

现代临床医疗护理技术

高岩 季萍 明正军 主 编

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

《现代临床医疗护理技术》

编委会

主 编 高 岩 季 萍 明正军

副主编 李 蓉 王 丽 张远艳

编 委 (按姓名笔画排序)

于友洪	于丛梅	王 丽	王 信
王晓明	朱 红	刘 波	刘 洋
刘培明	关志敏	许大均	孙常青
苏玉凤	杨大威	李冬梅	李丽欣
杜柏茹	杨晓明	李 琴	李瑞华
李 蓉	李锦淑	邹德双	闵玉琴
闵立成	张远艳	张焕芝	张 静
陈阜东	陈 勇	明正军	季 萍
周彩云	赵英岷	修丽娟	徐 野
高 岩	郭 勇	郭 颖	韩 敏
蔡宇明	穆芸慧	魏淑珍	

前 言

本书从临床实用性出发,介绍了临床常见病的治疗和护理方法,包括外科、骨科、内科、妇产科、儿科、烧伤科、耳鼻喉科、皮肤科、康复科、麻醉科、检验科、放射线科等内容,是临床工作者的实用性参考书。

该书由从事临床工作的医护人员共同编写的,具体编写分工如下:

第一编外科,第一章由高岩(约2万字)编写;第二章由李蓉(约3万字)编写;第三章由闵玉琴(约3万字)、王晓明(约3万字)编写;第四章由韩敏(约3万字)编写;第五章由关志敏(约3万字)编写。

第二编骨科,第一章由杨晓明(约3万字)、刘培明(约2万字)、郭勇(约2万字)、陈阜东(约3万字)、孙常青编写(约2万字)编写;第二章由杨大威编写(约3万字);第三章由于丛梅(约2万字)、李琴(约3万字)编写。

第三编内科,第一章由郭颖(约2万字)、李丽欣(约2万字)、于友洪(约2万字)编写;第二章由邹德双(约2万字)、徐野(约2万字)编写;第三章由季萍(约3万字)编写;第四章由张焕芝(约3万字)、周彩云(约2万字)编写;第五章由刘洋(约2万字)、李冬梅(约3万字)编写;第六章由杜柏茹(约2万字)、穆芸慧(约2万字)编写;第七章由苏玉凤(约3万字)编写;第八章由魏淑珍(约3万字)编写。

第四编妇产科,由李锦淑(约3万字)、张远艳(约3万字)、修丽娟(约3万字)、赵英岷(约3万字)编写。

第五编儿科,由李瑞华(约3万字)编写。

第六编烧伤科,由张静(约3万字)编写。

第七编耳鼻喉科,由王丽(约3万字)编写。

第八编皮肤科,由陈勇(约3万字)编写。

第九编康复科,由朱红(约3万字)编写。

第十编麻醉科,由闵立成(约2万字)编写。

第十一编临床检验,由刘波(约2万字)编写。

第十二编医学影像,由许大均(约2万字)编写。

第十三编放射线,由明正军(约3万字)、蔡宇明(约3万字)编写。

第十四编超声学,由王信(约2万字)编写。

由于此书涉及面广,编写人员较多,其内容的深度和广度不可能完全一致。限于编者水平,书中不免有错误和疏漏之处,希望读者批评指正,以便今后补充和修改。

编 者

2009年3月

目 录

第一编 外 科.....	1
第一章 普外科常见病诊治.....	1
第一节 胃、十二指肠疾病.....	1
第二节 完全胃肠外营养.....	4
第三节 肝脏疾病.....	5
第四节 腹外疝.....	8
第五节 腹股沟疝.....	9
第六节 胆囊结石和急性胆囊炎.....	11
第七节 胆总管扩张症.....	14
第二章 急诊病人的护理.....	15
第一节 概 论.....	15
第二节 急性心肌梗死病人的护理.....	17
第三节 急性中毒病人的护理.....	18
第四节 急性创伤病人的护理.....	19
第五节 颅内血肿护理.....	20
第六节 休克病人的护理.....	25
第七节 急诊科常用技术.....	26
第三章 外科常见病护理.....	33
第一节 腹外疝病人的护理.....	33
第二节 肠梗阻病人的护理.....	35
第三节 腹部损伤病人的护理.....	38
第四节 急性弥漫性腹膜炎病人的护理.....	39
第五节 胃、十二指肠溃疡穿孔病人的护理.....	42
第六节 甲状腺功能亢进病人的护理.....	45
第七节 乳腺癌疾病病人的护理.....	48
第八节 食管癌病人的护理.....	51
第九节 阑尾炎病人的护理.....	53
第十节 肺结核病人的护理.....	54
第十一节 甲状腺功能亢进疾病病人的护理.....	56
第十二节 体外循环围手术期护理.....	59
第十三节 外科病人的营养支持.....	65
第十四节 胃肠营养.....	67
第四章 颅脑外科常见病护理.....	71
第一节 颅内压增高病人的护理.....	71
第二节 急性脑疝.....	72
第三节 脑损伤护理.....	73
第四节 颅脑损伤.....	76
第五节 颅脑和脊髓先天性畸形.....	77
第六节 冬眠低温疗法.....	81
第七节 颅内和椎管内肿瘤.....	82
第八节 神经外科老年病人的护理.....	85
第九节 神经外科危重病人的监护.....	87
第五章 手术室护理理论与技能.....	90
第一节 概 论.....	90

第二节 手术室物品准备	93
第三节 普外科手术配合	95
第四节 神经外科手术配合	99
第五节 心胸外科手术配合	101
第六节 泌尿外科手术配合	103
第七节 骨科手术配合	104
第八节 眼科手术配合	105
第九节 口腔科手术配合	106
第十节 耳鼻喉科手术配合	107
第二编 骨 科	108
第一章 骨科常见病症诊断	108
第一节 创伤急救的基本原则	111
第二节 开放骨折及关节损伤的处理	113
第三节 创伤性休克	115
第四节 踝关节扭挫伤	117
第五节 膝关节侧副韧带损伤	118
第六节 膝关节半月板损伤	119
第七节 急性腰扭伤	120
第八节 小儿骨科常见疾患	122
第九节 骨骺疾病	130
第十节 小儿骨折与脱位	132
第十一节 骨筋膜室综合征	141
第十二节 脂肪栓塞综合征	142
第十三节 急性呼吸窘迫综合征	143
第十四节 挤压综合征	143
第十五节 创伤后急性肾功能衰竭	144
第十六节 骨盆骨折	145
第十七节 四肢离断和血管损伤	146
第十八节 骨肿瘤的治疗	149
第十九节 带血管及吻合血管的组织移植术	160
第二十节 风湿性关节炎	162
第二十一节 类风湿性关节炎	163
第二十二节 化脓性关节炎	165
第二十三节 颞颌关节紊乱症	167
第二十四节 颈项扭挫伤	168
第二十五节 落 枕	169
第二十六节 颈椎病	170
第二十七节 寰枢椎关节半脱位	174
第二十八节 胸廓出口综合征	175
第二十九节 胸壁扭挫伤	177
第三十节 胸肋进伤	178
第三十一节 背肌筋膜炎	179
第三十二节 肋软骨炎	180
第三十三节 胸锁关节错缝	182
第三十四节 肘关节扭挫伤	182
第三十五节 肱骨外上髁炎	184

第三十六节 肱骨内上髁炎	185
第三十七节 尺骨鹰嘴滑囊炎	187
第三十八节 肘关节骨化性肌炎	188
第三十九节 桡尺近侧关节错缝	189
第四十节 小儿桡骨小头错缝	190
第四十一节 腕关节扭挫伤	190
第四十二节 腕三角纤维软骨盘损伤	192
第四十三节 腕骨间关节错缝	194
第四十四节 腕掌关节错缝	194
第四十五节 腱鞘囊肿	196
第四十六节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	197
第四十七节 腕管综合征	198
第四十八节 桡侧伸腕肌腱周围炎	200
第四十九节 屈指肌腱鞘炎	201
第五十节 急性腰扭伤	202
第五十一节 腰椎后关节紊乱症	204
第五十二节 腰椎间盘突出症	205
第二章 手部骨折及脱位的治疗	209
第一节 治疗原则	209
第二节 拇指损伤	210
第三节 第二至第五掌骨骨折及脱位	214
第四节 指骨损伤	216
第五节 屈肌肌腱检查法	218
第六节 肌腱缝合的基本方法	219
第七节 屈肌肌腱的一期修复	221
第三章 创伤骨科的护理	225
第一节 损 伤	225
第二节 损伤的修复	226
第三节 损伤的临床表现	228
第四节 伤口的处理及清创术	229
第五节 损伤病人的护理	230
第六节 骨外科手术前后的护理	232
第七节 骨折的定义	238
第八节 骨折愈合过程及护理对策	239
第九节 骨折并发症及预防护理措施	240
第十节 开放骨折的处理原则	242
第十一节 骨折病人的护理	243
第十二节 上肢骨折护理概述	247
第十三节 锁骨骨折的护理	248
第十四节 肱骨外科颈骨折的护理	250
第十五节 肱骨干骨折的护理	251
第十六节 肱骨髁上骨折的护理	252
第十七节 尺桡骨干骨折的护理	253
第十八节 盖氏骨折的护理	254
第十九节 桡骨远端骨折的护理	254
第二十节 下肢骨折护理概述	255

第二十一节 股骨颈骨折的护理	256
第二十二节 股骨粗隆间骨折的护理	259
第二十三节 股骨干骨折的护理	259
第三编 内 科	261
第一章 内科常见病的诊治	261
第一节 咯血的诊治	261
第二节 上消化道大出血的诊治	263
第三节 昏迷的诊治	265
第四节 休克的诊治	267
第五节 急性呼吸衰竭的诊治	269
第六节 心脏骤停和心脏性猝死的诊断	270
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	273
第八节 高血压病	274
第九节 心律失常	276
第十节 过早搏动	278
第十一节 心肌病	279
第十二节 常见脑血管疾病护理	288
第十三节 运动障碍疾病的护理	292
第十四节 发作性疾病的护理	296
第二章 泌尿系统疾病	299
第一节 尿路感染	300
第二节 急性肾小球肾炎	305
第三节 急进性肾小球肾炎	307
第四节 慢性肾小球肾炎	309
第五节 肾病综合征	310
第六节 急性肾功能衰竭	313
第七节 流行性出血热	318
第八节 血液净化技术	322
第九节 血液透析并发症	325
第三章 消化内科	327
第一节 常见症状及其护理	327
第二节 咯血病人的护理	329
第三节 上消化道大出血病人的护理	330
第四节 消化性溃疡	331
第五节 胃 炎	334
第六节 胃食管反流病	338
第七节 急性胰腺炎	341
第八节 上消化道大量出血	343
第九节 结核性腹膜炎	345
第十节 肝硬变	347
第四章 呼吸系统疾病的护理	350
第一节 支气管疾病的护理	353
第二节 支气管哮喘	355
第三节 支气管扩张病人的护理	360
第四节 咯血护理	363
第五节 肺结核护理	363

第六节 肺炎	364
第七节 其他肺炎	366
第八节 肺栓塞病人的护理	367
第九节 呼吸衰竭病人的护理	370
第十节 急性呼吸衰竭病人的护理	374
第十一节 慢性呼吸衰竭病人的护理	375
第十二节 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征术后护理	379
第十三节 运用护理程序对呼吸系统疾病病人的护理	382
第五章 循环系统疾病病人的护理	385
第一节 概述	385
第二节 运用护理程序对循环系统疾病病人的护理	387
第三节 心绞痛病人的护理	389
第四节 心肌梗死病人的护理	390
第五节 高血压病人的护理	392
第六节 心血管病介入性诊治及护理	394
第七节 心脏骤停和心脏性猝死病人的护理	397
第八节 昏迷病人的护理	397
第九节 休克病人的护理	398
第十节 充血性心力衰竭	399
第十一节 冠状动脉性心脏病	406
第十二节 心肌梗死护理	411
第十三节 风湿热及风湿性心脏病	415
第六章 泌尿系统疾病的护理	417
第一节 肾盂肾炎	417
第二节 肾小球肾炎	419
第三节 急性肾衰竭	422
第四节 慢性肾衰竭	424
第五节 尿石症病人的护理	429
第六节 泌尿系统损伤病人的护理	431
第七节 生殖系统结核病人的护理	433
第八节 生殖系统肿瘤病人护理	435
第九节 泌尿系统梗阻病人的护理	437
第十节 肾脏移植护理技术	439
第十一节 肾上腺疾病病人的护理	442
第七章 内分泌疾病的护理	444
第一节 甲状腺功能亢进症	444
第二节 甲状腺功能过低症	447
第三节 糖尿病	450
第四节 尿崩症	455
第五节 肾上腺皮质机能亢进症	457
第六节 肾上腺皮质机能过低症	461
第八章 老年性疾病的内科护理	464
第一节 老年医学的起源与发展	464
第二节 衰老与抗衰老	466
第三节 老年病的特点与护理	470
第四节 老年人的睡眠与用药指南	474

第五节 老年疾病的评估	476
第六节 老年病人的营养膳食及护理	476
第七节 老年病人常用体位	478
第八节 老年病人临终护理	479
第四编 妇产科	481
第一节 正常妊娠和产前保健	481
第二节 人工流产	489
第三节 计划生育	495
第四节 正常分娩产妇的护理	500
第五节 产褥期妇女的护理	504
第六节 妊娠并发症孕产妇的护理	507
第七节 异常分娩产妇的护理	508
第八节 分娩期并发症产妇的护理	511
第九节 胎儿及新生儿异常的护理	513
第十节 产科手术受术者的护理	514
第十一节 妇科病史及检查的配合	515
第十二节 女性生殖系统炎症病人的护理	518
第十三节 产力异常病人的护理	520
第十四节 产道异常病人的护理	523
第十五节 妊娠并发糖尿病病人的护理	525
第十六节 妊娠并发贫血病人的护理	527
第十七节 妊娠并发心脏病病人的护理	529
第十八节 妊娠并发急性病毒性肝炎病人的护理	531
第十九节 羊水栓塞病人的护理	534
第二十节 急性羊水过多病人的护理	539
第二十一节 子宫破裂病人的护理	540
第二十二节 胎位异常病人的护理	542
第二十三节 胎儿发育异常病人的护理	547
第二十四节 子宫内翻病人的护理	549
第二十五节 胎膜早破病人的护理	551
第二十六节 早产病人的护理	553
第二十七节 产后泌尿系统感染病人的护理	557
第五编 儿 科	559
第一节 小儿年龄分期及各期特点	559
第二节 生长发育	560
第三节 小儿的营养与喂养	561
第四节 儿童保健	563
第五节 儿科病房的管理	564
第六节 儿科基础护理	565
第七节 儿科常见症状的护理	565
第八节 儿科护理技术操作	566
第九节 协助检查诊断的操作	569
第十节 小儿常见病护理	569
第六编 烧伤科	582
第一节 烧伤病人的全面护理	582
第二节 对病人的估价	590

第三节 初期的护理	591
第四节 休克期的护理	592
第五节 创面的处理及护理	593
第六节 败血症的防治及护理	595
第七节 小儿烧伤的常用护理技术	597
第七编 耳鼻喉科	602
第一节 外耳疾病	602
第二节 中耳疾病	603
第三节 耳创伤	610
第四节 外鼻疾病	614
第五节 鼻腔疾病	614
第六节 变态反应性鼻炎	616
第七节 鼻中隔偏曲	617
第八节 鼻出血	618
第九节 鼻腔异物	618
第十节 鼻窦疾病	619
第十一节 急性扁桃体炎	623
第十二节 慢性咽峡炎	625
第十三节 鼻咽部肿瘤	627
第十四节 先天性喉鸣	628
第十五节 喉急性炎症疾病	628
第十六节 喉水肿	629
第十七节 慢性喉炎	629
第十八节 声带小结	630
第十九节 喉肿瘤	630
第八编 皮肤科	631
第一节 头 癣	631
第二节 体癣及股癣	633
第三节 手癣和足癣	634
第四节 甲癣和甲真菌病	636
第五节 癣菌疹	637
第六节 念珠菌病	638
第七节 脓疱疮	641
第八节 毛囊炎、疖及疖病	642
第九节 麻风病	644
第十节 皮肤结核病	650
第十一节 传染性软疣	654
第十二节 单纯疱疹	655
第十三节 手足口病	656
第九编 康复科	657
第一节 脊髓损伤的康复	657
第二节 小儿脑瘫康复	662
第三节 冠心病康复	672
第十编 麻醉科	676
第一节 基础麻醉常规	676
第二节 全身麻醉常规	677

第三节 静脉麻醉.....	679
第四节 吸入全身麻醉.....	684
第五节 静吸复合麻醉.....	686
第六节 全身麻醉并发症及预防.....	687
第十一编 临床检验.....	691
第一节 一般性状检查.....	691
第二节 试纸法尿液过筛检查.....	693
第三节 尿液异常成分的化学检查.....	695
第四节 痰液检查.....	698
第五节 显微镜检验.....	700
第六节 化学检查.....	702
第七节 微生物学和免疫学检查.....	703
第十二编 医学影像.....	704
第一章 医学影像学的进展.....	704
第一节 概 述.....	704
第二节 主要 X 线检查方法及适应证.....	706
第三节 X 线诊断原则和如何分析 X 线片.....	707
第四节 X 线检查的新进展和影像诊断学.....	708
第五节 X 线检查与其他影像学检查的比较.....	710
第二章 计算机体层摄影 (CT).....	711
第一节 发展简史.....	711
第二节 诊断原则与阅片程序.....	714
第三节 近期进展.....	715
第十三编 放射线.....	716
第一章 不同成像在腹盆部观察应用.....	716
第一节 不同成像在腹盆部的观察分析.....	716
第二节 医学影像学征象的在腹盆部的诊断与鉴别诊断.....	720
第二章 膈肌及其周围肿瘤.....	720
第一节 膈肌及其周围解剖结构.....	721
第二节 膈肌肿瘤.....	721
第三章 肝脏、胆管及脾脏肿瘤的影像学检查.....	722
第一节 肝脏、胆管及脾脏正常解剖.....	722
第二节 肝脏肿瘤影像检查技术.....	725
第三节 脾脏肿瘤.....	730
第四节 胆囊与胆管肿瘤.....	732
第五节 肝脏恶性肿瘤.....	736
第六节 肝脏良性肿瘤.....	748
第十四编 超声学.....	753
第一节 超声的物理基础.....	753
第二节 超声在人体内的传播.....	754
第三节 超声诊断的显示方式及其意义.....	757
第四节 超声显像仪.....	758
第五节 常见的超声效应与图像伪差.....	759
第六节 超声探测方法.....	761
第七节 超声诊断法.....	765

第一编 外科

第一章 普外科常见病诊治

第一节 胃、十二指肠疾病

一、解剖生理概要

胃位于左上腹，有两口、两弯和两壁，上口为贲门与食管连接，下口为幽门与十二指肠连接，上缘为下弯，下缘为大弯，以及前后两壁。距离幽门 5~6 cm 的胃下弯有一凹陷，称为角切迹，这是一个重要的标志。胃分为 3 部分。

(1) 胃底，在贲门左侧，高出贲门的部分。

(2) 胃体，位于胃至角切迹之间的部分。

(3) 幽门部，位于角切迹与幽门之间，幽门部的大弯侧有一不明显的浅沟，将幽门部分为左侧的幽门窦和右侧的幽门管。

胃壁结构分为 4 层，由内向外分为黏膜、黏膜下层、肌层和浆膜层。胃的腺体位于黏膜层内，成人每日可分泌胃液 1 500 mL。胃的血液极其丰富，来源于腹腔动脉。小弯侧有胃左动脉和胃右动脉，大弯侧有胃短动脉和胃网膜左、右动脉，静脉与同名动脉伴行，最后入门动脉。胃的淋巴有小弯侧的胃左、胃右淋巴结及大弯侧的胃网膜左、胃网膜右淋巴结四组，最后至腹腔淋巴结入胸导管。胃的神经属于自主神经过敏，包括有交感神经和副交感神经两部分，交感神经对胃的分泌和运动起抑制作用，副交感神经来自左右迷走神经，对胃的分泌和运动有促进作用。左右迷走神经在肺门下有许多分支，构成食管丛，向下在穿膈之前食管丛汇合前、后迷走神经主干，随食管入腹腔，之后前迷走神经干分为肝支和胃前支，后迷走神经干分为腹腔支和胃后支，胃的前支和后支沿小弯走行并发出分支进入胃的前、后壁，末端在距幽门 5~7 cm 处进入胃窦形成“鸦爪”，是高选择性迷走神经切断术的标志。十二指肠位于幽门和空肠之间，呈“C”形，包绕胰腺头部。

十二指肠为分 4 部分：上部，也称球部，是溃疡好发部位；降部，大部分位于腹膜后，其中点附近内后侧有胆总管开口；第 3 部分是水平部；最后是升部，其远端有屈氏韧带，是空肠起始的标志。十二指肠分泌碱性的十二指肠导液，并分泌促胃激素。

二、胃、十二指肠溃疡的外科治疗

胃、十二指肠黏膜的局限性圆形或椭圆形的全层黏膜缺损称为胃、十二指肠溃疡。胃、十二指肠溃疡是常见病、多发病。十二指肠溃疡较胃溃疡多见，男多于女。

1. 病因和发病机理

(1) 胃酸分泌过多一直被认为是胃、十二指肠溃疡的最重要的发病因素。当胃液中胃酸过多，激活其中的胃蛋白酶，从而使胃、十二指肠黏膜发生“自家消化”而形成溃疡。

(2) 幽门螺杆菌感染引起的胃酸分泌增加及其相关调节机理的障碍是引起胃、十二指肠溃疡的重要原因。

(3) 胃黏膜屏障是由黏膜液和胃黏膜柱状上皮两部分组成。一些损伤性因素，如服用某些药物、粗糙食物会削弱黏膜抵抗力，因此黏膜屏障损害是溃疡产生的重要原因。

(4) 其他。包括精神因素、神经因素、应激性因素、遗传因素等。

2. 临床表现

本病具有慢性过程、节律性疼痛与周期性发作三大特点。患者发病与季节、情绪波动、饮食失调等因素有关。主要表现是上腹痛。疼痛多为烧灼痛或钝痛、胀痛。位于剑突下，有时可放射至腰背部、肩部。十二指肠溃疡疼痛与进食密切相关，节律性疼痛明显，多于餐后 3~4 h 发作。饥饿疼痛或夜间痛与基础胃酸分泌量过高有关，服抗酸药物能止痛。疼痛于进食后能逐渐消失，多因胃酸被食物中和所致。疼痛具有周期性发作特点，

秋冬季为好发季节，每次症状发作持续数周后好转，间歇 1~2 个月再发。这样反复发作，使发作期延长，缓解期变短。多伴有慢性胃炎。另外还有一些其他症状如反酸、嗝气、食欲减退等。

3. 实验室检查

(1) X 射线钡餐造影可见溃疡龛影，采用气钡双重造影可提高 X 线检查精确性。

(2) 纤维内镜可见溃疡部位并可做活检，以鉴别有无癌变。

(3) 大便隐血试验为辅助诊断，试验阳性提示溃疡有活动性。

(4) 十二指肠溃疡胃酸分泌较正常增高，胃溃疡分泌多正常或稍低，如有胃酸缺乏应考虑有并发胃炎或癌变的可能性。

4. 常见并发症

(1) 急性穿孔常见部位为胃幽门部与十二指肠部前壁。病人既往无溃疡病史。穿孔前数日病人症状加重，或有情绪波动、过度疲劳等诱因。病人在夜间空腹或饱食后突然发生上部剧痛，呈刀割样，并迅速波及全腹。有时可因胃内容沿右结肠旁沟下流而出现右下腹痛。可发生休克。出现腹式呼吸减弱或消失，腹肌紧张呈“木板样”强直，全腹有压痛、反跳痛，尤以右上腹压痛明显。叩诊有移动性浊音，肝浊音界缩小或消失，立位 X 射线检查可发现膈下有半月形的游离气体。

(2) 上消化道出血多发生在胃小弯或十二指肠后壁，由于溃疡侵蚀大血管所致，出血量与被侵蚀血管的大小有关。主要表现为急性呕血和柏油样便，呕血前常有恶心，便血前突感便意。一般出血量 5 mL 大便隐血试验即呈阳性，50 mL 以上可出现柏油样便，出血量超过 400 mL 或出血速度快患者可出现面色苍白、口渴、头晕目眩、无力、心悸、脉速等血容量不足的表现，出血量超过 800 mL 以上者可出现出血性休克，化验血红蛋白、红细胞计数和红细胞比容下降。

(3) 幽门梗阻主要由于溃疡愈合后形成的瘢痕挛缩的器质性狭窄并发幽门痉挛水肿所致。开始为不完全性梗阻，逐渐发展为完全性梗阻。病人临床表现主要是进食后上腹部饱满膨胀感，夜晚尤甚，会出现嗝气、恶心、反胃和呕吐现象。呕吐量大，呕吐物多为宿食，有腐败酸臭味，呕吐后自觉胃部舒适。故病人常自行诱吐。体检见上腹隆起，可见胃型和胃蠕动波，手拍上腹可闻水振荡声。病人长期呕吐就会出现营养不良、消瘦、贫血、脱水、电解质紊乱、呈低钾低氯性碱中毒表现。X 线钡餐检查可见胃扩大，张力减低，24 h 后仍有钡剂存留。

5. 治疗原则

(1) 外科手术适应证主要有以下 5 点。①胃、十二指肠溃疡急性穿孔。②胃、十二指肠溃疡大出血。③胃、十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻。④胃溃疡恶性变。⑤内科治疗无效。

(2) 手术方式有 2 种。①胃大部切除术。此切除范围包括胃远侧 2/3~3/4，包括胃体的远侧部分、胃窦部、幽门和十二指肠球部。根据胃肠道的重建方式不同，分为 2 种。毕 I 式指胃大部切除后，将残胃与十二指肠吻合，此法操作简单，术后并发症少。多用于胃溃疡的治疗。毕 II 式指胃大部切除后，缝闭十二指肠残端，将残胃与上段空肠吻合。此法操作较复杂，术后并发症较毕 I 式多。尤适于十二指肠溃疡的治疗。②迷走神经切断术。此切除术主要用于治疗十二指肠溃疡，通过切断迷走神经，消除了神经性胃酸分泌，阻断了迷走神经引起的胃泌素分泌，从而减少了体液性胃酸分泌，达到治愈十二指肠溃疡的目的。此种手术有迷走神经总干切断术、选择性迷走神经切断术、高选择性迷走神经切断术 3 种类型。

6. 指导护理问题

(1) 疼痛与胃、十二指肠溃疡及其并发症，或手术创伤有关。

(2) 营养失调，低于机体需要与溃疡本身影响消化吸收及疼痛引起摄入量减少有关。

(3) 体液不足与急性穿孔、大出血、幽门梗阻等引起的失血、失液有关。

(4) 焦虑与溃疡反复发作、迁延不愈、有恶性变可能或手术创伤大、术后并发症多等有关。

(5) 潜在并发症出血、十二指肠残端破裂、吻合梗阻、倾倒综合征等。

(6) 缺乏术前配合及术后饮食、活动等方面知识。

7. 指导护理措施

(1) 术前准备。术前准备有 4 点。①心理护理。消除紧张、焦虑情绪，说明手术方式及相关的注意事项，安慰病人保持良好心理状态，增强病人对手术的了解及信心。②改善营养、调节饮食。给予蛋白质、高热量、高维生素及易消化无刺激的饮食，少量多餐。营养较差者给予输液补充营养。术前一进半流质饮食，术日晚灌肠以清洁肠道，术晨置放胃管以吸净胃内容物。③拟行迷走神经切断术的病人，术前应测定基础胃酸分泌量和最大胃酸分泌量，以鉴定手术后的效果。④严重并发症病人护理。a. 出血。平卧位、吸氧、暂禁食，镇静、

补液、输血，并使用止血药物，保持输液通畅。每 30 min 测血压、脉搏、记录呕血量和便血量，观察神志情况以及每小时尿量。b.上消化穿孔。术前应按急性腹膜炎护理。c.幽门梗阻。补液纠正水、电解质、酸碱失衡。术前 3 d 每晚用温盐水洗胃，解除痉挛，消除胃壁水肿及炎症。

(2) 术后护理。术后护理包括以下几点。①定时测量血压、脉搏，观察呼吸、神志、皮肤颜色，切口敷料以及胃肠引流液情况，并详细记录 24 h 出入量。术后放置胃管 3~4 d，肠蠕动恢复后，可以拔除。麻醉清醒后给予半卧位，定时床上翻身，术后 2 d 协助病人下床活动，以促进肠蠕动恢复。肠蠕动恢复，拔除胃管后当日可给少量饮水，每次 60 mL，1~2 h/次。拔管后第 3 日可进全量流食，每次 200 mL，4~5 次/d，应避免易产气食物，如牛奶、甜食。第 4 日可进半流食，3~7 d 后，若无不良反应可进普食。应注意选用消化食物，忌生冷、油炸、浓茶、酒等刺激性食物。②胃大部切除术并发症护理。正常情况下，术后 24 h 内可自胃管内吸出少量暗红色或咖啡色胃液，一般不超过 100~300 mL，量逐渐减少可自行停止。若术后短期内从胃管持续流出大量鲜血或有呕血及黑便，甚至发生失血性休克，可能存在吻合口出血。若发生在术后 24 h 内，多因术中止血不彻底。若发生在术后 4~6 d，多为胃吻合口部分黏膜坏死脱落引起。如发生在术后 10~12 d，多为吻合口缝线处感染所致。多数出血病人可通过禁食、使用止血药物、输血、输液等措施，症状可得到控制，经药物治疗无效或出血量大于 500 mL/h 时，则需手术 2 次止血。十二指肠残端破裂是毕 II 式手术死亡的主要原因，多见于瘢痕组织较多、难切除的十二指肠溃疡。多发生在术后 1~2 d 或 1 周左右，表现为右上腹突发剧痛、局部明显压痛和腹肌紧张等急性腹膜炎症状和体征。应立即手术处理，在十二指肠破裂处置管持续腹腔引流，术后应加强全身支持治疗，积极纠正水电解质紊乱，控制感染，有条件者应用完全胃肠外营养。胃肠吻合口破裂或瘘少见，常发生于术后 3~5 d。多由于缝合不当，吻合口张力过大，或发生于术后 7~10 d，因低蛋白血症、组织水肿等使组织愈合不良。常引起急性腹膜炎，应立即手术修补或引流。一般于数周后吻合口瘘能自行愈合，若经久不愈，可再次手术。术后梗阻多发生于毕 II 式手术，按梗阻部位分为吻合梗阻、输入段梗阻及输出段梗阻。

8. 出院指导

病人出院后保持心情舒畅，注意劳逸结合，避免重体力劳动 3 个月；少量多餐，进食规律，注意饮食结构，术后早期不宜进过甜食物，餐后宜平卧片刻。食物应易消化，不宜选择刺激性食物；对吸烟病人劝其戒烟。

三、胃癌

胃癌是常见的恶性肿瘤，发病年龄以 40~60 岁病人最为常见，男多于女，约 3:1。

1. 病因病理

(1) 病因尚不完全清楚，可能与下列因素有关。①饮食因素。进食熏烤、腌制食物、含亚硝酸盐及有防腐添加剂的食物可诱发胃癌。真菌污染食品的危害也不容易忽视。②环境因素。胃癌发病率在不同国家、不同地区之间有明显差异。这可能与环境及生活习惯有关。吸烟与胃癌发生也有一定关系。③遗传因素。常见于近亲中，同时 A 型血人群的发病率高于其他血型的人群。④疾病因素。胃息肉、胃溃疡、慢性萎缩性胃炎可发生癌变。

(2) 胃癌多发于胃窦部，其次为贲门部，发生于胃体部较少。①大体类型。a.早期胃癌。凡病变仅侵及黏膜或黏膜下层的不论有无淋巴结转移均为早期的胃癌，表现为隆起型、浅表型和凹陷型 3 种类型。b.进展期胃癌又称中晚期胃癌。指病变已超过黏膜下层的胃癌。分为肿块型、溃疡型和浸润型 3 种类型。②组织分型。胃癌有腺癌、黏液腺癌、低分化癌、未分化癌等，其中以腺癌最多，未分化癌恶性程度最高。③转移途径。a.直接蔓延。直接向胃壁四周或深部浸润，可直接侵入腹壁、邻器官及组织。也可沿黏膜下层淋巴网蔓延，向上侵犯食管下段，向下侵犯十二指肠。b.淋巴转移是主要转移途径。早期胃癌可发生转移。肿瘤浸润越深，转移越远。经胸导管直接转移到锁骨上淋巴结，或经肝圆韧带转移到脐周，均属晚期转移。c.血行转移常发生于胃癌晚期。以肝、肺最多见。d.腹腔种植。胃癌穿透浆膜后，种植于腹膜、大网膜及其他脏器表面。常见于卵巢、盆底腹膜。

2. 临床表现

胃癌早期无明显症状，故常被忽视，待症状明显时已属晚期。开始病人常感上腹不适、隐痛、嗝气、反酸、食欲减退等，类似胃十二指肠溃疡或慢性胃炎症状。病情进展后可有上腹痛、食欲不振、消瘦、体重减轻、贫血等。发生溃疡或梗阻后可出现相应的症状，如进食哽噎感、呕吐、呕血或黑便、穿孔。

3. 实验室检查

(1) 纤维胃镜检查对胃癌诊断有重要价值，与细胞学检查，病理联合应用可大大提高诊断阳性率。

(2) 实验室检查多数病人有贫血、大便隐血呈持续阳性，胃液分析胃液减低或缺失。

(3) B超，CT检查有助于诊断及分胃癌。

4. 治疗原则

(1) 手术治疗。诊断后应及早手术。根据胃癌发展程度，可选择手术各类，如根治性切除术、姑息性切除术等。

(2) 化学疗法。一般术后2~4周开始，术后2年内做4~5个疗程。

5. 指导护理问题

(1) 焦虑、恐惧或绝望与对疾病的发展及预后缺乏了解，对疾病治疗缺乏信心有关。

(2) 营养失调，低于机体需要量与恶性肿瘤高代谢及胃肠功能降低、营养摄入不足有关。

(3) 缺乏有关胃癌及其治疗知识。

(4) 潜在并发症伤口裂开，化学治疗等副作用。

6. 指导护理措施

(1) 心理护理。关心尊重病人、消除病人顾虑，增强病人对治疗的信心并能够积极配合治疗。

(2) 营养护理。加强营养，提高病人对手术的耐受力，促进术后恢复，能进食者给予高热量、高蛋白，高维生素易消化饮食，不能进食或禁食者，应从静脉补充液体，保证机体需要。必要时可实施全胃肠外营养。对化学治疗病人应减少脂肪，进食蛋白含量高的食物，多吃水果、蔬菜等。

7. 出院指导

(1) 定期门诊复查。

(2) 全面治疗，对疑有上腹不适、消瘦、呕血、黑便或大便隐血阳性者，近期胃病症状加重或既往无胃病史、短期出现胃部症状者，已确诊为胃溃疡、胃息肉或萎缩性胃炎者，胃大部切除手术后近年又出现消化道症状者，均应深入检查，明确病变性质。

第二节 完全胃肠外营养

全胃肠外营养，是指由胃肠外途径（通常由静脉）以浓缩形式输入病人所需的蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素、微量元素、电解质和水分，以达到营养治疗的目的。它是延长癌症病人生命的重要措施。

一、TPN的适应证

(1) 手术前后的营养支持，如食管、胃、结肠、胰腺根治术。

(2) 消化道外瘘，如胰瘘和小肠瘘等。

(3) 短肠综合征，如在切除小肠肿瘤后，空肠保留不足65 cm。

(4) 晚期癌症病人因经受了手术、放射治疗、化学治疗等治疗后，营养状况极其低下者。

(5) 代谢高度亢进，分解代谢尤为旺盛而经口摄入不足的疾患，如重度感染、高烧、昏迷及严重恶病质者。

(6) 骨转移或下肢瘫痪并发褥疮者。

二、TPN的营养素配方

TPN的营养素配方是根据病人营养状况拟订的。

三、TPN的输注

1. 输注途径

一般采用锁骨下静脉插管，此处静脉管径粗，血流速度快，流量大，输入的液体很快被血液稀释，不刺激血管壁，不受液体浓度、速度的限制。

2. 输注方法

将病人一日所需的营养液装入3 L袋内“全合一”的输注。优点为：

(1) 在净化台里将各种营养液混合装入3 L袋内。根据需要，一次性配制完供全天输注。

(2) 营养液的环境（低PH值，高渗克分子浓度）不利于细菌生长，较单独输脂肪乳剂减少了潜在的细菌生长的可能性。

(3) 所有药液均匀地同时输入，可达到在同一时间内各种物质被机体利用，有利于使各种营养物质获得最

佳效果。

(4) 从护理角度看, 由于 3 L 袋不需排气, 不需多次更换液瓶, 避免了因多次穿刺瓶塞而导致的污染。

3. 输注中的监测

(1) 糖的监测。连续三天查尿糖 4 次/d、血糖 1 次/d。血糖稳定后每周查尿糖 1~2 次, 血糖 2 次。

(2) 电解质的监测。查电解质 1 次/d, 平稳后 2 次/周; 肝肾功能 1 次/周, 血气分析开始 3 d 时 1 次/d, 以后每周 1~2 次; 白蛋白、前白蛋白、转铁蛋白每周查 1 次。

(3) 尿的监测。准确留取 24 h 尿, 查尿钾、钠、氯、钙、磷、镁、肌酐、尿素氮。根据氮平衡公式计算每日氮平衡情况, 给予纠正, 最终达到正氮平衡。

(4) 出入量的监测。每天准确记录 24 h 出入量。

四、并发症

1. 感染

在 TPN 的操作过程中, 存在着多个易造成感染的环节, 如插管、营养液的配置、更换液体等, 因此必须严格无菌技术, 配制营养液须在无菌净化台下进行, 做好插管后导管入口处的敷料更换, 同时密切观察病人的体温、脉搏、呼吸的变化, 如有不明原因的发热, 应对营养液及导管行细菌培养, 并应用激素和抗生素。

2. 血栓

血栓是插管的常见并发症, 预防措施是争取一次穿刺成功。发生堵管时用 0.04% 枸橼酸钠 6~8 mL 反复抽吸, 切不可用力推注。

3. 气胸

凡术前已有严重肺部疾患(如肺气肿)者, 尽量不选用这一途径。一旦发生气胸, 应立即处理。

4. 高糖性、高渗性、非酮性昏迷

(1) 双能源供热, 减少大量输注葡萄糖。

(2) TPN 开始阶段, 严格控制葡萄糖输入的浓度、速度。

(3) 按处方要求补充外源性胰岛素, 将血糖控制在 8.4 mmol/L 以下, 尿糖(+++) 以下。

4. 骨折

长期应用 TPN, 会出现低钾、低钙等电解质紊乱, 应保护好病人, 预防骨折。同时协助病人做适当的运动, 因为不运动者体内肌肉蛋白质的合成较慢, 也易造成骨折。

第三节 肝脏疾病

一、肝的解剖和生理

(一) 肝脏

肝脏是人体内最大的实质性器官, 正常成人肝脏重量为 1 200~1 500 g, 大部分位于右上腹。目前, 按门脉系统分布, 将肝脏分为左外、左内、右前、右后和尾状叶等。在肝的脏面, 有肝胃和肝十二指肠韧带; 后者包含有门静脉、肝动脉和胆总管。它们在肝脏面横沟内各自分成左右支进入肝实质内, 此处称第一肝门。肝脏血液流出的管道称肝静脉系统, 最终是在肝脏后上方经肝静脉流入下腔静脉, 此处称第二肝门。

(二) 肝小叶

肝小叶是肝脏最基本的结构单位。

(1) 几个小叶之间为汇管区, 内有肝动脉、门静脉的分支小叶间动脉、小叶间静脉以及小叶间胆管。

(2) 小叶中央为中央静脉, 肝细胞以此为中心呈放射状排列。肝细胞索之间为肝血窦。肝细胞通过肝血窦接收来自肝动脉和门静脉的氧气和营养物质, 进行新陈代谢。其代谢产物经肝血窦另一端入中央静脉, 经肝静脉入下腔静脉。肝血窦可以看作是肝脏的毛细血管。和一般毛细血管不同的是, 它壁上附有枯否氏细胞, 具有吞噬作用, 属网状内皮系统。

(3) 胆汁由肝细胞分泌, 从肝细胞之间的毛细胆管经小叶间胆管到左、右肝管, 注入胆管系统。

肝脏是双重血液供应, 25%~30% 来自肝动脉, 70%~75% 来自门静脉。肝动脉血含氧量较高, 40%~60% 的肝所需氧由肝动脉供给。门静脉血的含氧量比一般体静脉较高。

（三）肝的生理功能

1. 分泌胆汁

肝脏每日分泌胆汁量为 600~1 000 mL，在胆囊内储存和浓缩，参与脂肪及脂溶性维生素的消化和吸收。

2. 代谢功能

- （1）糖原的合成和分解。
- （2）多种蛋白质的合成，氨基酸的转化，尿素的合成。
- （3）中性脂肪的氧化分解，卵磷脂及胆固醇的合成。
- （4）参与维生素的代谢，某些激素的灭活。

3. 解毒功能

通过氧化、还原、水解、结合等过程，变有毒物质为无毒物质。

4. 造血功能

肝内含铁、铜、叶酸等造血物质，能间接参与造血。

5. 吞噬及免疫

肝血窦壁的枯否细胞具有吞噬作用，能吞噬细菌、色素及碎屑物质。肝还能合成和免疫有关的球蛋白。肝细胞再生能力很强。肝对缺氧很敏感。

二、肝脓肿

肝脓肿均为继发性脓肿，可分为细菌性肝脓肿和阿米巴性肝脓肿。

（一）细菌性肝脓肿

1. 病因病理

- （1）多继发于胆管感染（尤其是肝内胆管结石、胆管炎）及肠道感染（如坏疽性阑尾炎、肠炎、痔疮感染等）。细菌以大肠杆菌为主，经门静脉入肝。
- （2）亦可继发于疖肿、上呼吸道感染等。细菌以葡萄球菌、链球菌为主，经肝动脉入肝。
- （3）脓肿绝大多数为多发性，以肝右叶多见。

2. 临床表现

- （1）原发病症状，如胆管结石、胆管感染以及其他部位的感染。
- （2）全身中毒症状明显，如高热、寒战、大汗、无力、消瘦、呕吐、贫血等。
- （3）右上腹胀痛，可向肩部放射。
- （4）肝肿大，压痛，有时可见右上腹表面隆起，肝浊音界升高。
- （5）黄疸一般为轻度。如继发胆石症，黄疸可加重。
- （6）白细胞增高。

3. 诊断

除临床表现外，可做如下检查。

- （1）X 射线膈肌抬高，活动受限，可有胸膜反应。
- （2）B 型超声对脓肿的数目、大小及部位的诊断有帮助。
- （3）必要时肝穿刺可得黄白色脓汁。

4. 治疗

- （1）全身支持疗法，如给予高蛋白、高热量、高维生素及输液，必要时输血。
- （2）给予大量有效的抗生素。
- （3）手术引流。①经腹腔或腹膜外切开引流。②在 B 超的引导下穿刺吸脓，并置塑料导管冲洗引流。③如继发于胆石症，应同时做胆总管引流。

（二）阿米巴肝脓肿

1. 发病

- （1）肠道阿米巴感染，原虫经肠壁溃疡破口入门静脉后并发肝脓肿。
- （2）常为单个脓肿，肝右叶多见。