

护士职业资格考试辅导教材

WaiKeHuLiXue

外科护理学

主 编 陈洪进



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

护士执业资格考试辅导教材

外科护理学

主 编 陈洪进

副主编 刘持旺 田 彬

● 山东科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科护理学 / 陈洪进主编. — 济南: 山东科学技术出版社, 2015
ISBN 978-7-5331-7713-3

I. ①外… II. ①陈… III. ①外科学—护理学—护士—资格考试—自学参考资料 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 045322 号

护士执业资格考试辅导教材

外科护理学

陈洪进 主编

出版者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号

邮编: 250002 电话: (0531)82098088

网址: www.lkj.com.cn

电子邮件: sdkj@sdpress.com.cn

发行者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号

邮编: 250002 电话: (0531)82098071

印刷者: 山东新华印刷厂潍坊厂

地址: 潍坊市潍州路 753 号

邮编: 261031 电话: (0536)2116806

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 10

版次: 2015 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-5331-7713-3

定价: 19.80 元

前 言

为贯彻国家人事部、国家卫生计生委《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神,自 2001 年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力,并作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

自 2003 年起,国家卫生计生委组织的护士执业考试并入卫生专业技术资格考试,凡符合护理专业报名条件的人员,均可报名参加本专业的考试。

依据《关于 2007 年度卫生专业技术资格考试工作有关问题的通知》(国人厅发【2006】151 号)文件精神,自 2008 年起,在校学习的大、中、专科护理、助产等专业的学生,临床实习满 8 个月,就有资格报考护士执业资格证的考试,毕业后即可执证工作。为了方便同学们的学习及掌握扎实的专业实践能力,学校组织了专业资深的执教团队,参照历年执业资格证考试要点,精编一套考试辅助学习教材,供同学们参考应用。

全书内容简明扼要,实用性强,学生可结合教材的学习,利用本书随时评价学习效果。本书依据 2014 年初级护士考试大纲章节顺序进行撰写,共分为二十三章,本书涉及其中十章。全书分为上、下两篇,上篇阐述了护士执业资格考试要点,下篇介绍了护士执业资格考试习题及其答案与解析。将知识有序地串联和整合,使之与临床实际的护理情境更接近,有利于培养学生分析问题和解决问题的能力。书末附录了 2014 年护士执业资格考试大纲,供同学们参考应用。

本书有以下老师分章撰写:第一、二、三、四章由田彬老师编写;第五、六、七章由陈洪进老师编写;第八、九、十章由刘持旺老师编写。

编辑出版是一项繁重而艰巨的工作任务,我们力求严谨、务实,但书中难免存在一些不足之处,敬请同学们及有关专家给以雅正。同时在此鸣谢组织、策划编辑该书的各级领导及有关专家。术中部分医疗、护理内容参考了国内相关的《外科学》和《外科护理学》等方面的教材,在此深表感谢。

编 者

目 录

上篇 护士执业资格考试要点

第一章 循环系统疾病病人的护理	1
第一节 下肢静脉曲张病人的护理	1
第二节 血栓闭塞性脉管炎病人的护理	2
第二章 消化系统疾病病人的护理	5
第一节 肠梗阻病人的护理	5
第二节 急性阑尾炎病人的护理	8
第三节 腹外疝病人的护理	9
第四节 直肠肛管疾病病人的护理	11
第五节 肝脓肿病人的护理	15
第六节 胆道疾病病人的护理	16
第七节 急性胰腺炎病人的护理	21
第八节 急腹症病人的护理	23
第三章 呼吸系统疾病病人的护理	26
第一节 气胸病人的护理	26
第二节 血胸病人的护理	27
第四章 皮肤和皮下组织疾病病人的护理	29
第一节 疔和痈病人的护理	29
第二节 急性蜂窝织炎病人的护理	29
第三节 急性淋巴管炎和淋巴结炎病人的护理	30
第四节 手部急性化脓性感染病人的护理	30
第五章 泌尿生殖系统疾病病人的护理	32
第一节 泌尿系统的解剖生理、常见症状及诊疗操作护理	32
第二节 泌尿系结石病人的护理	35
第三节 泌尿系损伤病人的护理	36
第四节 良性前列腺增生病人的护理	38
第五节 急性乳腺炎病人的护理	39
第六章 损伤、中毒病人的护理	41
第一节 损伤病人的护理	41
第二节 烧伤病人的护理	42
第三节 休克病人的护理	45
第四节 毒蛇咬伤病人的护理	48
第五节 腹部损伤病人的护理	49
第六节 破伤风病人的护理	50
第七节 肋骨骨折病人的护理	52

第八节	常见四肢骨折病人的护理	52
第九节	骨盆骨折病人的护理	59
第十节	颅骨骨折病人的护理	60
第七章	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理	62
第一节	腰腿痛和颈肩痛病人的护理	62
第二节	骨和关节化脓性感染病人的护理	65
第三节	脊柱与脊髓损伤病人的护理	67
第四节	关节脱位病人的护理	69
第八章	肿瘤病人的护理	71
第一节	肿瘤概述	71
第二节	食管癌病人的护理	73
第三节	胃癌病人的护理	75
第四节	原发性肝癌病人的护理	76
第五节	胰腺癌病人的护理	77
第六节	大肠癌病人的护理	78
第七节	肾癌病人的护理	81
第八节	膀胱癌病人的护理	82
第九节	乳腺癌病人的护理	82
第十节	骨肿瘤病人的护理	84
第十一节	颅内肿瘤病人的护理	86
第十二节	原发性支气管肺癌病人的护理	86
第九章	内分泌、营养及代谢疾病病人的护理	89
第一节	甲状腺功能亢进病人的护理	89
第二节	库欣综合征病人的护理	91
第十章	神经系统疾病病人的护理	93
第一节	颅内压增高病人的护理	93
第二节	急性脑疝病人的护理	94
第三节	头皮损伤病人的护理	95
第四节	脑损伤病人的护理	95

下篇 护士执业资格考试习题

(A1、A2、A3/A4 型试题及其答案与解析)

第一章	循环系统疾病病人的护理试题	98
第二章	消化系统疾病病人的护理试题	100
第三章	呼吸系统疾病病人的护理试题	110
第四章	皮肤和皮下组织疾病病人的护理试题	112
第五章	泌尿生殖系统疾病病人的护理试题	115
第六章	损伤、中毒病人的护理试题	119
第七章	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理试题	128

第八章 肿瘤病人的护理试题..... 132

第九章 内分泌、营养及代谢疾病病人的护理试题 141

第十章 神经系统疾病病人的护理试题..... 145

附录 护士执业资格考试大纲(2014 年)

上篇 护士执业资格考试要点

第一章 循环系统疾病病人的护理

第一节 下肢静脉曲张病人的护理

一、解剖与生理

下肢静脉曲张主要为浅静脉,浅静脉位于皮下,主要是大隐静脉和小隐静脉,最后汇入股静脉。

下肢深静脉位于肌肉中间与动脉伴行,下肢浅、深两组静脉之间有许多交通支,在小腿部位交通支较多,所有交通支均有静脉瓣膜向深静脉方向开放。

二、病因

下肢静脉曲张的主要病因为静脉瓣膜功能不全。根据病因、病理不同可分为原发性和继发性两大类。原发性下肢静脉曲张最多见,是因下肢浅静脉本身的病变或解剖因素所致,如先天性的静脉壁薄弱、瓣膜发育不良、长期负重使腹压增高或长时间站立工作造成下肢静脉压力增高,而使下肢静脉回流受阻等。增加下肢静脉压力的因素有:长时间站立、重体力劳动、妊娠、慢性咳嗽、习惯性便秘等。继发性下肢静脉曲张最常见的病因是下肢深静脉的病变,如下肢深静脉瓣膜功能不全或先天缺如、深静脉血栓形成或阻塞,其他继发于深静脉外的病变如盆腔内肿瘤、妊娠子宫等可压迫髂外静脉而引起下肢静脉曲张。

三、临床表现

大隐静脉曲张较多见,单独的小隐静脉曲张较少见;左下肢多见,主要表现为下肢浅静脉扩张、迂曲、隆起等,下肢沉重、乏力感。踝部可出现轻度肿胀和足靴区皮肤营养性变化:皮肤色素沉着、皮炎、湿疹、皮下脂质硬化和溃疡形成等。可继发曲张静脉的血栓性静脉炎。

四、辅助检查

下肢静脉造影检查是确切诊断下肢静脉疾病最可靠的方法。

临床常用静脉瓣膜功能试验有以下几种:

1. 深静脉回流试验(波氏试验,即 Perthes 试验):是检查深静脉是否通畅的方法。检查方法是在患侧大腿根部用一止血带阻断大隐静脉干,嘱病人连续用力踢腿或下蹲活动 10 余次,由于下肢运动,肌肉收缩,浅静脉血液经深静脉回流而使曲张静脉萎陷空虚。如深静脉不通或有倒流使静脉压力增高则曲张静脉压力不减轻,甚至反而曲张更显著。

2. 浅静脉及交通支瓣膜功能试验(曲氏试验,即 Trendelenburg 试验):是检查大隐静脉和交通静脉瓣膜功能的试验。

(1)曲氏试验 I:是检查大隐静脉瓣膜功能的试验。检查时,先让病人平卧,患肢抬高,使下肢静脉排空,在大腿根部绑扎止血带,其松紧度以阻断浅静脉血流,不阻断深静脉的血流为度,然后让病人站立,观察 30 秒,若曲张静脉再次充盈,则表明交通支静脉瓣膜功能不

全;若 30 秒内静脉无充盈,松开止血带后,曲张静脉自上而下迅速充盈,提示大隐静脉瓣膜功能不全;若观察 30 秒后曲张静脉再次充盈,松开止血带后充盈加重,提示大隐静脉瓣膜及交通支瓣膜功能都不全。

五、治疗要点

1. 非手术治疗:采用弹力绷带包扎或穿弹力袜,注意休息,抬高患肢,避免久站。主要用于以下情况:①病变局限:症状较轻或无症状者。②妊娠期妇女。③年老体弱或重要脏器功能不良,不能耐受手术者。

2. 手术治疗:手术是治疗下肢静脉曲张根本有效的方法,凡深静脉通畅、无手术禁忌证的病人均可进行手术治疗,最常用的手术方法为大隐静脉和(或)小隐静脉高位结扎+剥脱术。

3. 硬化剂注射疗法:用于手术后残留的曲张静脉治疗,或术后局部复发的病例。通常用 5% 鱼肝油酸钠 1~2ml。用绷带加压包扎 3~6 周,期间避免久站,应鼓励行走。

六、护理措施

1. 术前护理:①减少静脉血液淤积。坐时双膝不要交叉过久;避免长时间站立;肥胖者减轻体重;穿弹力袜或用弹性绷带包扎;不穿过紧的内裤;预防便秘、尿潴留等。避免腹内压升高。②协助医师处理静脉曲张性溃疡,预防皮肤受损。③严格备皮,备皮范围为患侧腹股沟手术备皮范围及同侧整个下肢,直达足趾。④合并下肢水肿者,术前数日抬高患肢,减轻水肿,有利于术后愈合。⑤并发小腿慢性溃疡者,术前应加强换药,局部包扎。术前 2~3 天用 70% 乙醇擦拭周围皮肤,每日 1~2 次。

2. 术后护理:①一般护理:抬高患肢 30°,做足背伸屈运动,以促进静脉血回流。②注意伤口有无渗血。③术后 24~48 小时,即应鼓励病人下地行走,预防血栓性静脉炎。④保持弹力绷带松紧合适,一般维持 2 周后才可拆除。⑤有慢性溃疡者,应继续换药。

七、健康教育

1. 弹力绷带及弹力袜的使用及注意事项:①宽度和松紧度应适宜,松紧度以能将一个手指伸入缠绕的圈内为宜。②包扎前应使静脉排空,故以清晨起床前进行包扎为好。③包扎时应从肢体远端开始,逐渐向近心端缠绕。④包扎后应注意观察肢端的皮肤色泽、患肢肿胀情况,以判断效果。⑤根据不同疾病或手术选择包扎方法。⑥弹力袜的选择必须合乎病人腿部周径。

2. 指导病人进行适当的体育锻炼,增强血管壁弹性。

3. 平时应保持良好的姿势,避免久站、坐时双膝交叉过久,休息时抬高患肢。

4. 保持大便通畅,控制体重。

第二节 血栓闭塞性脉管炎病人的护理

一、病因与病理

1. 病因:好发于青壮年男性。病因主要与吸烟、寒冷、潮湿等外部因素和男性激素、自身免疫功能紊乱等内部因素有关。

2. 病理:病变主要侵及四肢中、小动静脉,尤其是下肢的小动脉。先动脉后静脉,先远端后近端,呈节段性、非化脓性。病变早期血管内膜增厚,管腔内血栓形成,晚期血管周围广泛纤维化并有侧支循环形成。

二、临床表现

起病隐匿,进展缓慢,周期性发作。血栓闭塞性静脉炎按肢体缺血程度和表现分为局部缺血期、营养障碍期和坏死期。

1. 局部缺血期:也称早期或Ⅰ期,以血管痉挛为主,患肢动脉供血不足,出现肢端发凉、怕冷和间歇性跛行等。皮肤温度低于正常;足背静脉充盈时间延长。

2. 营养障碍期:也称中期或Ⅱ期,有明显的血管增厚及血栓形成,特征性表现为静息痛,夜间尤甚。皮肤干燥变薄、苍白,汗毛脱落和肌肉萎缩等。常有夜间肌肉抽搐。

3. 坏疽期:也称组织坏死期、晚期或Ⅲ期,患侧动脉完全闭塞,肢体远端发生干性坏疽。血栓闭塞性脉管炎坏疽期出现屈膝抱足的典型体位。

三、辅助检查

1. 一般检查:①测定跛行距离和跛行时间。②测定皮肤温度,若双侧肢体对应部位皮肤温度相差 2°C 以上,提示皮温降低侧动脉血流减少。③肢体抬高试验,让病人平卧,下肢抬高 $70^{\circ}\sim 80^{\circ}$,60秒后观察足部皮肤色泽变化,若出现足趾皮肤呈苍白或蜡黄色、自觉麻木疼痛为阳性,提示动脉供血不足。再让病人坐起,下肢自然下垂于床沿,正常人10秒皮肤色泽恢复正常,若超过45秒皮肤色泽不恢复或色泽不均匀,进一步提示动脉供血不足。

2. 特殊检查:B超;肢体血流图;动脉造影。

四、治疗要点

1. 非手术治疗

(1)一般处理:绝对禁烟,防止受凉、受潮和外伤。避免热疗,以免组织需氧量增加而加重症状。

(2)药物治疗:疼痛严重应用镇痛药,适当使用吗啡或哌替啶镇痛药。为预防药物成瘾,也可采用普鲁卡因股动脉内注射及腰交感神经封闭术等,以减少镇痛药物的用量。血管扩张药和抑制血小板凝聚的药物治疗、中药治疗、抗感染治疗。

(3)高压氧疗法和创面处理。

2. 手术治疗:①腰交感神经切除术,若腰交感神经封闭术效果明显,应及时行腰交感神经节切除术。②动脉重建术。③截肢术。

五、护理措施

1. 减轻焦虑:由于剧烈疼痛的折磨,病人对治疗失去信心,护士应同情、体贴病人。

2. 缓解疼痛:轻症应用血管扩张药和中药治疗,重症可用麻醉性镇痛药或神经阻滞方法止痛。

3. 改善下肢血液循环,预防组织损伤:绝对禁烟,肢体保暖,由于末梢神经对热的敏感性降低,不可使用热水袋,以避免引起烫伤。抬高下肢,保持皮肤清洁干燥,防止受损。皮肤瘙痒时可涂止痒药膏,避免用手抓挠。

4. 促进侧支循环,提高活动耐力:鼓励病人多活动,坚持每天多走路,以不出现疼痛为度。

5. 皮肤溃疡和坏死的护理:有皮肤溃疡或组织坏死时应卧床休息,保持清洁,避免受压,加强换药,遵医嘱使用抗菌药。

6. 手术护理

(1)血管造影术后应平卧,穿刺点加压包扎24小时,患肢制动6~8小时。静脉手术后

抬高患肢 30° ，制动 1 周。动脉手术后患肢应平放。

(2) 术后观察：严密观察生命体征。观察肢体远端血运情况，检查双侧足背动脉搏动、皮肤温度、皮肤颜色和皮肤感觉。

六、健康教育

1. 绝对戒烟，消除烟碱对血管的收缩性。

2. 体位：睡觉休息时应采用头高脚低位。避免长时间维持同一姿势，坐时避免翘“二郎腿”。

3. 指导病人进行肢体运动(伯格运动)，以促进侧支循环建立。方法是：病人平卧，抬高患肢 45° 以上，坚持 2~3 分钟，然后双足下垂床边 2~5 分钟，做背屈、跖屈和旋转运动，再将患肢平放休息 2 分钟，反复锻炼 5 次，每日数次。腿部已发生溃疡或坏死时，运动可增加组织耗氧。

4. 保护患肢：注意保暖，穿合适的鞋子，不穿高跟鞋，勤换袜子，预防脚部真菌感染。

第二章 消化系统疾病病人的护理

第一节 肠梗阻病人的护理

一、病因与分类

(一)按基本病因分类

1. 机械性肠梗阻:最常见,由于肠腔堵塞(如蛔虫卵、粪石等)、肠壁病变(如肿瘤)、肠管受压(如肠粘连、疝嵌顿)等原因引起肠腔变窄,肠内容物通过障碍所致。

2. 动力性肠梗阻:较少见,原因是由于神经反射或毒素刺激引起肠壁肌肉功能紊乱所致。可分为麻痹性肠梗阻和痉挛性肠梗阻。

3. 血供性肠梗阻:较少见,主要由于肠系膜血管受压、栓塞或血栓形成,肠管血供障碍所致。

(二)按肠壁血供有无障碍分类

1. 单纯性肠梗阻:肠管无血供障碍。

2. 绞窄性肠梗阻:梗阻后伴有血供障碍。

(三)按肠梗阻发生部位分类

1. 高位肠梗阻:发生在空肠上段。

2. 低位肠梗阻:发生在回肠末端和结肠的梗阻。

(四)按肠梗阻的程度分类

完全性肠梗阻、不完全性肠梗阻。

(五)按肠梗阻发生的快慢分类

急性肠梗阻、慢性肠梗阻。

二、病理生理

(一)局部变化

梗阻以上肠蠕动增加,肠腔积气、积液,肠管迅速膨胀,肠壁变薄,肠腔内压力不断升高,最初可致肠壁静脉回流受阻,继而动脉血运障碍,肠管缺血坏死而破溃穿孔,引起弥漫性腹膜炎。

(二)全身变化

1. 水、电解质、酸碱平衡紊乱:呕吐、不能进食、肠管无法吸收分泌到肠腔内的液体,大量液体积存在肠腔和腹腔即第三间隙积液,同时也丧失大量的电解质和碱性液体,造成水、电解质、酸碱平衡紊乱。

2. 细菌繁殖和毒素吸收:梗阻以上的肠管内细菌生长繁殖并产生大量毒素,细菌及其毒素渗透到腹腔内而吸收引起严重的腹膜炎和全身中毒,最终可致感染性休克。

3. 呼吸和循环功能障碍:腹胀,腹内压升高,膈肌上抬,影响肺通气和肺换气;腹内压的升高也引起下腔静脉的回流障碍,体液的丧失、血液浓缩、电解质酸碱紊乱、细菌的繁殖和毒素的释放,引起循环障碍,严重的引起多系统功能衰竭。

三、临床表现

(一) 症状

不同类型的肠梗阻的共性表现：腹痛、呕吐、腹胀及肛门停止排便排气。

1. 腹痛：机械性肠梗阻由于梗阻以上部位的强烈蠕动，腹痛特点为阵发性绞痛，时轻时重。腹痛发作时可见肠型和蠕动波。听诊为连续高亢的肠鸣音和气过水音或金属音。绞窄性肠梗阻的腹痛缓解时间缩短，腹痛呈持续性伴阵发性加剧。

2. 呕吐：高位性肠梗阻呕吐出现早，且频繁，主要为胃及十二指肠内容物。低位性肠梗阻呕吐症状出现较晚，呕吐物常伴有粪臭味。呕吐物若呈褐色或血性，提示肠管有血运障碍。麻痹性肠梗阻呕吐多为溢出性。

3. 腹胀：高位性肠梗阻，腹胀不明显；低位性肠梗阻腹胀明显；麻痹性肠梗阻呈均称性全腹胀。

4. 停止肛门排气排便：完全性肠梗阻肛门常无排气及排便。绞窄性肠梗阻，可排出黏液性血便。

(二) 体征

单纯性肠梗阻早期多无明显全身情况的改变，梗阻晚期或绞窄性肠梗阻可出现口唇干燥、眼窝深陷，皮肤弹性减低，脉搏细速、血压下降、面色苍白、四肢发冷、少尿或无尿等脱水征、休克征。

腹部体征：视诊可见肠型和蠕动波；触诊可有轻度压痛，绞窄性肠梗阻压痛明显，有腹膜刺激征；绞窄性肠梗阻可有移动性浊音；机械性肠梗阻时肠鸣音亢进，有气过水声或金属音；麻痹性肠梗阻则肠鸣音减弱或消失。

四、辅助检查

(一) X 线检查

肠梗阻发生 4~6 小时后，腹部立位或侧卧位透视或摄片可见多个气液平面及胀气肠袢；空肠梗阻时，空肠黏膜的环形皱襞可显示鱼肋骨刺状改变；蛔虫堵塞者可见肠腔内成团的蛔虫体阴影；肠扭转时可见孤立的宽大的气液平面及突出胀大的肠袢。

(二) 实验室检查

1. 血常规：脱水血液浓缩时可出现血红蛋白、红细胞比容及尿比重升高。绞窄性肠梗阻多出现有白细胞计数和中性粒细胞比例的升高。

2. 血气分析及血生化检查：血气分析、血清电解质、血尿素氮及肌酐检查出现异常。

3. 其他：呕吐物和粪便检查见大量红细胞或潜血试验阳性时提示肠管血运障碍。

五、治疗要点

及时解除梗阻，纠正因肠梗阻引起的全身性生理紊乱。

(一) 非手术治疗

主要措施有禁饮食、持续胃肠减压，输液纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱，抗生素防治感染、支持治疗改善机体营养，严密观察病情变化。

(二) 手术治疗

对非手术治疗不见好转的肠梗阻，原则是在最短的时间内、运用最简单的方法解除肠梗阻或恢复肠腔通畅，手术方法包括粘连松解术、肠切除异物取出术、肠切除吻合术、肠扭转或套叠复位术、短路吻合术和肠造口术等。

六、护理措施

(一)非手术治疗的护理

原则:坚持腹部疾病护理常规。

1. 禁饮食、胃肠减压:通过胃肠减压吸出肠腔内的积气、积液,降低肠腔内的压力,改善肠壁血液循环,缓解梗阻症状。待梗阻缓解后 12 小时方可进少量流食,但忌甜食和牛奶,以免引起肠胀气,48 小时后可试进半流食。

2. 纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱:保证输液通畅,记录 2 小时出、入液体量,观察水、电解质失衡纠正情况等。

3. 防治感染:遵医嘱应用抗生素,控制感染,减轻中毒症状。

4. 解痉、止痛:单纯性肠梗阻可应用阿托品类解痉药缓解疼痛,禁用吗啡类止痛药,以免掩盖病情而延误诊断。

5. 病情观察:生命体征、腹部体征、手术指征。

(二)术后处理

1. 卧位:回病房后根据麻醉给予适当的卧位,麻醉清醒后,血压、脉搏平稳给予半卧位。

2. 禁饮食、胃肠减压:待肛门排气,肠蠕动恢复后方可从半流质饮食逐步改为普食。

3. 活动:鼓励病人早期活动,以利于肠功能恢复,防止肠粘连。

4. 防治感染:遵医嘱应用抗生素。

5. 病情观察:观察生命体征、伤口敷料及引流情况,及时发现手术后并发症。

七、常见的机械性肠梗阻

(一)粘连性肠梗阻

粘连性肠梗阻是肠粘连或腹腔内粘连带所致的肠梗阻。是临床上最为常见的一种类型。其病因分为先天性及后天性两种。先天性较少见,可因发育异常或胎粪性腹膜炎所致;后天性多见,常见于腹腔内手术、炎症、创伤、异物等引起,肠功能紊乱、饮食不当、剧烈活动、体位突然改变等可诱发粘连性肠梗阻的发生。一般采用非手术治疗,治疗期间严密观察病情,若症状加重或可能有绞窄发生应手术治疗。

(二)蛔虫性肠梗阻

是蛔虫聚集成团堵塞肠腔并引起肠管痉挛导致的肠梗阻,多为单纯性不完全性梗阻。多见于 3~10 岁儿童,驱虫治疗不当、肠功能紊乱常为诱因。可有吐蛔虫或便蛔虫的病史。主要表现为脐周阵发性疼痛或呕吐,腹部常扪及可以压之变形的条索状肿块,活动度大。肠鸣音亢进。腹部 X 线检查有成团的虫体阴影。主要采用非手术治疗,如非手术治疗无效或发生腹膜炎者,应手术治疗。

(三)肠扭转

肠扭转是一段肠袢沿其系膜长轴旋转而致的闭袢性肠梗阻。小肠扭转多见于青壮年,常在饱食后剧烈运动而发病。表现为突发脐周剧烈绞痛,持续性疼痛阵发性加重,腹痛常牵涉腰背痛,频繁呕吐,腹胀不对称,病人早期即可发生休克,腹部触诊可扪及压痛的胀大的肠袢,腹部 X 线检查可见孤立的气液平面或空肠和回肠换位或“假瘤征”等影像特点。因肠扭转极易发生绞窄性肠梗阻,故应及时手术治疗。

(四)肠套叠

一段肠管及其系膜套入其相连的肠腔内称为肠套叠。原发性肠套叠多见于 2 岁以内的儿童,以回肠末端套入结肠最多见。典型的临床表现是阵发性腹痛,或阵发性哭闹,伴有呕

吐和果酱样黏液样血便,腹部可扪及腊肠样肿块,并有压痛。X线钡剂灌肠检查,可见到钡剂在套叠远端受阻呈“杯口状”阴影。早期可用空气或钡剂灌肠复位。如复位不成功,或病期已超过48小时,或出现肠坏死、肠穿孔的表现,应及时手术治疗。

第二节 急性阑尾炎病人的护理

一、病因病理

(一)病因

1. 阑尾管腔梗阻:是阑尾炎最主要的发病原因,造成梗阻的常见原因有:①淋巴组织的增生,最常见,约占60%,多见于青年人;②粪石,约占35%;③异物、食物残渣、蛔虫、炎性狭窄、肿瘤等,较少见;④阑尾的解剖异常,如管腔细长、开口狭小、系膜短致阑尾卷曲。

2. 细菌侵入:阑尾腔阻塞后,内容物排出受阻,致病细菌繁殖,引起炎症病变。

3. 胃肠道疾病的影响:如急性肠炎的蔓延、胃肠功能紊乱引起食物残渣逆入阑尾腔。

(二)病理

根据急性阑尾炎发病过程可分为4种病理类型:单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎、坏疽性阑尾炎和阑尾周围脓肿。

二、临床表现

(一)症状

1. 腹痛:多开始于上腹部或脐周,位置不固定,数小时(6~8小时)疼痛转移并固定于右下腹,为持续性疼痛伴阵发性加剧,这种转移性右下腹疼痛是急性阑尾炎的典型症状。主要由于炎症初期,病变刺激引起的痛觉经过内脏神经纤维传入到脊髓及大脑的过程中,与上腹部以及脐周的痛觉传导通路之间有突触联系,所以阑尾炎症早期病人感到上腹部或脐周围疼痛,属于牵涉痛(即内脏的病变引起体表的疼痛);随着病情的发展,炎症侵及浆膜层和壁层腹膜,壁层腹膜受躯体神经支配,故痛觉敏感,定位明显,疼痛固定于右下腹。

2. 胃肠道症状:早期可有恶心、呕吐。阑尾处于盆腔位时,炎症刺激直肠和膀胱,可引起里急后重(直肠刺激征)、尿急、尿频、尿痛(膀胱刺激征)。

3. 全身症状:早期体温正常或稍高,坏疽性阑尾炎或穿孔引起腹膜炎时体温可超过39℃。同时伴有全身中毒等症状;如出现畏寒、高热、黄疸应考虑发生了门静脉炎。

(二)体征

1. 右下固定性压痛:是急性阑尾炎最重要的体征。常见压痛部位在麦氏点。当炎症扩散至阑尾以外时,压痛范围也随之扩大,但仍以阑尾部位压痛最明显。

2. 腹膜刺激征:腹肌紧张、压痛、反跳痛,以右下腹最明显。此乃壁层腹膜受到刺激时的一种防御性反应,提示阑尾可能已化脓、坏死或即将穿孔。但小儿、老人、孕妇、肥胖等病人,此征象可能不明显。

三、辅助检查

(一)实验室检查

血白细胞计数,中性粒细胞增高,偶见尿中少量红细胞。

(二)影像学检查

B超、CT检查有助于阑尾周围脓肿的诊断。如女性病人要做B超排除卵巢脓肿、宫外孕、输尿管结石等疾病。

四、治疗要点

急性阑尾炎确诊后原则上行阑尾切除术,可防止并发症的发生。非手术治疗仅适用于早期单纯性阑尾炎或有手术禁忌证者。阑尾周围脓肿先用抗生素控制症状,一般3个月后进行手术切除阑尾。

五、护理措施

(一)术前护理

1. 一般护理:急性阑尾炎病人的护理按腹部疾病护理常规进行护理。应卧床休息,取半卧位;禁饮食,以减少肠蠕动,有利于炎症局限。静脉补液维持体液平衡。应用有效抗生素控制感染。禁用吗啡或哌替啶,禁服泻药及禁止灌肠(急腹症病人的“三禁”)。

2. 观察病情:观察生命体征、腹部症状和体征的变化,是否有手术指征。

3. 手术常规准备,老年病人应检查心、肺等重要脏器功能。

(二)术后护理

1. 一般护理:病人回病房后按不同的麻醉方式,安置适当体位。待血压平稳后,采取半卧位,术后1~2天禁食,静脉输液并遵医嘱使用抗生素,待肠鸣音恢复、肛门排气后进饮食。观察生命体征、腹部症状和体征,及时发现并发症。

2. 切口和引流管的护理:有腹腔引流管者应保持通畅,观察引流液的性质和量;保持伤口敷料清洁、干燥不脱落。

3. 术后并发症护理

(1)内出血:多因阑尾系膜结扎线松脱所致,常发生在术后24小时内,故手术后当天应严密观察脉搏、血压。患者如有面色苍白、脉速、血压下降等内出血表现,或是腹腔引流管有血液流出,应立即将病人平卧,静脉快速输液、输血,报告医师并做好手术止血的准备。

(2)切口感染:是术后最常见的并发症。表现为术后3~5天体温升高,切口疼痛且局部有红肿、压痛或波动感。应给予抗生素、理疗等治疗,如已化脓应拆线引流。

(3)腹腔脓肿:炎症渗液积聚于膈下、肠间、盆腔而形成。表现为术后5~7天体温升高或下降后又上升,并有腹痛、腹胀、腹部包块或排便排尿改变等,应及时和医师取得联系进行处理。

(4)肠瘘:多因阑尾残端结扎线松脱或术中误伤盲肠所致,表现为发热、腹痛、少量粪性肠内容物从腹壁伤口流出。经全身支持疗法、有效抗生素应用、局部引流,大多数病人能愈合。

六、健康指导

1. 加强营养,注意饮食卫生,避免腹部受凉,防止发生胃肠功能紊乱。

2. 鼓励病人早期床上或床下活动,促进肠蠕动恢复,防止发生肠粘连。

3. 阑尾周围脓肿患者出院后3个月,再次住院做阑尾切除手术。

第三节 腹外疝病人的护理

腹外疝是有腹腔内某一脏器或组织连同壁腹膜,经腹壁或盆壁薄弱点或孔隙,向体表突出而形成。

一、病因

腹壁强度降低和腹内压力增高是腹外疝的主要原因。

二、病理解剖

典型的腹外疝由疝囊、疝环、疝内容物和疝外被盖组成。

1. 疝环：它是疝突向体表的门户，也是腹壁薄弱区域缺损所在。又称为疝门。通常以疝门所在的部位为疝命名，如腹股沟疝、股疝、脐疝等。

2. 疝囊：疝囊是壁层腹膜经疝环向体表突出的囊状结构，是疝内容物的包裹。分为疝囊颈、疝囊体、疝囊底。疝囊颈是疝囊比较狭窄的部分，也是疝内容物出入的必经之处，其外面是疝环所在部位。

3. 疝内容物：是进入疝囊的腹内脏器或组织。以小肠为最多见，大网膜次之。

4. 疝外被盖：指在疝囊以外的各层组织。

三、临床分类

1. 易复性疝：疝内容物很容易回纳入腹腔内的疝称为易复性疝。也称为单纯性疝。

2. 难复性疝：疝内容物与疝囊壁发生粘连不能回纳或不能完全回纳腹腔，称为难复性疝。其内容物多为大网膜。腹腔后位的内脏器官，如盲肠、乙状结肠、膀胱，在疝的形成过程中随后腹膜而被下牵，滑经疝门，构成疝囊的一部分，此种疝成为滑动性疝，也属难复性疝。

3. 嵌顿性疝：腹内压突然增高时，较多疝内容物强行扩张疝囊颈而进入疝囊，随后被弹性回缩的疝环卡住，使疝内容物不能回纳，称为嵌顿性疝。

4. 绞窄性疝：嵌顿如不及时解除，疝内容物持续受压而发生严重的血运障碍甚至缺血坏死，称为绞窄性疝。

嵌顿性疝和绞窄性疝是同一病理过程两个不同阶段，嵌顿时间较长时应考虑绞窄的可能。

四、临床表现

1. 腹股沟斜疝：多见于儿童及青壮年男性。主要的临床表现是腹股沟区有一突出肿块（又称为疝块）。肿块常在站立、行走、咳嗽或劳动时出现，多呈梨形，并可降入阴囊或大阴唇。平卧或用手向腹腔内推送时，肿块可向腹腔回纳而消失。回纳后，用手指通过阴囊皮肤深入腹股沟管浅环，可感浅环扩大，此时嘱病人咳嗽，指尖有冲击感。用手指紧压腹股沟管深环（深环的体表投影是：腹股沟韧带中点上方1横指处），让病人站立并咳嗽，疝块不再出现，但一旦移去手指，则疝块又可出现。此检查是斜疝的重要体征，以此区别直疝。

2. 腹股沟直疝：常见于老年体弱者，一般无自觉症状，多发生在双侧。主要临床表现是当病人直立时，在腹股沟内侧、耻骨结节外上方出现一半球形的肿块，不降入阴囊。疝内容物容易回纳。极少发生嵌顿。

3. 股疝：典型表现是病人站立或咳嗽时，常在卵圆窝处有一半球形突起，可回纳。由于疝块往往不大，易复性股疝症状较轻。多发生于中年妇女。在腹外疝中，股疝嵌顿者最多。股疝一旦嵌顿，除引起局部明显疼痛外，也常伴有较明显的急性肠梗阻表现，并可迅速发展为绞窄性疝。

五、治疗要点

腹外疝一般不能自愈，因此以手术治疗为主。

1. 非手术治疗：1岁以内的婴儿，随着生长发育，腹壁肌肉逐渐增强可望自愈，暂不手术。可采用压迫疝环的方法，避免疝内容物脱出。

2. 手术治疗：是最有效的治疗方法。

(1) 疝囊高位结扎术：仅适用于婴幼儿及绞窄性疝。