

国内名院、名科、知名专家
临床护理思维与实践系列丛书

消化内科临床护理 思维与实践

主 编 罗 健 刘义兰
副主编 熊 宇

 人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家
临床护理思维与实践系列丛书

消化内科临床护理

思维与实践

主 编 罗 健 刘义兰

副主编 熊 宇

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科临床护理思维与实践/罗健等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2013. 4

(国内名院、名科、知名专家临床护理思维与实践系列丛书)

ISBN 978-7-117-16962-2

I. ①消… II. ①罗… III. ①消化系统疾病—护理 IV. ①R473.5

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第030523号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

消化内科临床护理思维与实践

主 编: 罗 健 刘义兰

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市双峰印刷装订有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 34

字 数: 628千字

版 次: 2013 年 4 月第 1 版 2013 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16962-2/R · 16963

定 价: 60.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编委

(以姓氏笔画为序)

- | | |
|-----|-------------------|
| 于文蓁 | 武汉大学人民医院 |
| 王荣华 | 重庆医科大学附属第一医院 |
| 王海棠 | 重庆医科大学附属第一医院 |
| 卢莹 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 冯梅 | 重庆医科大学附属第一医院 |
| 朱小平 | 武汉大学中南医院 |
| 李燕玲 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 李乐之 | 中南大学湘雅二医院 |
| 李影花 | 广州中山大学附属第一医院 |
| 刘义兰 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 刘君芹 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 刘进 | 重庆医科大学附属第一医院 |
| 刘文非 | 武汉大学中南医院 |
| 孙新 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 张小昊 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |
| 张秀琴 | 华中科技大学同济医学院附属同济医院 |
| 张春华 | 武汉大学中南医院 |
| 苏润婵 | 广州中山大学附属第一医院 |
| 范湘鸿 | 武汉大学人民医院 |
| 罗健 | 华中科技大学同济医学院附属协和医院 |

- 官友爱 湖北省黄石市中心医院
於军兰 湖北省黄石市中心医院
於常兰 重庆医科大学附属第一医院
高 玲 武汉大学中南医院
黄伶俐 中南大学湘雅二医院
黄美娟 广州中山大学附属第一医院
黄淑华 重庆医科大学附属第一医院
曾 娜 华中科技大学同济医学院附属协和医院
熊 宇 华中科技大学同济医学院附属协和医院
熊婧琼 华中科技大学同济医学院附属协和医院

编写秘书 李 征

前言

2011年2月,国务院学位办将“护理学”列入新修订学科目录,即被确认为一级学科。此次一类学科的获批,是继卫生部将护理学列入重点专科项目后,国家对发展护理学科的又一大力支持。新的形势下,发展护理专业、提升专业内涵、增强专业能力以不断提高患者满意度是广大护理人员肩负的使命。消化内科护理是内科护理的一个重要部分,在临床工作中,护理人员要为具有不同需求且生理、心理总处于动态变化的个体化患者提供安全、专业、舒适、满意的护理服务,这就需要护理人员不但具有扎实的专业理论、技能及人文知识等多学科知识的融合作为支撑,更需要其具备丰富的临床经验、敏锐的发现问题、处理问题的能力。鉴此,主编组织了各医疗机构经验丰富的护理专家编写了本专著,旨在强化消化内科护士临床思维的方法、过程,帮助其在临床情景下,结合患者实际情况思考疾病、分析疾病、总结经验,为患者提供专业的高水平护理。

本书共分为两篇,分别为病例篇和专科护理操作技术篇。病例篇以具体、鲜活的案例为线索,从入院、住院、出院三个过程中患者具体的临床状态作为情景,按照护理程序的方法展开护理思维及临床实践,从临床护理、护理评价、安全提示、经验分享四方面完整地进行了介绍。“重执行轻思维”是当前护士普遍存在的问题,针对护士们的这一“短板”,本书在“诊疗情况”中增加了“思维提示”部分,目的是针对诊疗中患者出现的具体情况进行分析提示,以帮助其理解疾病、明确问题产生的原因、机制,知晓此情景状态下护理实践的重点,使其在临床中建立思维与实践相结合的方法以进一步提高临床护理实践水平。同时,该书还将临床护理工作中积累的护理经验进行了总结、分享,为从事该专业临床工作的低年资护士提供了难得的经验指导。“专科护理操作技术篇”介绍了消化内科临床实践中涉及的护理评估技术、护理实施技术、仪器使用技术、专科技术护理配合共27项,较全面地介绍了消化内科专科技术的操作目的、方法及注意事项。

本书的特色是“贴近临床”,具有较强的实用性和可操作性。本书既是消化内科各层次护理人员工作中借鉴参考的指南,也适合于在职培训教学、临床实习教学及学校理论授课教学的老师和学生使用。

衷心感谢本书的各编委、作者为本书的撰写付出了大量心血及支持,感谢人民卫生出版社为本书的出版提供了有力的帮助。

由于编者水平有限,加之时间仓促,本书中可能存在一些问题或不足,恳请各位专家、读者给予批评、指正。

罗 健 刘义兰
2012年10月13日

第一篇 病 例 篇

病例1	食管癌性狭窄行食管内支架置入术患者的护理	2
病例2	胃癌患者行新辅助化疗的护理	13
病例3	原发性肝癌患者行肝动脉栓塞化疗的护理	25
病例4	原发性肝癌患者发生肝癌结节破裂出血的护理	37
病例5	急性腐蚀性胃炎患者行食管狭窄扩张术的护理	49
病例6	消化性溃疡致幽门梗阻患者的护理	61
病例7	消化性溃疡致上消化道大出血患者的护理	72
病例8	胃石致消化性溃疡患者的护理	83
病例9	重度酒精性脂肪肝患者的护理	98
病例10	肝硬化大量腹水患者的护理	111
病例11	肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血患者的护理	129
病例12	肝硬化患者合并自发性细菌性腹膜炎的护理	144
病例13	肝性脑病患者的护理	154
病例14	重症急性胰腺炎患者的护理	168
病例15	胆源性胰腺炎行内镜下Oddi括约肌切开术患者的护理	185
病例16	慢性胰腺炎吸收不良综合征患者的护理	201
病例17	肺源性心脏病致应激相关胃黏膜损伤患者的护理	218
病例18	食管胃底静脉曲张患者行曲张静脉套扎术的护理	231
病例19	上消化道出血患者行急诊胃镜检查的护理	245
病例20	重症溃疡性结肠炎患者的护理	259
病例21	溃疡性结肠炎并发中毒性巨结肠患者的护理	281
病例22	溃疡性结肠炎患者行药物治疗的护理	302
病例23	克罗恩病患者行生物治疗的护理	317
病例24	溃疡增生型肠结核患者行抗结核化学药物治疗的护理	329

病例25 肠易激综合征伴精神症状患者的护理	342
病例26 家族性多发性肠息肉病患者的护理	356
病例27 儿童腹型过敏性紫癜的护理	367
病例28 贲门失弛缓症患者行内镜下治疗的护理	379
病例29 嗜酸性粒细胞性胃肠炎患者的护理	392
病例30 血色病患者行放血治疗的护理	406
病例31 自身免疫性肝病患者的护理	419
病例32 难治性胃食管反流病患者的护理	435

第二篇 专科护理操作技术篇

第一章 护理评估技术	450
一、排便的评估	450
二、失水征象的评估	456
三、营养状况的评定	461
四、腹痛的评估	465
五、出血征象的评估	471
六、休克状况的评估	475
七、焦虑/抑郁状态评定	478
第二章 护理实施技术	481
一、鼻胆管引流术	481
二、胃肠减压术	482
三、特殊肛周皮肤护理	483
四、全胃肠外营养	485
五、经口全消化道清洁洗肠	486
六、抗肿瘤坏死因子的输注	489
七、便秘的行为疗法	493
八、止血药物的应用	496
第三章 仪器使用技术	501
一、肠内营养输注泵的使用	501

二、腹水超滤浓缩腹腔回输治疗仪的使用	504
三、结肠透析机的使用	507
四、腹带的应用	509
第四章 专科技术护理配合	512
一、肝穿刺活组织检查术及抽脓术配合	512
二、腹腔穿刺术配合	514
三、上消化道内镜检查术配合	515
四、下消化道内镜检查术的配合	518
五、食管胃底静脉曲张内镜下止血术配合	521
六、胶囊内镜检查术配合	523
七、鼻肠管置入术	526
八、腹腔灌洗	530

第一篇

▶ 病例篇 <<<

► 病例 1 食管癌性狭窄行食管内支架置入术患者的护理

患者男性,75岁,因进行性吞咽困难1个月,加重1周入院。患者1个月前自觉吞咽不适,继而进食有噎食感伴烧灼样疼痛,食物通过缓慢,有停滞感,伴胸骨后或肩背区等区域间歇性或持续性疼痛。症状时轻时重,在当地医院行纤维食管镜活检显示:食管中段黏膜上皮重度非典型增生,高分化鳞状细胞癌。一周前感冒发热、恶心呕吐诱发吞咽困难加重,进食流质及饮水均有明显梗阻感,吞咽困难达3~4级,门诊以“食管高分化鳞状细胞癌”收入院。

一、诊疗过程中的临床护理

(一)入院时

1. 诊疗情况 入院后查体: T 36.6℃, P70次/min, R24次/min, BP17.3/8.26 kPa; 神志清楚,精神较差,慢性病容,消瘦,乏力,体重下降(近一个月体重下降7kg)。诉口渴,皮肤弹性差,眼窝凹陷,尿量减少,剑突下压痛(+),无声音嘶哑,无恶心、呕吐、呛咳^[1]。入院当天感吞咽困难^[2],只能饮少量水^[3];纤维食管镜复查显示:食管中段距门齿26cm黏膜充血肿胀,狭窄口明显减小,直径约3~5mm;食管吞钡透视检查示:食管吞钡进入食管中度主动脉弓下3cm处受阻,上段食管轻度扩张,受阻长达约5cm,管腔扩张受限狭窄约1cm。查血红蛋白84g/L、红细胞计数 $2.80 \times 10^{12}/L$,白蛋白24.0g/L,血清钠150mmol/L,血清钾3.0 mmol/L, pH7.25, HCO_3^- 10mmol/L。拟行食管支架置入术^[4],术前给予纠正酸中毒、补液、营养等对症支持治疗。

2. 护理评估 患者进行性吞咽困难,目前,只能饮少量水。年龄大,出现了消瘦、贫血、低蛋白血症,以及脱水、低钾、代谢性酸中毒等全身表现。患者对癌症的恐惧,对支架置入缺乏了解,既希望解除痛苦,又担心术后症状改善不明显,害怕病情加重及增加经济负担。

思维提示

[1] 癌肿侵犯喉返神经者,可致声音嘶哑;食管梗阻时,食物反流入消化道,进食时可引起呛咳。此患者入院时尚无呛咳及声音嘶哑症状,但随着病情进展,其可能出现此症状,故护理上要细心观察,提前指导患

者进食及饮水时需注意安全、饮食宜为流质或半流质,避免刺激性食物,防止因呛咳而误入气管。

[2] 进行性吞咽困难是食管癌的典型症状,首先是难咽干、硬食物,继而只能进半流质、流质,最后滴水难进。患者生理及心理上很痛苦,故护士要做好患者的心理护理,生活上给予其必要的照顾,防止其负性情绪产生而萌生轻生的念头。

[3] 吞咽困难按Stooler分级可分为5级:0级:没有吞咽困难,能进各种食物;1级:能进普通饮食但有阻滞感;2级:能进半流饮食;3级:仅能进流质饮食;4级:只能饮水;5级:无法饮水。吞咽困难分级与食管狭窄程度有较好的相关性,但部分没有食管狭窄的患者也会出现吞咽困难,这与食管壁内浸润导致食管蠕动能力下降有关。

[4] 食管支架术:食管支架置入术是近年来开展非手术治疗晚期食管癌食管狭窄的新方法,是指在X线透视或内镜引导下,将支架置于食管病变管道的一系列技术,起狭窄或闭塞食管管道的重建和隔离食管瘘口的作用。其基本原理是利用支架的支撑力将食管管腔撑开,使管腔内径扩大,恢复其管道通畅的功能。食管支架术具有操作简单方便、近期疗效好和创伤小等优点,对不能或不宜手术的食管内良恶性狭窄及瘘行食管内支架置入术,是目前各种姑息治疗中缓解吞咽困难最有效的方法,能迅速缓解吞咽困难,改善生活质量,为进一步放疗、化疗、微波治疗等创造条件。

3. 护理思维与实施方案

恐惧癌症,害怕病情加重及增加经济负担。

↓
焦虑和恐惧

(1) 护理目标: 与患者建立良好的护患关系,患者焦虑、恐惧程度减轻,能积极配合治疗和护理。

(2) 护理措施

- 护士多关心、体贴、鼓励患者,与之建立良好的护患关系,认真倾听患者对疾病的叙述,了解患者病情、思想顾虑以及有无生活、经济、情感问题。
- 以语言、图片或视频等多种方式向患者讲清手术的目的、步骤、优越性及配合方法,可能发生的副反应,赢得患者信任,使患者术前处于最佳心理状态。
- 做好睡眠护理,保持情绪稳定,消除紧张、恐

恐惧癌症,害怕病情加重及增加经济负担。



焦虑和恐惧

惧心理,保证足够的休息,必要时使用安眠、镇静类药物。

- 鼓励与支架置入术成功的病友沟通交流,交流配合的经验,树立治疗的信心。

肿块糜烂、溃疡、外侵或近段伴有食管炎



胸骨后或肩背区等区域间歇性或持续性疼痛

(1) 护理目标: 减少或消除疼痛的原因和诱因,尽可能让患者舒适,减少痛苦。

(2) 护理措施

- 认真听取患者的主诉,注意观察病人疼痛时的生理、行为和情绪反应。
- 可采用数字评分法或文字描述评分法评估疼痛情况,不可根据自己对疼痛的理解和体验来主观判断病人的疼痛程度。
- 减少或消除疼痛的原因和诱因。
- 遵循药物治疗WHO三阶梯疗法,对轻度疼痛病人,选用非阿片类药物: 解热镇痛类、抗炎类; 对中度疼痛病人选用弱阿片类药物; 对重度或剧烈性癌痛病人选用阿片类药物如吗啡、哌替啶、美沙酮、二氢埃托啡等。
- 护理人员了解病人疼痛规律,掌握药理知识,正确运用镇痛药物,最好是疼痛发生前给药,注意药物的成瘾性、耐受性。

乏力、口渴,眼窝凹陷,皮肤弹性差,尿量减少,血清钠150mmol/L,血清钾3.0mmol/L, pH7.25, HCO_3^- 10mmol/L



脱水、低钾、酸中毒

(1) 护理目标: 患者水、电解质、酸碱维持平衡。

(2) 护理措施

- 补充水分: 经静脉补充水分。观察病人有无水肿或皮肤弹性消失、尿量是否过多或过少,记录出入水量,合理补液和控制输液速度。
- 补钠: 患者水分摄入不足所致血液浓缩,血清钠增高,但体内实际总钠量还是缺少,故应适当补充。观察患者口渴、乏力、皮肤弹性、眼窝凹陷等症状的改善程度,动态监测血钠水平。
- 纠酸: 必要时遵医嘱给予5%的 NaHCO_3 纠正酸中毒。输碱速度不宜太快,严防液体外渗,

乏力、口渴,眼窝凹陷,
皮肤弹性差,尿量减少,
血清钠150mmol/L,血清
钾3.0mmol/L, pH7.25,
HCO₃⁻10mmol/L



脱水、低钾、酸中毒

注意监测血气分析和血浆电解质的浓度。

- 补钙: 酸中毒纠正后,离子化的Ca²⁺减少,容易出现手足抽搐,注意补充钙剂。静脉推注10%的葡萄糖酸钙时应缓慢,并观察心率、脉搏情况。
- 补钾: 遵循补钾的基本原则。

吞咽困难,消瘦、血红蛋白84g/L、白蛋白24.0g/L



肠外营养

(1) 护理目标: 病人未发生与静脉穿刺置管和肠外营养支持相关的并发症,未出现水、电解质酸碱失衡,能耐受长时间的输注肠外营养液。

(2) 护理措施

- 合理输注: 护理人员应熟悉营养液的成分、输注要求等,避免出现糖、脂代谢和水、电解质紊乱。为适应人体代谢能力,使输入的营养物质被充分利用,应慢速输注。为避免慢速输注营养液导致的体液不足,先补充部分平衡液后再输注营养液。先纠正电解质紊乱,再输注营养液。
- 安全置管: 锁骨下静脉穿刺置管时容易出现气胸、血管损伤等并发症,应严密观察患者有无胸闷、胸痛、呼吸困难、局部血肿、出血等情况,并及时针对性处理。
- 牢固连接: 静脉穿刺置管过程中、导管塞脱落或连接处脱离,均可发生空气栓塞,故锁骨下静脉穿刺时,患者取平卧位,屏气;置管成功后及时连接输液管道;注意牢固连接,输注结束应旋紧导管塞;一旦怀疑有空气进入,立即取左侧卧位,以防空气栓塞。
- 妥善固定: 静脉置管后输液期间可因导管固定不妥而移位,因此应妥善固定导管;注意观察输注是否通畅,局部有无酸胀不适、肿胀等,必要时X线透视明确导管位置;一旦移位,应立即停止输注、拔管或局部处理。
- 预防感染: 长期深静脉置管、禁食、肠外营

吞咽困难,消瘦、血红蛋白84g/L、白蛋白24.0g/L

↓
肠外营养

养,易引起导管性和肠源性感染,注意观察患者感染征兆。

- 加强观察: 观察患者有无高血糖或低血糖的表现; 有无腹痛、腹泻; 有无皮肤干燥、尿量少等脱水表现等。

(二)住院过程中

1. 诊疗情况 入院第5天,患者情绪稳定,能积极配合治疗,心电图检查无异常^[5]。血生化检查显示: 水、电解质、酸碱基本维持平衡,凝血功能正常^[5]。用Savary锥形硅胶扩张器扩张狭窄部^[6],使狭窄部扩张到1.5cm以上后行食管内支架置入术。置入后给予止血、补液等对症支持治疗。

思维提示

[5] 支架植入的术前准备: 内镜下放置支架是食管癌性狭窄的一种常见的姑息性治疗方法,适用于高龄或伴有其他疾病以及一般情况差,难以承受开胸手术的食管/贲门恶性狭窄、食管癌术后复发引起的食管狭窄等,但患者不合作或合并心脏疾病如心肌缺血、心律失常等是支架置入术的禁忌证。术前应加强心理护理,将手术方法、可能发生的情况告知家属,并签字同意。常规心电图,胸片,血细胞分析,出、凝血时间检查,确定无内镜检查及静脉麻醉禁忌证。术前禁食12小时以上,建立静脉通道,纠正脱水和电解质紊乱,心电监护,备好急救药品及手术器械、氧气、咽部麻醉剂,摆好体位。

[6] 在支架植入前行狭窄部位扩张以利于支架器的放入,如果狭窄口仍不能扩张到1cm以上者,则无法置入支架器。

2. 护理评估 患者精神状态好,水、电解质、酸碱维持平衡状态,积极配合行食管支架置入术,患者缺乏此治疗方法相关护理知识。

3. 护理思维与实施方案

拟行食管支架术
↓
积极完善术前准备

(1) 护理目标: 术前准备充分,手术顺利。

(2) 护理措施

- 加强营养,监测贫血、低蛋白血症等的纠正情况。
- 监测水电解质、酸碱是否处于平衡状态。
- 监测内镜和消化道造影结果,全面了解并评估疾病情况。