1.5~2 倍,这一增多与遗传或壁细胞长期遭受刺激(迷走神经持续张力亢进或 G 细胞增殖分泌过多的促胃液素)有关。过度酸负荷是造成十二指肠溃疡的重要条件。

(2)胃溃疡时胃酸分泌在正常范围内,且常偏低。黏膜防卫力不足对胃溃疡的形成起主要作用。幽门螺杆菌在胃窦的寄生和所致的胃窦炎是胃溃疡患者黏膜抵抗力削弱的重要因素。胃溃疡好发于胃窦和胃体黏膜交界处,在胃小弯附近的胃窦一侧,均在慢性胃窦炎的基础上发生。

3.病理 溃疡一般为单个,也可多个,呈圆形或椭圆形,直径多小于 10mm。GU 要比 DU 稍大,深至黏膜肌层,边缘光整增厚,底部洁净,由肉芽组织构成,上面覆盖有灰白或灰黄纤维渗出物。活动性溃疡周围黏膜常有炎性水肿。深者可达胃壁肌层或浆膜层,穿破浆膜层时可致穿孔,血管破溃可致出血。

【护理评估】

1.健康史 询问患者首次发病的时间,病程经过,发作时有无明确的诱因,如天气变化、饮食不当或情绪波动等。疼痛出现的时间、部位及性质,疼痛缓解的方式;有无恶心、呕吐、嗝气、反酸,有无呕血和排黑粪史,曾做过何种检查及治疗,结果如何。既往有无暴饮暴食、喜食酸辣等食物的习惯,是否嗜烟酒,有无经常服用阿司匹林类药物史。家族中有无溃疡病者。

2.临床表现 临床上,消化性溃疡呈现以下特点:①慢性过程反复发作,病史可达几年或十几年。②周期性发作,发作期与缓解期相交替。发作有季节性,常发生于秋冬或冬春之交。③节律性上腹痛。

(1)症状:

1)腹痛:上腹部疼痛是本病的主要症状,可为钝痛、灼痛、胀痛甚至剧痛,或呈饥饿样不适感。疼痛多位于上腹中部、偏右或偏左。多数患者疼痛有典型的节律,与进食有关。十二指肠溃疡的疼痛常在餐后 3~4h 开始出现,如不服药或进食则持续至下次进餐后才缓解,即疼痛-进餐-缓解,故又称空腹痛。约半数患者于午夜出现疼痛,称午夜痛。胃溃疡的疼痛多在餐后 0.5~1h 出现,至下次餐前自行消失,即进餐-疼痛-缓解。午夜痛也可发生,但较十二指肠溃疡少见。部分患者无上述典型疼痛,而仅表现为无规律性的上腹隐痛不适,也可因并发症的出现而发生疼痛性质及节律的改变。

2)其他:部分患者无典型症状,仅表现为无规律性较含糊的上腹隐痛不适,伴胀满、厌食、嗝气、反酸等症状,多见于胃溃疡患者。

(2)体征:发作时剑突下可有固定而局限的压痛点,缓解时无明显体征。

1)出血:消化性溃疡是上消化道出血最常见病因。15%~25%的患者可并发出血,十二指肠溃疡比胃溃疡容易发生。一般出血 50~100ml 即可出现黑便,超过 1000ml 时可引起循环障碍发生眩晕、出汗、血压下降、心律加速,0.5h 内超过 1500ml 时会发生休克。

2)穿孔:见于 2%~10%的病例。当溃疡深达浆膜层可发生穿孔。在饮酒、劳累、服用阿司匹林等诱因存在时,可出现突发的上腹剧痛,大汗淋漓,烦躁不安,服制酸剂不能缓解。当炎症迅速波及全腹时,临床即表现出急性弥漫性腹膜炎的特征,部分患者出现休克。此为急性穿孔的特征性表现。如腹痛规律发生改变,疼痛顽固而持久或向背部放射,可考虑慢性穿孔。

3)幽门梗阻:幽门梗阻主要由十二指肠或幽门管溃疡引起。幽门梗阻使胃排空延迟,上腹胀满不适,疼痛于餐后加重,常伴蠕动波,并有恶心、呕吐,大量呕吐后症状可暂缓解,呕吐物含发酵酸性宿食。严重呕吐可致失水、低氯低钾性碱中毒、营养不良和体重减轻。

4)癌变:少数胃溃疡可发生癌变,癌变率在 1%以下,十二指肠溃疡则极少见。如果患者有长期慢性胃溃疡病史,年龄在 45 岁以上,症状顽固,经严格内科治疗 8 周无效,大便隐血试验持续阳性者,应怀疑是否癌变,需进一步检查。

3.辅助检查

(1)胃液分析:胃溃疡患者胃酸分泌正常或稍低于正常,1/4~1/3 的十二指肠溃疡患者有胃酸分泌增高,以基础分泌(BAO)和夜间最大排酸量(MAO)最明显,其余则在正常偏高范围。如果 MAO 证明胃酸缺乏,应高度怀疑溃疡为癌性。如果 BAO>15mmol/h、MAO>60mmol/h,BAO/MAO 比值>60%,提示有促胃泌素瘤的可能。

(2)幽门螺杆菌检查:可做 ¹³C-尿素呼气试验,测血中抗幽门螺杆菌抗体,或检测活检标本确定有无幽门螺杆菌感染。

(3)大便隐血试验:隐血试验阳性提示溃疡有活动性;治疗后 1~2 周内应转阴,如胃溃疡患者持续阳性,应怀疑癌变的可能。

(4)X 线钡餐检查:可见龛影,良性者向外凸出于胃、十二指肠钡剂轮廓之外,在其周围常见一光滑的堤,其外为辐射状黏膜皱襞。