

临床常见疾病护理

于海蓉 王丽艳 李亚君 温兆杰 主编



 中国科学技术出版社

临床常见疾病护理

于海蓉 王丽艳 李亚君 温兆杰 主编

中国科学技术出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

临床常见疾病护理/于海蓉等主编. —北京: 中国科学技术出版社, 2006. 5

ISBN 7-5046-4298-3

I. 临... II. 于... III. 常见病—护理 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 015968 号

中国科学技术出版社出版

北京海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081

电话: 010-62103210 传真: 010-62183872

<http://WWW.kjpbooks.com.cn>

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

哈尔滨太平洋彩印有限公司

*

开本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16 印张: 24.75 字数: 610 千字

2006 年 3 月第 1 版 2006 年 3 月第 1 次印刷

定价: 60.00 元

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、
脱页者, 本社发行部负责调换)

内容简介

本书是“十二五”国家重点图书出版规划项目，也是“十二五”国家重点出版物出版规划项目。本书共分10章，主要内容包括：绪论、线性规划、目标规划、非线性规划、动态规划、图论、网络流、排队论、存储论、对策论。本书可作为高等院校工科、理科、经管类专业及相关专业教材，也可供从事相关工作的工程技术人员参考。

编 委 会

主 编：于海蓉 王丽艳 李亚君 温兆杰

副 主 编：姜 静 郝金玉 郑 超

编 委：(按姓氏笔画排序)

于伟东 王春梅 冯振红 李 恒

李芳春 刘海波 刘松梅 张伟英

杨立娟 高 华 超 越

责任编辑 张 楠

封面设计 刘茗茗

责任校对 赵丽英 孟华英

责任印制 安利平

前 言

临床护理学是医学科学领域里的一门综合性应用科学。随着社会进步、科学发展,21 世纪我国护理工作进入以病人为中心、护理程序为框架、护理诊断为核心的生物心理社会模式。护理工作领域日益扩大,高新技术的发展及普遍应用,现代化管理策略,这一切需要护士建立合理的知识结构,提高专业工作能力和业务水平,跟上护理学科的发展,不断地把新理论、新知识、新技术和新方法与临床护理实践相结合,更好地为病人实施整体护理,从而推动我国护理学科的发展。

本书编者在临床护理第一线工作多年,既有丰富的实践经验,又有一定的理论水平,我们希望本书能为临床护士能力与水平的提高起到帮助作用。

由于时间有限,经验、能力不足,疏忽、遗漏和不当之处在所难免,敬请指正。

于海蓉

2005 年 12 月

目 录

内科疾病护理

第一章 消化系统疾病护理	(1)
第一节 常见症状体征的护理	(1)
第二节 食管疾病的护理	(4)
第三节 肝脏疾病的护理	(19)
第四节 急性胰腺炎的护理	(32)
第五节 常用诊疗技术及护理	(35)
第二章 神经系统疾病护理	(45)
第一节 脑血管疾病的护理	(45)
第二节 运动障碍性疾病的护理	(51)
第三节 发作性疾病的护理	(56)
第四节 重症肌无力的护理	(60)
第三章 内分泌代谢性疾病护理	(63)
第一节 常见症状体征的护理	(63)
第二节 糖尿病的护理	(64)
第三节 甲状腺疾病的护理	(73)
第四章 介入性治疗及护理	(81)
第一节 心血管疾病的介入治疗	(81)
第二节 呼吸系统疾病的介入性治疗	(84)
第三节 肾脏疾病的介入治疗	(89)
第四节 介入治疗后的护理	(90)

手术室及外科疾病护理

第五章 手术室的护理	(99)
第一节 手术室布局与净化	(99)
第二节 手术室感染管理	(104)
第三节 常用消毒灭菌方法	(113)
第四节 手术室护理整体工作模式	(120)
第五节 应急情况的处理	(124)
第六节 普通外科手术的护理配合	(130)
第七节 颅脑外科手术的护理配合	(158)
第八节 泌尿外科手术的护理配合	(163)
第九节 显微外科手术的护理配合	(175)

第六章 头颈部疾病的护理	(193)
第一节 甲状腺疾病护理	(193)
第二节 喉癌的护理	(200)
第三节 鼻咽癌的护理	(211)
第七章 骨外科疾病的护理	(221)
第一节 概述	(221)
第二节 常见的四肢骨折	(225)
第三节 石膏绷带术与护理	(230)
第四节 骨感染病人的护理	(234)
第八章 肛肠外科疾病护理	(237)
第一节 解剖生理概要	(237)
第二节 直肠肛管良性疾病	(238)
第三节 结肠癌和直肠癌的护理	(241)
第四节 肠瘘的护理	(246)
第九章 周围血管疾病护理	(253)
第一节 下肢静脉曲张护理	(253)
第二节 深静脉血栓形成与护理	(255)
第三节 血栓闭塞性脉管炎护理	(258)
第四节 动脉硬化闭塞症的护理	(261)
第五节 雷诺综合征	(263)
第六节 足部溃疡及坏疽的护理	(264)
第七节 弹力绷带和弹力袜的使用及注意事项	(265)
第八节 血管手术前后及抗凝治疗的护理	(266)

产科疾病护理

第十章 产科疾病护理	(269)
第一节 异常妊娠期孕妇的护理	(269)
第二节 正常分娩期妇女的护理	(277)
第三节 异常分娩期产妇的护理	(281)

儿科疾病护理

第十一章 儿科疾病的护理	(289)
第一节 神经系统疾病的护理	(289)
第二节 传染性疾病患儿的护理	(294)
第三节 结缔组织病患儿的护理	(300)
第四节 病毒性心肌炎患儿的护理	(304)

耳鼻喉科疾病护理

第十二章	耳鼻喉科疾病的护理	(307)
第一节	耳鼻咽喉疾病的基本特征及常用护理技术操作	(307)
第二节	鼻部疾病的护理	(311)
第三节	咽部疾病的护理	(313)
第四节	喉部疾病的护理	(315)
第五节	耳部疾病的护理	(322)
第六节	耳鼻喉、气管及食管异物病人的护理	(324)

管理学与护理管理

第十三章	管理学与护理管理概述	(327)
第一节	管理理论在护理管理中的应用	(327)
第二节	现代管理原理与原则	(331)
第三节	组织沟通	(334)
第四节	沟通在护理管理中的应用	(337)
第五节	现代护理管理学概述	(338)
第六节	科学管理在护理工作中的地位与作用	(340)
第七节	护理质量管理	(341)
第八节	护理技术管理	(364)
第九节	科室护理单元的布局、设备与业务管理	(371)
主要参考文献		(383)

内科疾病护理

第一章 消化系统疾病护理

第一节 常见症状体征的护理

一、恶心与呕吐

两者可单独发生,但多数病人先有恶心,继而呕吐。引起恶心与呕吐的消化系统常见疾病有:①胃癌、胃炎、消化性溃疡并发幽门梗阻;②肝、胆囊、胆管、胰腺、腹膜的急性炎症;③胃肠道功能紊乱引起的心理性呕吐。呕吐出现的时间、频度、呕吐物的量与性状因病种而异。上消化道出血时呕吐物呈咖啡色甚至鲜红色;消化性溃疡并发幽门梗阻时呕吐常在餐后发生,呕吐量大,呕吐物含酸性发酵宿食;低位肠梗阻时呕吐物带粪臭味;急性胰腺炎可出现频繁剧烈的呕吐,吐出胃内容物甚至胆汁。呕吐频繁且量大者可引起水电解质紊乱、代谢性碱中毒。长期呕吐伴进食者可致营养不良。

【护理措施】

1. 有体液不足的危险

(1)监测生命体征 定时测量和记录生命体征直至稳定。血容量不足时可发生心动过速、呼吸急促、血压降低,特别是体位性低血压。持续性呕吐致大量胃液丢失而发生代谢性碱中毒时,病人呼吸可浅、慢。

(2)观察失水征象 准确测量和记录每日的出入量、尿比重、体重。动态观察实验室检查结果,例如血清电解质、酸碱平衡状态。观察病人有无失水征象,依失水程度不同,病人可出现软弱无力、口渴、皮肤黏膜干燥、弹性减低,尿量减少、尿比重增高,并可有烦躁、神志不清以至昏迷等表现。

(3)观察呕吐情况 观察病人呕吐的特点,记录呕吐的次数,呕吐物的性质和量、颜色、气味。

(4)积极补充水分和电解质 剧烈呕吐不能进食或严重水电解质失衡时,主要通过静脉输液给予纠正。口服补液时,应少量多次饮用,以免引起恶心呕吐。如口服补液未能达到所需补液量时,仍需静脉输液以恢复和保持机体的液体平衡状态。

2. 活动无耐力

(1)生活护理 协助病人进行日常生活活动。病人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,更换污染的衣服及被褥,开窗通风以去除异味。按医嘱应用止吐药及其他治疗,促使病人逐步恢复正常饮食和体力。

(2)安全 告诉病人突然起身可能出现头晕、心悸等不适。故坐起时应动作缓慢,以免发生体位性低血压。

3. 焦虑

(1) 评估心理状态 关心病人,通过观察和与病人及家属交谈,了解其心理状态。

(2) 心理疏导 耐心解答病人及家属提出的问题,向病人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。

(3) 应用放松技术 常用深呼吸、转移注意力等放松技术,减少呕吐的发生。①深呼吸法:用鼻吸气,然后张口慢慢呼气,反复进行。②转移注意力:通过与病人交谈,或倾听轻快的音乐,或阅读喜爱的文章等方法转移病人的注意力。

二、腹痛

临床上一般将腹痛按起病急缓、病程长短分为急性与慢性腹痛。急性腹痛多由腹腔脏器的急性炎症、扭转或破裂,腹腔脏器梗阻或扩张,腹腔内血管阻塞等引起;慢性腹痛的原因常为腹腔脏器的慢性炎症、腹腔脏器包膜的张力增加、消化性溃疡、胃肠神经功能紊乱、肿瘤压迫及浸润等。此外,某些全身性疾病、泌尿生殖系统疾病、腹外脏器疾病如急性心肌梗死和下叶肺炎等亦可引起腹痛。腹痛可表现为隐痛、钝痛、灼痛、胀痛、刀割样痛、钻痛或绞痛等,可为持续性或阵发性疼痛,其部位、性质和程度常与疾病有关。如胃、十二指肠疾病引起的腹痛多为中上腹部隐痛、灼痛或不适感,伴畏食、恶心、呕吐、吸气、反酸等。小肠疾病多呈脐周疼痛,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。

【护理措施】 腹痛是很常见的临床症状。因发病原因的不同,腹痛的性质、程度、持续时间和转归各异,需要有针对性的治疗、护理,包括病因治疗和止痛措施。下列为腹痛病人的一般护理原则:

1. 疼痛

(1) 疼痛监测 ①观察并记录病人腹痛的部位、性质及程度,发作的时间、频率,持续时间以及相关疾病的其他临床表现。如果疼痛性质突然发生改变,且经一般对症处理疼痛不仅不能减轻,反而加重,需警惕某些并发症的出现,如消化性溃疡穿孔引起弥漫性腹膜炎等。②观察非药物性和(或)药物止痛治疗的效果。

(2) 非药物性缓解疼痛的方法 是对疼痛,特别是慢性疼痛的主要处理方法,能减轻病人的焦虑、紧张,提高其疼痛阈值和对疼痛的控制感。具体方法如:①指导式想象:利用一个人对某特定事物的想象而达到特定正向效果,如回忆一些有趣的往事可转移对疼痛的注意。②分散注意力:例如数数、谈话、深呼吸等。③行为疗法:例如放松技术、冥想、音乐疗法、生物反馈等。④局部热疗法:除急腹症外,对疼痛局部可应用热水袋进行热敷,从而解除肌肉痉挛而达到止痛效果。⑤针灸止痛:根据不同疾病和疼痛部位选择针疗穴位。

(3) 药物止痛 镇痛药物种类甚多,应根据病情、疼痛性质和程度选择性给药。癌性疼痛应遵循按需给药的原则,有效地控制病人的疼痛。疼痛缓解或消失后及时停药,以防止药物不良反应,减少药物耐受性和药物依赖的发生。观察药物副作用,如口干、恶心、呕吐、便秘和用药后的镇静状态。急性剧烈腹痛诊断未明时,不可随意使用镇痛药物,以免掩盖症状,延误病情。

(4)生活护理 急性剧烈腹痛病人应卧床休息,要加强巡视,随时了解和满足病人所需,做好生活护理。应协助病人取适当的体位以利于休息,减少疲劳感和体力消耗。烦躁不安者应采取防护措施,防止坠床等意外发生。

2. 焦虑

疼痛是一种主观感觉。对疼痛的感受既与疾病的性质、程度有关,也与病人对疼痛的耐受性和表达有关。后者主要影响因素有:病人的年龄、个性、文化背景、情绪和注意力;周围人们的态度;疼痛对病人的生活、工作、休息、睡眠和社交活动的影响。急骤发生的剧烈腹痛、持续存在或反复出现的慢性腹痛,以及预后不良的癌性疼痛,均可造成病人精神紧张、情绪低落,而消极悲观和紧张的情绪又可使疼痛加剧。因此,护士对病人和家属应进行细致全面的心理评估,取得家属的配合,有针对性地对病人进行心理疏导,使其减轻紧张恐惧心理,精神放松,情绪稳定,有利于增强病人对疼痛的耐受性,从而减轻疼痛甚至消除疼痛。

三、腹泻

正常人的排便习惯多为每日1次,有的人每日2~3次或每2~3日1次,只要粪便的性状正常,均属正常范围。腹泻是指排便次数多于平日习惯的频率,粪质稀薄。腹泻多由于肠道疾病引起,其他原因有药物、全身性疾病、过敏和心理因素等。发生机制为肠蠕动亢进、肠分泌增多或吸收障碍。小肠病变引起的腹泻粪便呈糊状或水样,可含有未完全消化的食物成分,大量水泻易导致脱水和电解质丢失,部分慢性腹泻病人可发生营养不良。大肠病变引起的腹泻粪便可含脓、血、黏液,病变累及直肠时可出现里急后重。

【护理措施及依据】

1. 腹泻

(1)病情监测 包括排便情况、伴随症状、全身情况及血生化指标的监测。

(2)饮食选择 饮食以少渣、易消化食物为主,避免生冷、多纤维、味道浓烈的刺激性食物。急性腹泻应根据病情和医嘱,给予禁食、流质、半流质或软食。

(3)活动与休息 急性起病、全身症状明显的病人应卧床休息,注意腹部保暖。可用热水袋热敷腹部,以减弱肠道运动,减少排便次数,并有利于腹痛等症状的减轻。慢性轻症者可适当活动。

(4)用药护理 腹泻的治疗以病因治疗为主。应用止泻药时注意观察病人排便情况,腹泻得到控制时及时停药。应用解痉止痛剂如阿托品时,注意药物副作用如口干、视力模糊、心动过速等。

(5)肛周皮肤护理 排便频繁时,因粪便的刺激,可使肛周皮肤损伤,引起糜烂及感染。排便后应用温水清洗肛周,保持清洁干燥,涂无菌凡士林或抗生素软膏以保护肛周皮肤,促进损伤处愈合。

(6)心理护理 慢性腹泻治疗效果不明显时,病人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,故应注意病人心理状况的评估和护理,通过解释、鼓励来提高病人对配合检查和治疗的认识,稳定病人情绪。

2. 有体液不足的危险

(1)动态观察液体平衡状态 急性严重腹泻时丢失大量水分和电解质,可引起脱水及电解质紊乱,严重时导致休克。故应严密监测病人生命体征、神志、尿量的变化;有无口渴、口唇

干燥、皮肤弹性下降、尿量减少、神志淡漠等脱水表现;有无肌肉无力、腹胀、肠鸣音减弱、心律失常等低钾血症的表现;监测血生化指标的变化。

(2)补充水分和电解质 及时遵医嘱给予液体、电解质、营养物质,以满足病人的生理需要量,补充额外丢失量,恢复和维持血容量。一般可经口服补液,严重腹泻、伴恶心与呕吐、禁食或全身症状显著者经静脉补充水分和电解质。注意输液速度的调节。老年病人尤其应及时补液并注意输液速度,因老年人易因腹泻发生脱水,也易因输液速度过快引起循环衰竭。

四、吞咽困难

多见于咽、食管及食管周围疾病,如咽部脓肿、食管癌、胃食管反流病、贲门失弛缓症;结缔组织病,如系统性硬化症累及食管;神经系统疾病以及纵隔肿瘤、主动脉瘤等压迫食管。

【暖气】是胃内气体自口腔溢出,多提示胃内气体较多。频繁暖气可与精神因素、进食过急过快、吞咽动作过多有关,也可见于胃食管反流病、胃、十二指肠或胆道疾病。

【反酸】是由于食管括约肌功能不全,致酸性胃内容物反流至口腔。多见于胃食管反流病和消化性溃疡。

【畏食或食欲不振】多见于消化系统疾病,如消化系统肿瘤、慢性胃炎、肝炎等;也见于全身性或其他系统疾病,如严重感染、肺结核、尿毒症、垂体功能减退等。

【腹胀】是一种腹部胀满、膨隆的不适感觉,可由胃肠道积气、积食或积粪、腹水、气腹、腹腔内肿物、胃肠功能紊乱等引起,亦可由低钾血症所致。

第二节 食管疾病的护理

一、食管狭窄的病因与分级

【病因】食管良性狭窄的常见原因

(1)食管术后 食管切除术后吻合口瘢痕临床最常见,尤其食管癌切除术后;其次为胃切除术后食管吻合口瘢痕。另有贲门失弛缓症扩张治疗或手术后瘢痕、食管静脉曲张硬化治疗术后、食管曲张静脉组织黏合剂栓塞治疗术后等。

(2)反流 严重的反流性食管炎或胃-食管反流病时,由于反复的炎症过程可导致局部的纤维组织呈环状增生,造成食管下段纤维化,引起食管狭窄,并逐渐加重。先天性 Barrett 食管很少见,后天性 Barrett 食管为 GERD 所并发,易反复发生消化性溃疡(Barrett 溃疡)。反复溃疡不愈者,可因疤痕化而致食管狭窄。

(3)理化因素 异物损伤,食管烧伤,酸碱腐蚀性损伤,食管肿瘤体外照射或腔内放射性治疗后食管狭窄(放射性食管炎)。

(4)感染 食管结核病,念珠菌性食管炎。

(5)免疫性 食管 Crohn 病,类风湿病。

(6)运动障碍性 贲门失弛缓症,弥漫性食管痉挛,硬皮病。

(7)其他 Web 病, Schatzki 环,先天性食管不全闭锁。

【分级】1977 年 Stooler 等按症状轻重将吞咽困难分为 5 级,见表 1-1。一般来说,食管管腔直径小于 13cm 时将出现吞咽固体食物困难的表现,按照上述分级除 0 级外其他 4 级均有

扩张的指征。

基于治疗内镜学的实际需要,根据进饮食情况(主观指标)以及残留管腔内镜通过状况(客观指标)对食管腔狭窄程度进行分度,如表1-2。治疗前明确狭窄的程度和类型,有助于选择最佳的内镜治疗方法。

表1-1 吞咽困难 Stooler 分级

0级	无症状,能进各种食物
1级	偶尔发生,能进软食
2级	能进半流质
3级	仅能进流质食物
4级	不能进食、水甚或唾液也不能咽下

表1-2 食管狭窄分度

分度	临床进食	内镜通过狭窄	管腔直径(mm)
0	普通食物(+)	普通内镜(+)	>11.0
I	固体食物(+)	XQ型镜(+)	9~11
II	糊状食物(+)	XP型镜(+)	6~9
III	流体食物(+)	XP型镜(-)	<6.0
IV	水(+)/(-)	Tracer导线(+)	<1.0

注:XP和XQ型内镜为 Olympus GIF-XP和GIF-XQ内镜,其外径为7.9mm和9.8mm;Tracer导线(Wilson-cook)直径为0.889mm(0.035英寸)。

(一) 扩张治疗

【治疗原理】 通过探条扩张和气囊扩张,扩大已经不同程度缩窄的食管腔,恢复通畅性,达到缓解和改善患者吞咽困难、胸骨后疼痛、食物反流或误吸等临床症状及伴发症状的目的。
治疗原理:

- (1)强力伸张狭窄环局部纤维组织,使之扩开。
- (2)引起狭窄部一处或几处的劈裂。
- (3)强力扩张,造成下食管括约肌(LES)肌层的撕裂,缓解LES的松弛障碍。

【适应证】 各种原因所致的食管、贲门部狭窄而出现吞咽困难症状者均有扩张的指征。

- (1)食管术后吻合口狭窄。
- (2)食管炎性狭窄。
- (3)瘢痕性食管狭窄,食管化学性烧伤或烫伤后狭窄。
- (4)动力性狭窄,如贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、硬皮病伴食管病变。
- (5)先天性食管狭窄,如食管蹼、食管环。
- (6)食管贲门癌术后复发或不能手术的晚期食管癌贲门癌梗阻。
- (7)放疗或化疗后食管狭窄。

【禁忌证】

- (1)患者不能合作。
- (2)严重心肺疾病、脊柱畸形等内镜检查禁忌者。
- (3)患者极度衰竭无法耐受治疗者。
- (4)凝血功能障碍者。
- (5)食管化学性灼伤后2周内。

(6)食管病变疑为穿孔者。

(7)可行食管手术切除的食管、贲门癌。

(8)病变狭窄部位过高、过分广泛或狭窄严重治疗非常困难者视为相对禁忌证。

【术后护理】

(1)密切观察病情,注意有无胸痛、发热、呕血、咳嗽,如有应及时报告医生。

(2)扩张术后禁食 24h,如无不适应可以饮水、进少量流质饮食,次日可进半流质饮食,以后逐渐增加饮食中固体成分。

【并发症的观察护理】

(1)穿孔 若患者出现突发性、难以忍受的胸痛或扩张完毕胸痛持续不能缓解,或出现颈及前胸皮下气肿,应怀疑穿孔。X 线透视可见纵隔气体,30% 复方泛影葡胺造影可显示造影剂溢漏出食管外。

小的穿孔应采取保守治疗,禁食、禁饮,经胃肠道外静脉营养,可胃肠减压,采用广谱抗生素静脉滴注。对于大的穿孔,宜急诊手术治疗。

(2)出血 对扩张后局部少量出血,加用止血剂,如三七、云南白药及黏膜保护剂即可;大量的活跃性出血需镜下止血。定时化验便常规,观察有无黑便。

(3)反流性食管炎 由于反流引起的炎性狭窄病例,应避免暴饮暴食,少进油腻食物,常规服用制酸剂及黏膜保护剂。

(4)感染 扩张过程中误吸或食物反流误吸可发生呼吸道感染,若发生穿孔可继发严重感染。定时测量体温,观察用药后的反应。

(二)支架治疗

【治疗原理】 食管狭窄内支架治疗是在内镜直视下放置内支撑管,主要用于解除晚期食管贲门癌进食困难和食管呼吸道瘘引起的感染。良性病变一般不用此法。20 世纪 90 年代开始应用于临床的自展型金属内支架或称为记忆合金金属支撑管。

【适应证】

(1)晚期食管癌狭窄无法进行手术治疗者。

(2)高龄或伴有其他疾病,一般情况差,难以承受开胸手术的食管癌患者。

(3)食管癌术后吻合口瘘狭窄或食管癌术后复发。

(4)癌性食管-气管瘘者。

(5)多次扩张后效果差的良性食管狭窄。

【禁忌证】

(1)患者严重心、肺疾病不能承受治疗或不能合作者。

(2)高位食管狭窄(癌肿位于上食管括约肌 1~2cm 以内)无法安装支架者。

(3)狭窄段过长且狭窄程度严重,导丝无法通过狭窄段者。

(4)非绕周生长肿瘤使支架无法固定者。

(5)坏死组织过多,支架固定困难或大出血者。

【术前准备】

(1)术前加强营养,改善患者一般状况。

(2)术前患者应常规作内镜及胃肠钡餐检查,以了解狭窄病变的部位、长度、狭窄程度以及有无食管-支气管瘘。

(3) 常规检查出、凝血时间、血小板计数、凝血酶原时间。

(4) 应禁食至少 12h 以上,并向患者交代术中可能出现的不适反应,以取得患者的配合。

(5) 术前 15min 肌注安定 5~10mg,654-2 10mg 及度冷丁 50mg,但对青光眼、前列腺肥大、心动过速患者不用解痉剂更为安全;如果患者完全可以合作,可不必使用镇静剂,保持其在整个操作过程中处于清醒状态,有助于提高安全性。

(6) 准备凝血酶、去甲肾上腺素冰盐水或孟氏液等止血药用于局部喷洒止血。

【术后护理】

(1) 密切观察生命体征,尤其是年老体弱的患者。患者会由于紧张而引起血压升高。

(2) 术后 24h 禁食水,以先进流质食物,逐渐过渡到半流质食物、正常饮食。应嘱患者细嚼慢咽,少食多餐,进食时尽可能坐直,以便保证管腔通畅,饭后直立,利于减轻反流。勿食高纤维食物,以防支架管腔堵塞。术后应避免进食冰冻食物,以防支架滑脱或移位。

(3) 支架置入后,大部分有疼痛感,多数为中度及轻度疼痛,少数为重度疼痛,1 周后疼痛逐渐减轻或消失。随着胃黏膜保护剂在内镜介入术后的即刻应用,疼痛发生率正在减少。

(4) 常规应用抗生素 3~5 天防止食管黏膜破损所致的感染,定时测体温。

二、食管胃静脉曲张

食管胃静脉曲张破裂出血是门脉高压严重的并发症,死亡率高,需要紧急救治。控制大出血和预防再出血是临床重要的课题。由于大出血时病人对手术的耐受力差,外科紧急手术治疗预后较差,非手术治疗成为首选。药物和三腔双囊管压迫止血有很好的疗效,但有其局限性。内镜及血管介入治疗越来越受到重视。内镜治疗手段不仅可以有效控制急性出血,还可以去除曲张静脉,防止再出血的发生,有效地降低了死亡率。食管胃静脉曲张内镜治疗操作简便,安全性好,疗效可靠。尤其对于不能耐受外科手术的病人,常为唯一的选择。

(一) 食管胃静脉曲张的内镜分型与分级

内镜诊断是重要的诊断方法,尤其是食管静脉曲张急性出血时,内镜诊断优于食管吞钡造影。目前国内外尚无内镜统一诊断标准,1979 年日本门静脉高压研究会制定了食管静脉曲张的五项诊断指标,1997 年再次修订,目前国内多采用此标准。

1. 食管静脉曲张的内镜下定义和分布状况

定义:注入少量气体,食管松弛,消除正常黏膜皱襞后仍见显著的静脉为静脉曲张。

静脉曲张很少是 1 支,通常是 3~4 支同时存在。食管静脉曲张首先发生于食管-胃交接部,体积较小,随着门静脉高压的发展,静脉曲张向上发展,直径逐渐增大。90% 以上的曲张静脉出血发生于食管胃交接处或食管下端,在任何阶段,此处曲张静脉直径最大,越向上段越细。

2. 食管静脉曲张的内镜标准

(1) 基于色调(C)。白色(CW)与蓝色(CB)对出血与非出血无明显差异。

(2) 红色征(R-C sign)。包括红蚯蚓征(RWM)、樱桃红斑(CRS)、血泡(HCS)和弥漫性发红(DR)。红色征是易出血的危险指征。

(3) 形态(F)。分为蛇形(F₁)、串珠形(F₂)与结节形(F₃)。F₁与F₃容易鉴别,而F₂与F₃的较难鉴别。F₃强调其表而不整,凹凸不平为其特征。一般公认F₂、F₃易出血。

(4) 占据部位(L)。分食管下段(Li)、中段(Lm)与上段(Ls)。胃静脉曲张Lg,靠近贲门:Lg-c;远离贲门口:Lg-f;从贲门口延伸至胃底:Lg-cf。

(5) 并发食管炎(E)。E(-):无食管炎,E(+):有食管炎。

3. 食管静脉曲张的内镜分级

食管静脉曲张内镜分级方法不一,国内实用简单分级方法;轻度指曲张静脉直径 $<3\text{mm}$,局限于食管下段,呈蛇形扩张;中度为曲张静脉直径 $3\sim6\text{mm}$,范围不超过食管中段,呈扭曲的串珠样或结节状隆起;重度为曲张静脉直径 $>6\text{mm}$,范围延伸至食管上段,呈明显的结节状隆起。

Oagradi 内镜下分级:

I 级 曲张静脉直径 $<2\text{mm}$,蓝色线状。

II 级 曲张静脉直径 $2\sim3\text{mm}$,蓝色线状或轻度扭曲。

III 级 曲张静脉直径 $3\sim4\text{mm}$,明显蓝色隆起,迂曲。

IV 级 曲张静脉直径 $>4\text{mm}$,多条静脉曲张。

V 级 曲张静脉直径 $>6\text{mm}$,呈串珠样,表面黏膜菲薄,呈现樱桃红色。

Lebre 提出曲张静脉直径 $>5\text{mm}$,出血危险性显著增加。Witger 观察食管静脉曲张:轻度,出血率 35%;中度,出血率 53%;重度,出血率 83%。而红色征与出血关系最密切,血症多见于出血可能性大,是预防性治疗的重要指标。

4. 胃静脉曲张的内镜诊断与分型

内镜下对胃静脉曲张的检查必须注入足够的气体,使胃腔充分展开,观察胃底部。腔内超声的应用对准备的区分胃内粗大皱襞和曲张血管有很大的帮助。

胃静脉曲张分为贲门静脉曲张和胃底静脉曲张,两者并存的很多。胃静脉曲张大多伴食管静脉曲张,单独存在的称孤立性胃静脉曲张,由于胃静脉曲张走行于深黏膜下层,极少红色征。

(1) Hosking 分型

I 型:食管静脉曲张跨过胃食管交界处向下延伸。

II 型:静脉曲张位于胃底部并向贲门会集,伴有食管静脉曲张。

III 型:曲张静脉位于胃底部,与贲门不相连,无食管静脉曲张。

(2) Hashizume 分类法

颜色(C):Cw 白色或蓝色;Cr 红色。

红色征(RC):RC(-)无红斑征;RC(+)红斑征。

形态(F):F₁ 迂曲状;F₂ 结节状;F₃ 假瘤状。

部位(L):La 胃前壁;Li 胃小弯;Lp 胃后壁;Lg 胃大弯;Lf 胃底。

(二) 胃底静脉曲张的硬化剂注射治疗

内镜下注入足够的气体,展开粗大皱襞,观察胃底曲张静脉,抽气不消失,注气不变平,按照 Hosking 分类,对于胃内曲张静脉观察。当胃底粗大静脉曲张有出血危险,或已证实胃底静脉曲张破裂出血时,可行硬化治疗。

【术前准备】

(1) 术日晨禁食水,测血压、脉搏、体温、大便性状。

(2) 备好急救用品、备血。

(3) 其他与胃镜相同。

【术后护理】

(1) 禁食 24h,并禁吃热性食物,进流质饮食 2~3 天,半流食 3~7 天。