内科临床治疗及护理技术

郭华丽 平 萍 李娜◎主编

长江出版传媒
湖北科学技术出版社

内科临床治疗及护理技术

郭华丽　平　萍　李　娜　主编

长江出版传媒
湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科临床治疗及护理技术 / 郭华丽，平萍，李娜主编. — 武汉 ：湖北科学技术出版社，2017.4

ISBN 978-7-5352-8546-1

Ⅰ. ①内… Ⅱ. ①郭… ②平… ③李… Ⅲ. ①内科-疾病-诊疗②内科-疾病-护理 Ⅳ. ①R5②R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 071792 号

书　　名：内科临床治疗及护理技术

责任编辑：刘　玲　赵　汶　　封面设计：王　梅　张晓雅

出版发行：湖北科学技术出版社　　电话：027-87679468

地　　址：湖北武汉市楚雄大街 268 号　　邮编：430070
（湖北出版文化城 B 座 13-14 层）

网　　址：http://www.hbstp.com.cn

印　　刷：郑州华之旗数码快印有限公司　　邮编：450000

开　　本：880 mm×1230 mm　1/32　印张：4.75　　字数：150 千字

版　　次：2018 年 5 月第 1 版　　印次：2018 年 5 月第 1 次

定　　价：40.00 元

版权所有　翻印必究

目 录

第一章 消化疾病的护理 …… 1
第一节 肠结核和结核性腹膜炎 …… 1
第二节 炎症性肠病 …… 8
第三节 肝硬化 …… 17
第四节 原发性肝癌 …… 29
第五节 肝性脑病 …… 38
第六节 急性胰腺炎 …… 46
第二章 泌尿系统疾病的护理 …… 54
第一节 肾小球肾炎 …… 54
第二节 肾病综合征 …… 64
第三节 尿路感染 …… 71
第四节 急性肾衰竭 …… 76
第五节 慢性肾衰竭 …… 83
第三章 血液系统疾病 …… 95
第一节 贫血 …… 95
第二节 出血性疾病 …… 130
参考文献 …… 151

第一章　消化疾病的护理

第一节　肠结核和结核性腹膜炎

肠结核(intestinal tuberculosis)和结核性腹膜炎(tuberculous peritonitis)均由结核分枝杆菌感染所致。前者是由于结核分枝杆菌侵犯肠道引起的慢性特异性感染,后者则是由结核分枝杆菌侵犯腹膜引起的慢性弥漫性腹膜感染。过去我国肠结核和结核性腹膜炎均比较常见,近年的患病率均有逐渐下降趋势,但仍不少见。多见于中青年,女性较男性多见。

一、肠结核

【病因与发病机制】

肠结核主要由人型结核分枝杆菌引起,少数病人可感染牛型结核分枝杆菌致病。其感染途径有以下几种。①经口感染:是结核分枝杆菌侵犯肠道的主要途径。病人多有开放性肺结核或喉结核,因经常吞咽含结核分枝杆菌的痰液而致病;或经常与开放性肺结核病人共餐,餐具未经消毒隔离;或饮用未经消毒的带菌牛奶和乳制品等。肠结核易发生在回盲部,可能与下列因素有关:结核分枝杆菌进入肠道后,含有结核分枝杆菌的肠内容物在回盲部停留时间较长,且回盲部淋巴组织丰富,结核分枝杆菌又容易侵犯淋巴组织。但其他肠段亦可受累。②血行播散:肠外结核病灶经血行播散侵犯肠道,多见于粟粒型肺结核。③直接蔓延:由腹腔内结核病灶如女性生殖器结核直接蔓延而侵犯肠壁。

肠结核的发病是人体和结核分枝杆菌相互作用的结果,一旦入侵的结核分枝杆菌数量多、毒力大,并且人体免疫功能低下、肠功能紊乱引起局部抵抗力削弱时,就可发病。

肠结核主要位于回盲部,其他部位依次为升结肠、空肠、横结肠、降结肠、菌尾、十二指肠和乙状结肠,少数见于直肠。本病的病理变化随人体对结核分枝杆菌的免疫力与过敏反应的情况而定。若人体过敏反应

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com

强,病变以炎症渗出性为主;感染菌量多、毒力大,可有干酪样坏死,形成溃疡,称为溃疡型肠结核;如果人体免疫状况好,感染较轻,则表现为肉芽组织增生、纤维化,称为增生型肠结核;兼有两种病变者称为混合型或溃疡增生型肠结核。

【临床表现】

肠结核大多起病缓慢,病程较长。早期症状不明显,容易被忽视。

1.症状

(1)腹痛:多位于右下腹,也可因回盲部病变引起上腹或脐周的牵涉痛。疼痛性质一般为隐痛或钝痛,进食易诱发或加重,出现腹痛与排便,排便后疼痛可有不同程度的缓解。这与回盲部病变使胃回肠反射或胃结肠反射亢进,病变肠曲痉挛或蠕动增强有关。并发肠梗阻时,可出现腹部绞痛,并伴腹胀、肠鸣音亢进、肠形与蠕动波。

(2)腹泻和便秘:腹泻是溃疡型肠结核的主要表现之一。每天排便2~4次,粪便呈糊状或稀水状,不含黏液或脓血,如直肠未受累,无里急后重感。若病变严重而广泛时,腹泻次数可达每天十余次,粪便可有少量黏液、脓液。此外,可间有便秘,粪便呈羊粪状,隔数天再有腹泻。这种腹泻与便秘交替是由于肠结核引起胃肠功能紊乱所致。增生型肠结核多以便秘为主要表现。

(3)全身症状和肠外结核表现:溃疡型肠结核常有结核毒血症及肠外结核特别是肺结核的临床表现,严重时可出现维生素缺乏、脂肪肝、营养不良性水肿等表现;增生型肠结核全身情况一般较好。

2.体征　病人可呈慢性病容、消瘦、苍白。腹部肿块为增生型肠结核的主要体征,常位于右下腹,较固定,质地中等,伴有轻、中度压痛。若溃疡型肠结核并发局限性腹膜炎、局部病变肠管与周围组织粘连、或同时有肠系膜淋巴结结核时,也可出现腹部肿块。

3.并发症　见于晚期病人,常有肠梗阻、瘘管形成,肠出血少见,也可并发结核性腹膜炎,偶有急性肠穿孔。

【实验室及其他检查】

1.实验室检查　溃疡型肠结核可有不同程度贫血,无并发症者白细胞计数一般正常。红细胞沉降率明显增快,可作为评估结核病活动程度

的指标之一。溃疡型肠结核的粪便多为糊状，一般无肉眼黏液和脓血，但显微镜下可见少量脓细胞和红细胞。结核菌素试验强阳性有辅助诊断的作用。

2.X线检查　X线胃肠钡餐造影对肠结核的诊断具有重要意义。但并发肠梗阻时，钡餐检查要慎重，以免加重肠梗阻。X线表现主要为肠黏膜皱襞粗乱、增厚、溃疡形成。在溃疡型肠结核，钡剂在病变肠段排空很快，显示充盈不佳，呈激惹状态，而在病变的上、下肠段则钡剂充盈良好，称为X线钡影跳跃征象。此外，尚可见肠腔狭窄、肠段缩短变形、回肠盲肠正常角度丧失。

3.结肠镜检查　可直接观察全结肠和回肠末段，内镜下病变肠黏膜充血、水肿、溃疡形成，可伴有大小及形态各异的炎性息肉、肠腔狭窄等。如果活检找到干酪样坏死性肉芽肿或结核分枝杆菌，则可以确诊。

【诊断要点】

如有下列各点应考虑本病：①青壮年病人有肠外结核，特别是肺结核；②临床表现有腹痛、腹泻、右下腹压痛、腹部肿块、原因不明的肠梗阻，伴有发热、盗汗等结核毒血症状；③X线钡餐检查、结肠镜检查及活检有肠结核征象；④结核菌素试验强阳性。对疑似病例，试行抗结核治疗2~6周，症状改善者临床可以诊断。

【治疗要点】

肠结核的治疗目的是消除症状、改善全身情况、促使病灶愈合及防治并发症。

1.抗结核化学药物治疗　是本病治疗的关键，治疗方案参见“肺结核”章节。

2.对症治疗　腹痛可用阿托品或其他抗脱碱能药物；严重腹谢泻或摄入不足者，应注意纠正水、电解质与酸碱平衡紊乱；对不完全性肠梗阻病人，需进行胃肠减压，以缓解梗阻近端肠曲的膨胀与潴留。

3.手术治疗　当肠结核并发完全性肠梗阻、急性穿孔、慢性穿孔致肠瘘形成、肠道大量出血经积极抢救不能止血者，需要手术治疗。

【预后】

本病如能早期诊断，及时治疗，一般预后良好。

二、结核性腹膜炎

【病因与发病机制】

本病是由于结核分枝杆菌感染腹膜引起，主要继发于体内其他部位结核病。大多数结核性腹膜炎是腹腔脏器如肠系膜淋巴结结核、肠结核、输卵管结核等活动性结核病灶直接蔓延侵及腹膜引起。少数病例可由血行播散引起腹膜感染，常见的原发病灶有粟粒型肺结核、关节、骨、睾丸结核，可伴有结核性多浆膜炎等。

因侵入腹腔的结核菌数量与毒力及机体免疫力不同，结核性腹膜炎的病理改变可表现为3种基本的病理类型：渗出型、粘连型、干酪型，前两型多见。在本病的发展过程中，可有2种或3种类型的病变并存，称为混合型。

【临床表现】

本病由于病理类型不同，病变活动性及机体反应性不一，临床表现各异。多数起病缓慢，少数起病急骤，以急性腹痛、高热为主要表现。极少数病人起病隐匿，无明显症状，仅因其他原因腹部手术时偶然发现。

1.症状

(1)全身症状：结核病的毒血症状，主要是发热和盗汗。多数为低热和中等热，约1/3病人有弛张热，少数可呈稽留热。高热伴有明显毒血症者，主要见于渗出型、干酪型，或伴有粟粒型肺结核、干酪型肺炎等严重结核病的病人。部分病人可有食欲不振、体重减轻、贫血等表现。

(2)腹部症状

1)腹痛、腹胀：早期腹痛不明显，以后可出现持续性隐痛或钝痛。疼痛多位于脐周、下腹或全腹，与腹膜炎症及伴有活动性肠结核、肠系膜淋巴结结核或盆腔结核有关。如腹痛呈阵发性加剧，应考虑并发不完全性肠梗阻。偶可表现为急腹症，系肠系膜淋巴结结核、腹腔内其他结核的干酪样坏死病灶破溃、或肠结核急性穿孔所致。多数病人可出现不同程度的腹胀，多为结核毒血症或腹膜炎伴有肠功能紊乱引起，也可因腹水或肠梗阻所致。

2)腹泻、便秘：腹泻常见，一般每天不超过3~4次，粪便呈糊状，其原因除与腹膜炎所致肠功能紊乱有关外，还与溃疡型肠结核导致吸收不

良、不完全性肠梗阻，以及干酪样坏死病变引起的肠管内瘘等有关。有时腹泻与便秘交替出现。

2.体征

（1）全身状况：病人呈慢性病容，后期有明显的营养不良，表现为消瘦、水肿、苍白、舌炎、口角炎等。

（2）腹部压痛与反跳痛：多数病人有腹部压痛，一般轻微，少数压痛明显，且有反跳痛，常见于干酪型结核性腹膜炎。

（3）腹壁柔韧感：是结核性腹膜炎的临床特征，由于腹膜慢性炎症、增厚、粘连所致。

（4）腹部包块：见于粘连型或干酪型，常由增厚的大网膜、肿大的肠系膜淋巴结、粘连成团的肠曲或干酪样坏死脓性物积聚而成。多位于脐周，大小不一，边缘不整，表面粗糙呈结节感，不易推动。

（5）腹水：多为少量至中量腹水，腹水超过 1000ml 时可出现移动性浊音。

3.并发症　肠梗阻多见，主要发生于粘连型结核性腹膜炎。此外，也可发生急性肠穿孔、肠瘘及腹腔脓肿等并发症。

【实验室及其他检查】

1.血象、血沉与结核菌素试验　部分病人有轻度至中度贫血，多为正细胞正色素性贫血。白细胞计数大多正常，干酪型病人或腹腔结核病灶急性扩散时，白细胞计数增高。多数病人红细胞沉降率增快，可作为活动性病变的指标。结核菌素试验呈强阳性对诊断本病有意义，但一些重症病人可呈阴性。

2.腹水检查　腹水多为草黄色渗出液，少数为淡血色，偶见乳糜性，比重一般超过 1.018，蛋白质含量在 30g/L 以上，由细胞计数超过 500×10^6L，以淋巴细胞为主。但有时因低清蛋白血症或合并肝硬化，腹水性质可接近漏出液。如果腹水葡萄糖<3.4mmol/L、pH<7.35，提示细菌感染；若腹水腺苷脱氨酶活性增高，可能是结核性腹膜炎。腹水浓缩找结核分枝杆菌或结核分枝杆菌培养阳性率均低，腹水动物接种阳性率则可达 50%以上，但费时较长。

3.X 线检查　腹部 X 线平片检查有时可见钙化影，提示钙化的肠系

膜淋巴结结核。胃肠X线钡餐检查可发现肠粘连、肠结核、肠瘘、肠腔外肿块等征象,对本病有辅助诊断的价值。

4.腹腔镜检查　可见腹膜、网膜、内脏表面有散在或聚集的灰白色结节,浆膜浑浊粗糙,活组织检查有确诊价值。此项检查一般适用于有游离腹水的病人,禁用于腹膜有广泛粘连者。

【诊断要点】

本病的主要诊断依据是:①青壮年病人,有结核病史,伴有其他器官结核病证据;②不明原因发热达2周以上,伴有腹痛、腹胀、腹水、腹壁柔韧感或腹部包块;③腹腔穿刺有渗出性腹水,普通菌培养结果阴性;④结核菌素试验呈强阳性;⑤X线胃肠钡餐检查发现肠粘连等征象。

【治疗要点】

本病的治疗关键是及早给予规则、全程抗结核化学药物治疗,以达到早日康复、避免复发和防止并发症的目的。

1.抗结核化学药物治疗　抗结核化学药物的选择、用法、疗程详见"肺结核"相关部分。但在用药中应注意:一般渗出型病人,因腹水及症状消失较快,病人常自行停药,而导致复发,故应强调全程规则治疗;对粘连型或干酪型病人,由于大量纤维增生,药物不易进入病灶而达到治疗目的,需加强药物的联合应用,并适当延长抗结核的全疗程。

2.腹腔穿刺放液治疗　对大量腹水者,可适当放腹水以减轻症状。

3.手术治疗　对经内科治疗未见好转的肠梗阻、肠穿孔及肠瘘均可行手术治疗。

【预后】

本病呈慢性过程,经正规抗结核治疗,预后一般较好。如出现并发症,则预后较差。

三、肠结核和结核性腹膜炎病人的护理

【常用护理诊断/问题、措施及依据】

1.疼痛　腹痛与肠结核、腹膜炎症及伴有盆腔结核或肠梗阻有关。

(1)观察腹痛特点:严密观察腹痛的性质、部位及伴随症状,正确评估病程进展状况。如果病人腹痛突然加重,压痛明显,或出现便血、肠鸣

音亢进等，应考虑是否并发肠梗阻、肠穿孔或肠内出血等，及时协助医生采取抢救措施。

(2)疼痛的护理措施：参见“腹痛”的护理。

(3)抗结核治疗的护理：参见“肺结核”的护理。

2.腹泻　与溃疡型肠结核、腹膜炎所致肠功能紊乱有关。

护理措施参见“腹泻”的护理。

3.营养失调　低于机体需要量与结核杆菌毒性作用、消化吸收功能障碍有关。

(1)饮食护理：由于结核病是一种慢性消耗性疾病，只有保证充足的营养供给，提高机体抵抗力，才能促进疾病的痊愈。因此，应向病人及家属解释营养对治疗结核病的重要性，并与其共同制定饮食计划。应给予高热量、高蛋白、高维生素而又易于消化的食物。腹泻明显的病人应少食乳制品以及富含脂肪和粗纤维的食物，以免加快肠蠕动。

(2)静脉营养供给：对于严重营养不良的病人，应协助医生进行静脉营养治疗，以满足机体代谢需要。

(3)营养监测：每周测量病人的体重，并监测有关营养指标，以评价其营养状况。

【其他护理诊断/问题】

1.体温过高　与结核毒血症有关。

2.体液过多　与腹膜炎症致腹水形成有关。

3.便秘　与肠道狭窄、梗阻或胃肠功能紊乱有关。

4.知识缺乏　缺乏结核病的预防及治疗知识。

5.焦虑　与病程长、治疗疗程长等有关。

6.潜在并发症　肠梗阻、肠穿孔、肠瘘、腹腔脓肿。

【健康指导】

1.疾病预防指导　加强有关结核病的卫生宣教，肺结核病人不可吞咽痰液，提倡用公筷进餐及分餐制，牛奶及乳制品应灭菌后饮用，对肠结核病人的粪便要消毒处理，防止病原体传播。

2.治疗指导　病人应保证充足的休息与营养，生活规律，劳逸结合，保持良好的心态，以增强机体抵抗力。指导病人坚持抗结核治疗，保证

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

足够的剂量和疗程。定期复查。学会自我监测抗结核药物的作用和不良反应,如有异常,及时复诊。

第二节　炎症性肠病

炎症性肠病(inflammatoryboweldisease,IBD)专指病因未明的炎症性肠病,包括溃疡性结肠炎(ulcerativecolitis,UC)和克罗恩病(Crohn'sdisease,CD)。一般认为,UC 和 CD 是同一疾病的不同亚类,组织损伤的基本病理过程相似,但可能由于致病因素不同,发病的具体环节不同,最终导致组织损害的表现不同。

【病因与发病机制】

IBD 病因和发病机制至今尚未完全明确,与肠道黏膜免疫系统异常反应所导致的炎症反应有关,可能是下列因素相互作用所致。

1.环境因素　近几十年来,IBD 的发病率持续增加,并有明显的地域差异,以社会经济高度发达的北美、北欧最早增长,继之为西欧、南欧,最近才是日本、南美。这一现象反映了环境因素在 IBD 发病中的作用,如饮食、吸烟或暴露于其他尚不明确的因素。

2.遗传因素　研究报道,IBD 病人一级亲属发病率显著高于普通人群,而其配偶发病率不增加。CD 发病率单卵双生胎显著高于双卵双生,均证明本病的发生与遗传因素有关。目前认为,IBD 不仅是多基因病,而且也是遗传异质性疾病,即不同人由不同基因引起,病人在一定的环境因素作用下由于遗传易感而发病。

3.感染因素　有研究认为,CD 可能与副结核分枝杆菌及麻疹病毒有关,虽然微生物在 IBD 发病中的作用一直受到重视,然而迄今未检出某一特异微生物病原与 IBD 有恒定关系。但实验证明,IBD(特别是 CD)是针对自身正常肠道菌丛的异常免疫反应引起的,IBD 可能存在对正常菌丛的免疫耐受缺失。

4.免疫因素　为近年来最受到关注的因素,一般认为肠道黏膜免疫系统在 IBD 肠道炎症发生、发展、转归过程中发挥着重要作用。据研究报道,UC 的 T 细胞反应趋于低下,而 CD 的 T 细胞常显示效应功能增

强。除了免疫细胞外，肠道的非免疫细胞如上皮细胞、血管内皮细胞等亦参与炎症反应，与局部免疫细胞相互影响而发挥作用，免疫反应中释放出各种致肠道炎症反应的免疫因子和介质。此外，尚有许多参与炎症损害过程的重要物质，如反应性氧代谢产物和一氧化氮可能对肠道有毒性。参与免疫炎症过程的因子和介质相当多，但相互作用的确切机制尚不完全消楚。

概而言之，IBD 是环境因素作用于遗传易感者，在肠道菌丛的参与下，启动了肠道免疫及非免疫系统，最终导致免疫反应和炎症过程。可能由于抗原的持续刺激及（或）免疫调节紊乱，这种免疫炎症反应表现为过度亢进和难于自限。

一、溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎（UC）是一种病因不明的直肠和结肠慢性非特异性炎症性疾病。病变主要位于大肠的黏膜与黏膜下层。主要症状有腹泻、黏液脓血便和腹痛，病程漫长，病情轻重不一，常反复发作。本病多见于20~40岁，男女发病率无明显差别。

【病理】

病变主要位于直肠和乙状结肠，可延伸到降结肠，甚至整个结肠。病变一般仅限于黏膜和黏膜下层，少数重症者可累及肌层。活动期黏膜呈弥漫性炎症反应，可见水肿、充血与灶性出血，黏膜脆弱，触之易出血。由于黏膜与黏膜下层有炎性细胞浸润，大量中性粒细胞在肠腺隐窝底部聚集，形成小的隐窝脓肿。当隐窝脓肿融合破溃，黏膜即出现广泛的浅小溃疡，并可逐渐融合成不规则的大片溃疡。结肠炎症在反复发作的慢性过程中，大量新生肉芽组织增生，常出现炎性息肉。黏膜因不断破坏和修复，丧失其正常结构，并且由于溃疡愈合形成瘢痕，黏膜肌层与肌层增厚，使结肠变形缩短，结肠袋消失，甚至出现肠腔狭窄。少数病人有结肠癌变，以恶性程度较高的未分化型多见。

【临床表现】

起病多数缓慢，少数急性起病，偶见急性暴发起病。病程长，呈慢性经过，常有发作期与缓解期交替，少数症状持续并逐渐加重。

1.症状

(1)消化系统表现:主要表现为腹泻与腹痛。

1)腹泻:为最主要的症状,黏液脓血便是本病活动期的重要表现。腹泻主要与炎症导致大肠黏膜对水钠吸收障碍以及结肠运动功能失常有关。粪便中的黏液或黏液脓血,为炎症渗出和黏膜糜烂及溃疡所致。排便次数和便血程度可反映病情程度,轻者每天排便 2~4 次,粪便呈糊状,可混有黏液、脓血,便血轻或无;重者腹泻每天可达 10 次以上,大量脓血,甚至呈血水样粪便。病变限于直肠和乙状结肠的病人,偶有腹泻与便秘交替的现象,此与病变直肠排空功能障碍有关。

2)腹痛:轻者或缓解期病人多无腹痛或仅有腹部不适,活动期有轻或中度腹痛,为左下腹或下腹的阵痛,亦可涉及全腹。有疼痛-便意-便后缓解的规律,大多伴有里急后重,为直肠炎症刺激所致。若并发中毒性巨结肠或腹膜炎,则腹痛持续且剧烈。

3)其他症状:可有腹胀、食欲不振、恶心、呕吐等。

(2)全身表现:中、重型病人活动期有低热或中等度发热,高热多提示有并发症或急性暴发型。重症病人可出现衰弱、消瘦、贫血、低清蛋白血症、水和电解质平衡紊乱等表现。

(3)肠外表现:本病可伴有一系列肠外表现,包括口腔黏膜溃疡、结节性红斑、外周关节炎、坏疽性脓皮病、虹膜睫状体炎等。

2.体征　病人呈慢性病容,精神状态差,重者呈消瘦贫血貌。轻者仅有左下腹轻压痛,有时可触及痉挛的降结肠和乙状结肠。重症者常有明显腹部压痛和鼓肠。若有反跳痛、腹肌紧张、肠鸣音减弱等应注意中毒性巨结肠和肠穿孔等并发症。

3.并发症　可并发中毒性巨结肠、直肠结肠癌变、大出血、急性肠穿孔、肠梗阻等。

4.临床分型　临床上根据本病的病程、程度、范围和病期进行综合分型。

(1)根据病程经过分型:①初发型:无既往史的首次发作;②慢性复发型:最多见,发作期与缓解期交替;③慢性持续型:病变范围广,症状持续半年以上;④急性暴发型:少见,病情严重,全身毒血症状明显,易发生大出血和其他并发症。上述后 3 型可相互转化。

(2)根据病情程度分型:①轻型:多见,腹泻每天 4 次以下,便血轻

或无，无发热、脉速，贫血轻或无，血沉正常；②重型：腹泻频繁并有明显黏液脓血便，有发热、脉速等全身症状，血沉加快、血红蛋白下降；③中型：介于轻型和重型之间。

（3）根据病变范围分型：可分为直肠炎、直肠乙状结肠炎、左半结肠炎、全结肠炎以及区域性结肠炎。

（4）根据病期分型：可分为活动期和缓解期。

【实验室及其他检查】

1.血液检查　可有红细胞和血红蛋白减少。活动期白细胞计数增高。红细胞沉降率增快和C反应蛋白增高是活动期的标志。重症病人可有血清清蛋白下降、凝血酶原时间延长和电解质紊乱。

2.粪便检查　粪便肉眼检查常可见血、脓和黏液，显微镜检可见多量红细胞和脓细胞，急性发作期可见巨噬细胞。粪便病原学检查的目的是排除感染性结肠炎，是本病诊断的一个重要步骤。

3.自身抗体检测　血中外周型抗中性粒细胞胞浆抗体和抗酿酒酵母抗体分别为UC和CD的相对特异性抗体，这两种抗体的检测有助于UC和CD的诊断和鉴别诊断。

4.结肠镜检查　是本病诊断的最重要手段之一，可直接观察病变肠黏膜并进行活检。内镜下可见病变黏膜充血和水肿，粗糙呈颗粒状，质脆易出血。黏膜上有多发性浅溃疡（彩图4-4），散在分布，亦可融合，表面附有脓性分泌物。也可见假息肉形成，结肠袋变钝或消失。

5.X线钡剂灌肠检查　可见黏膜粗乱或有细颗粒改变，也可呈多发性小龛影或小的充盈缺损，有时病变肠管缩短，结肠袋消失，肠壁变硬，可呈铅管状。重型或暴发型一般不宜作此检查，以免加重病情或诱发中毒性巨结肠。

【诊断要点】

临床上有持续或反复发作的腹泻和黏液血便、腹痛、里急后重、不同程度的全身症状，在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、克罗恩病、肠结核等基础上，结合结肠镜检所见特点和黏膜活检呈炎性反应，以及X线钡剂灌肠检查所示征象，可以诊断本病。

【治疗要点】

治疗目的在于控制急性发作,缓解病情,减少复发,防治并发症。

1.氨基水杨酸制剂　柳氮磺吡啶(简称 SASP)是治疗本病的常用药物,适用于轻型、中型或重型经糖皮质激素治疗已有缓解者。用药方法:活动期 4g/d,分 4 次口服,用药 3~4 周病情缓解后可减量使用 3~4 周,然后改为维持量 2g/d,分次口服,维持 1~2 年。也可用其他氨基水杨酸制剂,如美沙拉嗪、奥沙拉嗪、巴柳氮等。

2.糖皮质激素　适用于对氨基水杨酸制剂疗效不佳的轻、中型病人,特别是重型活动期病人及急性暴发型病人。其作用机制为非特异性抗炎和抑制免疫反应。一般给予泼尼松口服 40mg/d;重症病人常先予氢化可的松 200~300mg/d 或地塞米松 10mg/d,静滴 7~14 天后,改为泼尼松 60mg/d,口服,病情好转后逐渐减量至停药。

3.免疫抑制剂　硫唑嘌呤或巯嘌呤可试用于对糖皮质激素治疗效果不佳或对糖皮质激素依赖的慢性活动性病例。

4.手术治疗　并发大出血、肠穿孔、中毒性巨结肠、结肠癌或经积极内科治疗无效者可选择手术治疗。

【常用护理诊断/问题、措施及依据】

1.腹泻　与炎症导致肠黏膜对水钠吸收障碍以及结肠运动功能失常有关。

(1)病情观察:观察病人腹泻的次数、性质,腹泻伴随症状,如发热、腹痛等,监测粪便检查结果。

(2)用药护理:遵医嘱给予柳氮磺吡啶(SASP)、糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗,以控制病情,使腹痛缓解。注意药物的疗效及不良反应,如应用 SASP 时,病人可出现恶心、呕吐、皮疹、粒细胞减少及再生障碍性贫血等。应嘱病人餐后服药,服药期间定期复查血象;应用糖皮质激素者,要注意激素不良反应,不可随意停药,防止反跳现象;应用硫唑嘌呤或巯嘌呤时病人可出现骨髓抑制的表现,应注意监测白细胞计数。

(3)其他护理措施:参见"腹泻"的护理。

2.疼痛　腹痛与肠道炎症、溃疡有关。

(1)病情监测:严密观察腹痛的性质、部位以及生命体征的变化,以

了解病情的进展情况。如腹痛性质突然改变，应注意是否发生大出血、肠梗阻、中毒性巨结肠、肠穿孔等并发症。

(2)其他护理措施：参见"腹痛"的护理。

3.营养失调：低于机体需要量　与长期腹泻及吸收障碍有关。

(1)饮食护理：指导病人食用质软、易消化、少纤维素又富含营养、有足够热量的食物，以利于吸收、减轻对肠黏膜的刺激并供给足够的热量，以维持机体代谢的需要。避免食用冷饮、水果、多纤维的蔬菜及其他刺激性食物，忌食牛乳和乳制品。急性发作期病人，应进流质或半流质饮食，病情严重者应禁食，按医嘱给予静脉高营养，以改善全身状况。应注意给病人提供良好的进餐环境，避免不良刺激，以增进病人食欲。

(2)营养监测：观察病人进食情况，定期测量病人的体重，监测血红蛋白、血清电解质和清蛋白的变化，了解营养状况的变化。

【其他护理诊断/问题】

1.有体液不足的危险　与肠道炎症致长期频繁腹泻有关。

2.潜在并发症　中毒性巨结肠、直肠结肠癌变、大出血、肠梗阻。

3.焦虑　与病情反复、迁延不愈有关。

【健康指导】

1.疾病知识指导　由于病因不明，病情反复发作，迁延不愈，常给病人带来痛苦，尤其是排便次数的增加，给病人的精神和日常生活带来很多困扰，易产生自卑、忧虑，甚至恐惧心理。应鼓励病人树立信心，以平和的心态应对疾病，自觉地配合治疗。指导病人合理休息与活动。在急性发作期或病情严重时均应卧床休息，缓解期适当休息，注意劳逸结合。指导病人合理选择饮食。

2.用药指导　嘱病人坚持治疗，不要随意更换药物或停药。教会病人识别药物的不良反应，出现异常情况如疲乏、头痛、发热、手脚发麻、排尿不畅等症状要及时就诊，以免耽误病情。

【预后】

本病一般呈慢性过程，有多次缓解和复发，不易彻底治愈，但大部分病人的预后良好，尤其轻型病例经治疗后病情可长期缓解。少数暴发型或有并发症及年龄超过60岁者预后较差。

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com