



特色专病中西医结合 护理手册

黎贵湘 程桂兰 夏 庆 主编

科学出版社

特色专病中西医结合 护理手册

主 编 黎贵湘 程桂兰 夏 庆

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书分三篇，共六十七章，包括特色专病的中西医结合护理，特色专病的中西医护理技术及中医护理与养生。全书涵盖了中西医结合治疗疗效显著的特色专病的临床诊疗护理经验和特色治疗护理技术，以及中医护理与养生的理论和方法。本书的新颖之处在于对疗效显著的特色专病中西医结合诊疗护理及相关特色治疗护理技术首次进行了全面的整理和总结，为其他同类书籍中未涉及的内容。

本书内容丰富，实用性、便捷性、可操作性强，适合中西医结合医院、中医医院、综合医院中西医结合科或中医科的临床护士学习和阅读。

图书在版编目（CIP）数据

特色专病中西医结合护理手册/黎贵湘，程桂兰，夏庆主编. —北京：科学出版社，2015.9

ISBN 978-7-03-045823-0

I. 特… II. ①黎… ②程… ③夏… III. 中西医结合—护理学—手册. IV. R47-62

中国版本图书馆CIP数据核字（2015）第228885号

责任编辑：康丽涛 戚东桂 / 责任校对：胡小洁

责任印制：赵 博 / 封面设计：黄华斌

版权所有，违者必究。未经本社许可，数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码：100717

<http://www.sciencep.com>

北京市安泰印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2015年9月第 一 版 开本：787×960 1/32

2015年9月第一次印刷 印张：14 3/8

字数：320 000

定价：58.00元

（如有印装质量问题，我社负责调换）

《特色专病中西医结合护理手册》

编写人员

主 编 黎贵湘 程桂兰 夏 庆
副主编 陈本会 常 静 郭 佳 王 芳
编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

常 静	陈 洁	陈本会
程桂兰	方 怡	高 瑛
龚翰林	郭 佳	胡翠蓉
黄才蓉	兰 霞	黎贵湘
李 娟	李辉香	李健琼
李璘倩	刘慧玲	龙芙蓉
罗小燕	史兰辉	王 芳
文 谦	吴 灵	吴伦卉
夏 庆	向珏颖	熊艳艳
薛 萍	杨雯雯	叶 静
叶林英	赵 秀	朱 姝
朱玲莉		

前 言

中西医结合是在我国中医和西医并存的历史条件下产生的，是我国卫生事业的一大特色，先哲们积累了丰富的治疗和护理的宝贵经验。近年来，中西医结合防病治病得到了更为迅猛的发展，尤其是部分特色优势病种的中西医结合治疗及护理，取得了显著的疗效，为广大患者带来了福祉。

四川大学华西医院中西医结合科作为国家卫计委国家临床重点专科建设单位、国家中医药管理局重点专科建设单位、国家中医药管理局重点学科，一直致力于中西医结合治疗疾病的创新和研究，尤其是针对急性胰腺炎（脾心痛），独树一帜地建立了治疗该病的辨证论治及施护的理论体系并加以应用，疗效显著，居国内外大宗病案报道的领先水平，成为中西医学结合的典范。针对其他特色专病如粘连性肠梗阻（肠结）、慢性阻塞性肺疾病（喘病、肺胀）、支气管哮喘（哮喘）、混合痔（痔）等的中西医结合治疗和护理，也积累了丰富的临床经验和方法，取得了显著疗效。为适应日益发展的中西医结合护理要求，满足中西医结合医院、中医医院、综合医院中西医结合科护理人员工作、学习的需要，在深化责任制整体护理的基础上，四川大学华西医院中西医结合科组织并诚邀成都中医药大学附属医院的护理专家编写了《特色专病中西医结合护理手册》，众编者将多年的宝贵经验和心得体会编辑成册以飨读者，让中西医结合治疗疗效显著的特色

专病的辨证论治及施护理论和技术得以传承和发展。

本书具有以下特色：

(1) 本书通过整理、继承、发展特色专病独到的临床诊疗护理经验、特色治疗护理技术，并吸收国内外先进的中西医结合诊疗护理理念，使中西医结合诊疗护理理论和技术系统化、规范化。本书具有实用性、便捷性、可操作性。

(2) 本书中疗效显著的特色专病如脾心痛、肠结、喘病、肺胀、哮喘、肺痈、肛漏、痔、肛痈、裂痔、中风、盆腔炎、白疔、消渴病足的中医辨证论治及施护大多为编者首次归纳整理，为其他同类书籍中未涉及的内容。

(3) 本书针对特色专病涉及的主要中西医诊疗护理技术，从操作目的、操作准备、操作步骤、操作注意事项、操作常见并发症预防及处理等方面进行了较为全面的阐述。同时，对中医护理基本理论和传统运动与养生也进行了简要的陈述。

(4) 本书古为今用、洋为中用，避免了其他同类书籍针对疾病单纯西医或中医护理的不足。

由于编者经验有限加之编写时间仓促，书中难免有疏漏或有争议之处，敬请读者不吝指正，以期改进。

编 者

2015年4月

目 录

第一篇 特色专病的中西医结合护理

第一章	急性胰腺炎(脾心痛)中西医结合护理	1
第二章	粘连性肠梗阻(肠结)中西医结合护理	29
第三章	胆石症(胆石)中西医结合护理	43
第四章	慢性阻塞性肺疾病(喘病、肺胀) 中西医结合护理	58
第五章	支气管哮喘(哮病)中西医结合护理	76
第六章	支气管扩张(肺癆)中西医结合护理	89
第七章	社区获得性肺炎(风湿肺热病) 中西医结合护理	101
第八章	混合痔(痔)中西医结合护理	115
第九章	肛瘘(肛漏)中西医结合护理	129
第十章	肛周脓肿(肛痈)中西医结合护理	140
第十一章	肛裂(裂痔)中西医结合护理	152
第十二章	脑卒中(中风)中西医结合护理	163
第十三章	糖尿病足(消渴病足)中西医结合护理 ...	182
第十四章	盆腔炎性疾病(盆腔炎)中西医结合护理 ...	204
第十五章	寻常型银屑病(白疔)中西医结合护理 ...	214

第二篇 特色专病的中西医护理技术

第十六章	中药用药护理	229
第一节	内服汤剂护理	229
第二节	静脉给药护理	230
第三节	外用中药护理	233



第十七章	中药鼻饲	236
第十八章	中药保留灌肠	239
第十九章	六合丹外敷	242
第二十章	芒硝外敷	245
第二十一章	超声电导靶位投药治疗技术	249
第二十二章	光能生物治疗技术	252
第二十三章	穴位注射法	255
第二十四章	电针法	258
第二十五章	灸法	261
第二十六章	拔罐法	266
第二十七章	耳穴贴压(耳穴埋豆)	269
第二十八章	刮痧法	272
第二十九章	穴位贴敷法	276
第三十章	穴位按摩法	280
第三十一章	经穴位神经电刺激技术	283
第三十二章	中药封包	286
第三十三章	中药湿敷	288
第三十四章	中药涂药	291
第三十五章	中药熏洗疗法	293
第三十六章	中药熏蒸	296
第三十七章	中药药浴	299
第三十八章	中药熨烫	302
第三十九章	中药蒸汽浴	304
第四十章	中药离子导入法	307
第四十一章	电按摩法	309
第四十二章	吞咽治疗仪使用技术	311
第四十三章	蜡疗技术	313
第四十四章	胃肠减压技术	316
第四十五章	肠内营养护理技术	320

第四十六章	伤口换药	325
第一节	急性胰腺炎术后伤口换药	325
第二节	痔瘕术后伤口换药	329
第四十七章	腹腔冲洗技术	332
第四十八章	腹内压监测技术	335
第四十九章	动态血糖监测技术	337
第五十章	极超短波治疗仪使用技术	342
第五十一章	无创机械通气技术	344
第五十二章	人工气道护理技术	348
第五十三章	体位引流技术	358
第五十四章	机械振动排痰技术	362
第五十五章	胸腔闭式引流护理技术	366
第五十六章	胸腔穿刺术的护理	373
第五十七章	腹腔穿刺术的护理	376
第五十八章	纤维支气管镜检查术的护理	379
第五十九章	吸入疗法的护理	384
第六十章	肛肠动力检测技术	393
第六十一章	结肠灌洗技术	397
第六十二章	红外线治疗技术	401

第三篇 中医护理与养生

第六十三章	生活起居护理	405
第六十四章	情志护理	411
第六十五章	体质调护	416
第六十六章	饮食调护	422
第六十七章	传统运动与养生	433
第一节	五禽戏	435
第二节	八段锦	438
第三节	太极拳	439



第四节	六字诀	443
第五节	易筋经	444

第一篇

特色专病的中西 医结合护理

第一章 急性胰腺炎（脾心痛） 中西医结合护理

【概述】

急性胰腺炎（acute pancreatitis, AP）是多种病因引起的胰酶激活，继以胰腺局部炎症反应为主要特征，伴或不伴有其他器官功能改变的疾病。临床表现通常呈急性起病，表现为上腹部疼痛，伴有不同程度的腹膜炎体征。常有恶心、呕吐、腹胀、发热、心率增快、白细胞计数上升、血或尿淀粉酶升高等表现。

【病因及病机】

急性胰腺炎的病因是多方面的，主要有胆石症（包括胆道微结石）、乙醇、高脂血症、壶腹乳头括约肌功能不良、十二指肠乳头旁憩室、经内镜逆行性胰胆管造影（ERCP）术后、外伤性、腹部手术后、药物和毒物、高钙血症、胰腺分裂、壶腹周围癌、胰腺癌、血管炎、感染性（柯萨奇病毒、腮腺炎病毒、HIV、蛔虫症）、自身免疫性（系统性红斑狼疮、干燥综合征）、 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏症，经临床与影像学、生化等检查，不能确定病因者称为特发性。这些病因中，临床最常见的为胆石

症、乙醇及高脂血症。

祖国医学对急性胰腺炎并无系统论述。根据从《黄帝内经》开始的经典古籍中记载的从不同侧面反映类似本病临床特征的描述,本病可归于中医胃脘痛、脾心痛、脾热病、结胸病等范畴。对本病的辨证认识,脏腑辨证难于找出重症急性胰腺炎伴多器官功能不全时临床表现复杂、证候繁多的内在联系,且无法反映其动态的变化;伤寒六经辨证难以概括本病常见的热瘀血症和脏衰证;卫气营血辨证也难以概括病程中的脏衰表现,以及本病发病直接从气分开始,并无卫分表证的特点。我院研究小组在大量临床实践中,通过系统观察、总结重症急性胰腺炎病因证候特点、病机演变规律,在中医整体观念、辨证论治及传统热病理论指导下,以卫气营血和脏腑辨证为基础,兼取两者之长,明确提出用热病气分、血分、脏衰、恢复分期概括本病的证候类型和病机传变规律的热病理论。即疾病的病机传变一般经历气分证期、血分证期、脏衰证期和恢复期。气分证期表现以郁、热、瘀、结病机特点为主,可见脾胃实热、结胸实热、肠结实热、中焦(肝胆脾胃)实热或湿热等证候类型,以少阳阳明合病或阳明腑实证为特点。血分证期表现以厥脱、痈疡、热瘀血证病机特点为主,可见气阴暴伤、神失气脱、热深厥深的厥脱证(休克)。若湿热火毒之邪与血相搏,瘀腐成脓,则可形成以胰腺脓肿、胰周脓肿等为代表的脏腑痈疡证。亦可上溢胸膈,侵及下焦,形成流注痈疡证。若毒邪入血、耗血动血、迫血妄行,可致热瘀血证(DIC)。脏衰证期由于邪毒弥漫三焦、五脏六腑皆受病,可见气血败乱、脏器衰败的诸多脏衰证候(多脏器衰竭),甚则内闭外脱、亡阴亡阳。恢复期由于邪去正伤、热去湿留、瘀血内停,

而表现出气阴两伤、脾虚湿困、湿热留恋、癥瘕积聚等证候。

【病理】

急性胰腺炎的病理分型：一般分为急性水肿型（轻型）胰腺炎和急性出血坏死型（重型）胰腺炎两种。轻型主要变化为胰腺局限或弥漫性水肿、肿大变硬、表面充血、包膜张力增高，镜下可见腺泡、间质水肿，炎性细胞浸润，少量散在出血坏死灶，血管变化常不明显，渗液清亮。重型主要变化为胰腺高度充血水肿，呈深红、紫黑色，镜下见胰组织结构破坏，有大片出血坏死，大量炎细胞浸润。继发感染可见脓肿，胰周脂肪组织出现坏死，可形成皂化斑（系为胰脂肪酶分解脂肪为脂肪酸和甘油，脂肪酸与血中钙结合成此斑，所以血钙下降）。腹腔内有混浊恶臭液体，液中含有大量胰酶，吸收入血后各种酶含量增高，具有诊断意义。

【诊断要点】

1. 急性胰腺炎诊断标准

（1）腹痛符合急性胰腺炎特征（急性持续、严重的上腹部疼痛常向背部放射）。

（2）血清淀粉酶和（或）脂肪酶大于正常值上限3倍。

（3）腹部影像学检查具有急性胰腺炎的特征性改变，具有以上三项标准中的两项，可诊断AP。对于诊断不清或入院后最初48～72小时临床无改善的患者，可行胰腺增强CT和（或）MRI扫描。

2. 急性胰腺炎严重程度的定义标准 根据入院后24小时内有无器官功能衰竭可分为轻症急性胰腺炎（mild

acute pancreatitis, MAP) 和重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP), 根据脏器衰竭在 48 小时内是否能恢复分为中重症急性胰腺炎 (moderately severe acute pancreatitis, MSAP) 和重症急性胰腺炎。

3. 急性胰腺炎诊断要点

(1) 详细询问病史: 包括家族史、既往病史、饮酒史、药物服用史等。计算体重指数 (BMI)。

(2) 基本检查: 血尿淀粉酶、血脂肪酶测定, 肝肾功能试验, 心肌酶学测定。

(3) 血脂、血糖、血钙测定; 腹部 B 超。

(4) 深入检查: 病毒测定, 自身免疫标志物, 肿瘤标志物 (CEA、CA19-9) 测定; CT 扫描 (最好行增强 CT), ERCP 或磁共振胰胆管造影 (MRCP), 超声内镜 (EUS) 检查, 壶腹乳头括约肌测压 (必要时), 胰腺外分泌功能检测等。

(5) 临床表现: 腹痛是急性胰腺炎的主要症状, 位于上腹部, 常向背部放射, 多为急性发作, 呈持续性, 少数无腹痛。可伴有恶心、呕吐。发热常源于急性炎症、坏死胰腺组织继发感染或继发真菌感染。发热、黄疸者多见于胆源性胰腺炎。

(6) 全身并发症: 心动过速和低血压, 或休克; 肺不张、胸腔积液和呼吸衰竭; 少尿和急性肾衰竭; 耳鸣、复视、谵妄、语言障碍及肢体僵硬, 昏迷等胰性脑病表现, 可发生于起病后早期, 也可发生于疾病恢复期。

(7) 体征: 轻症者仅为上腹部轻压痛, 重症者可出现腹膜刺激征、腹水, 胰腺出血渗透到皮下可见 Grey-Turner 征 (左腰肋部皮下棕蓝色斑块)、Cullen 征 (脐周皮下棕蓝色斑块)。少数病人因脾静脉栓塞出现门静脉高压, 肿大。罕见横结肠坏死。腹部因液体积聚或假性囊肿

形成可触及肿块。其他可有相应并发症所具有的体征。

（8）血清酶学检查：强调血清淀粉酶测定的临床意义，尿淀粉酶变化仅作为参考。血清淀粉酶活性高低与病情严重度呈不相关性。病人是否开放饮食或病情程度的判断不能单纯依赖于血清淀粉酶是否降至正常，应综合判断。

血清淀粉酶持续增高要注意病情反复、并发假性囊肿或脓肿、疑有结石或肿瘤、肾功能不全、巨淀粉酶血症等。要注意鉴别其他急腹症引起的血清淀粉酶增高。

血清脂肪酶活性测定具有重要临床意义，尤其当血清淀粉酶活性已经下降至正常，或其他原因引起血清淀粉酶活性增高，血清脂肪酶活性测定有互补作用，血清脂肪酶活性与疾病严重度不呈正相关。

（9）血清标志物：推荐使用C反应蛋白（CRP），发病后72小时 $\text{CRP} > 150 \text{ mg/L}$ ，提示胰腺组织可能坏死。动态测定血清白介素6（IL-6）水平增高提示预后不良。

（10）影像学检查

1）B超：在发病初期24～48小时行B超检查，可以初步判断胰腺组织形态学变化，同时有助于判断有无胆道疾病，但受急性胰腺炎时胃肠道积气的影响，对急性胰腺炎常不能做出准确判断。

2）CT：增强CT（CE-CT）或动态增强CT检查根据炎症的严重程度分级为A～E级。

A级：正常胰腺。

B级：胰腺实质改变包括局部或弥漫的腺体增大。

C级：胰腺实质及周围炎症改变，胰周轻度渗出。

D级：除C级外，胰周渗出显著，胰腺实质内或胰周单个液体积聚。

E级：广泛的胰腺内、外积液，包括胰腺和脂肪坏死、胰腺脓肿。



【治疗】

1. 发病初期的处理和监护 纠正水、电解质紊乱，支持治疗，防止局部及全身并发症。内容包括血常规测定、尿常规测定、粪便隐血测定、肝肾功能测定、血糖测定、心电监护、血压监测、血气分析、血清电解质测定、胸部 X 线片、中心静脉压测定。动态观察腹部体征和肠鸣音改变。记录 24 小时尿量和出入量变化。上述指标可根据患者具体病情做相应选择。常规禁食，对有严重腹胀、麻痹性肠梗阻者应进行胃肠减压。

2. 补液 补液量包括基础需要量和已损失量，特别注意流入组织间隙的液体量、出汗量及呼吸损失量。应注意输注胶体物质和补充微量元素、维生素等。

3. 镇痛 疼痛剧烈时考虑镇痛治疗。在严密观察病情下，可注射盐酸哌替啶（杜冷丁）。不推荐应用吗啡或胆碱能受体拮抗剂，如阿托品、山莨菪碱等，因前者会收缩 Oddi 括约肌，后者则会诱发或加重肠麻痹。

4. 抑制胰腺外分泌和胰酶抑制剂应用

（1）奥曲肽、生长抑素类制剂：停药指征为临床症状改善、腹痛消失，和（或）血清淀粉酶活性降至正常。

（2） H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂（PPI）。

（3）非肽类蛋白酶抑制剂：加贝酯是目前应用较为广泛的酶抑制剂，可抑制胰蛋白酶、激肽释放酶、纤维蛋白酶、凝血酶等蛋白酶的活性，从而抑制这些酶所造成的病理生理变化。

5. 血管活性物质的应用 由于微循环障碍在急性胰腺炎尤其是重症急性胰腺炎发病中起重要作用，推荐应用改善胰腺和其他器官微循环的药物，如前列腺素 E_1 制剂、血小板活化因子拮抗剂制剂、丹参制剂等。

6. 抗生素应用

（1）轻症非胆源性急性胰腺炎不推荐使用常规抗生素。

（2）轻症胆源性急性胰腺炎，或重症急性胰腺炎应常规使用抗生素。

（3）抗生素的应用应遵循抗菌谱为革兰阴性菌和厌氧菌为主、脂溶性强、有效通过血胰屏障。

（4）推荐甲硝唑联合喹诺酮类药物为一线用药，疗效不佳时改用泰能，疗程为7～14天，特殊情况下可延长应用。要注意胰外器官继发细菌感染的诊断，根据药敏选用抗生素。要注意真菌感染的诊断，临床上无法用细菌感染来解释发热等表现时，应考虑到真菌感染的可能，可经验性应用抗真菌药，同时进行血液或体液真菌培养。

7. 营养支持

（1）轻症急性胰腺炎患者，只需短期禁食，故不需肠内或肠外营养。

（2）重症急性胰腺炎患者常先施行肠外营养，一般7～10天，待病情趋向缓解，则考虑实施肠内营养。将鼻饲管放置Treitz韧带以下开始肠内营养，如能耐受则逐步加量。应注意补充谷氨酰胺制剂。一般而言，SAP患者需要的热量为8000～10000 kJ/d，50%～60%来自糖，15%～20%来自蛋白，20%～30%来自脂类，对于高脂血症患者，应减少脂肪类物质的补充。先给予要素饮食，从小剂量开始，20～30 ml/h，如果能量不足，可辅以肠外营养，并观察患者的反应，如能耐受，则逐渐加大剂量，最大可达100 ml/h。进行肠内营养时，应注意患者的腹痛、肠麻痹、腹部压痛等胰腺炎症状体征是否加重，并定期复查电解质、血脂、血糖、总胆红素、血清白蛋白水平、血常规及肾功能等，以评价机体代谢状