

临床常见症状 体征观察与护理

(下)

张卫红等◎主编

 吉林科学技术出版社

临床常见症状 体征观察与护理

(下)

张卫红等◎主编

第九章 外科疾病的护理

第九章

外科疾病的护理

第一节 甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症简称甲亢，是指由多种病因导致的甲状腺功能增强，甲状腺激素（TH）分泌过多所导致的临床综合征，其原因包括弥漫性毒性甲状腺肿（Graves 病）、结节性毒性甲状腺肿和甲状腺自主高功能腺瘤，以 Graves 病最多见。临床主要体征有甲状腺弥漫性增大，扪诊可有震颤感、眼征、高代谢症候群和自主神经功能失常等。患者常多语，性情急躁，易激动，失眠，怕热，多汗；伴有心悸、脉快、脉压增大；基础代谢率增加，食欲亢进，消瘦，易疲劳；典型者双眼突出，眼裂增宽。甲状腺大部切除术是目前治疗甲亢的一种常用而有效的方法。

一、护理措施

（一）一般护理

（1）保持环境安静，室温稍低，注意通风换气。保证休息，避免疲劳。

（2）入院时测量体重及生命体征并记录，以后每天测量脉搏 4 次，注意节律的变化。每周测量体重两次。

（3）提供高热量、高蛋白、富含维生素和钾、钙的饮食。每天饮水 2 000 ~ 3 000ml，有心脏病者应避免大量饮水。限制高纤维素饮食，如粗粮、蔬菜等，以免引起腹泻。避免进食含碘丰富的食物，如海带、紫菜、海蜇等。禁止摄入浓茶、咖啡等刺激性食物或饮料。

（4）遵医嘱用药，注意观察药物疗效及不良反应：使用抗甲状腺药物常见的不良反应有粒细胞减少、药疹、中毒性肝炎、肝坏死、精神症状、狼疮样综合征、味觉丧失等。

（5）关心、体贴患者，态度和蔼，避免刺激性语言，耐心做好解释疏导工作，解除患者的焦虑和紧张情绪，主动配合治疗。

（6）需行手术者应进行体位练习：术前练习颈过伸位。取平卧位，肩下垫枕头，头向后仰。甲状腺瘤患者练习 1.5 ~ 2h/d。结节性甲状腺肿患者 2 ~ 2.5h/d，甲亢患者 2.5 ~ 3.5h/d，循序渐进。

（7）完善术前各项检查：除血、尿、便常规及生化电解质等检查外还需做颈部 X 线片、心电图检查、喉镜检查。

(8) 每天测定基础代谢率,了解甲状腺的功能状态,避免在基础代谢率高的情况下手术。

(9) 术前口服碘剂以减轻甲状腺充血,使腺体缩小变硬,有利于手术进行。服用方法:用1mL注射器吸取碘液,按规定的滴数加于馒头、蛋糕等食物上食用,以减轻对口腔黏膜的刺激。注意用药后反应。

(二) 症状护理

1. 重症浸润性突眼的护理

(1) 保护角膜和球结膜,佩戴眼罩或有色眼镜防止光、风、灰尘刺激。

(2) 结膜水肿、眼睑不能闭合者,经常以眼药水滴眼保持角膜湿润。睡前涂以抗生素眼膏或用生理盐水纱布湿敷,抬高床头,限制水及盐的摄入,并训练眼外肌活动。

2. 甲状腺危象的护理

(1) 住单人房间,保持环境安静、避光。绝对卧床休息,呼吸困难时给予半卧位、氧气吸入。各项诊疗活动尽量集中进行,保证患者休息。

(2) 建立静脉通路,及时准确遵医嘱应用药物如碘剂或激素。严密观察生命体征和病情变化,准确记录出入量。

(3) 高热、腹泻、昏迷者做好对症护理。

(三) 术后护理

1. 体位 麻醉清醒、生命体征平稳后取半卧位,有利于呼吸及伤口渗出液的引流。24h内减少颈部活动以减少出血。变更体位时,用手扶持头部,减轻疼痛。术后患者应减少说话,以使声带和喉部处于休息状态。

2. 饮食 术后4h可进冷流质,以减轻吞咽困难和咽部不适感。如无神经损伤可逐步过渡至正常饮食。

3. 并发症的观察及护理

(1) 出血:观察伤口敷料情况,有无颈部迅速肿大、烦躁、呼吸困难等,有异常及时通知医师处理。必要时剪开缝线,清除瘀血。如患者咽部有分泌物咳嗽时,勿用力咳嗽,以免引起结扎线脱落出血。

(2) 呼吸困难或窒息:由出血、喉头水肿、气管塌陷、痰液阻塞等引起。是术后最危急的并发症,多发生在术后48h内。注意观察患者病情变化,床旁常规备气管切开包。

(3) 喉返神经损伤:一侧喉返神经损伤患者出现声嘶,两侧喉返神经损伤患者出现失音、呼吸困难或窒息。

(4) 喉上神经损伤:若损伤外支则出现声带松弛、声调降低;若损伤内支,出现呛咳或误咽,可进半固体食物,如蛋糕、面包等。

(5) 手足抽搐:甲状旁腺损伤引起,患者出现口周、四肢感觉异常,四肢震颤抽搐。发作时立即静注100g/L葡萄糖酸钙。

(6) 甲状腺危象:临床表现为术后12~36h突发高热($>39^{\circ}\text{C}$)、脉快而弱(>120 次/min)、大汗、烦躁不安、谵妄,甚至昏迷,常伴有呕吐、腹泻。故应严密观察患者生命体征及意识情况,发现异常及时处理。

4. 减轻疼痛 避免颈部过度伸展,过度弯曲可压迫器官,过度伸展可引起牵拉痛;活

动时头部应缓慢；不应快速头部运动；起立时，请用手支持头部，以防缝线牵拉引起疼痛。

二、健康教育

(1) 合理安排工作、学习与生活，避免过度紧张。指导患者了解引起甲状腺危象的诱因，尤其精神因素在发病中的重要作用。

(2) 保守治疗者坚持长期服用抗甲状腺药物，手术后遵医嘱服用甲状腺素片，不可自行减量、停药。了解药物常见的不良反应。

(3) 每天清晨自测脉搏、体重。脉搏减慢、体重增加、大便次数减少是治疗有效的标志。

(4) 保守治疗者应进低碘、高热量、高蛋白、高维生素饮食。少量多餐。

(5) 术后坚持颈部锻炼，防止因瘢痕挛缩导致的功能障碍。

(6) 了解甲亢的有关知识以及眼睛的防护方法。

(7) 定期门诊随访，检查血常规、肝功、甲功，及时了解病情变化。

(周玲玲)

第二节 乳房肿瘤

乳腺癌(breast cancer)是女性常见的恶性肿瘤，占全身各种恶性肿瘤的7%~10%，发病率约为23/10万。多发于40~60岁的女性，其中以更年期和绝经期前后的女性尤为多见，男性很少见。

一、护理评估

1. 术前评估

(1) 健康史：询问患者的月经、妊娠、生育史，有无乳腺肿瘤手术、长期应用雌激素病史，有无乳腺癌家族史。

(2) 身体状况：除确认肿瘤部位、生长状况、淋巴转移、分期外，需要了解患侧胸部皮肤、胸肌及肩关节的活动状况。

(3) 心理社会状况：了解患者对乳腺癌的治疗，特别是对手术的认知程度和情绪变化。了解患者的工作、家庭经济状况和角色关系形态等。

2. 术后评估 了解术式、术中情况，观察伤口引流、包扎固定、上肢血液循环状况。了解患者术侧上肢功能锻炼和康复状况，患者与家属对乳腺癌手术健康内容的掌握程度和出院前的心理状态。

二、护理诊断及医护合作问题

1. 焦虑 与担心手术造成身体外观改变和预后有关。

2. 皮肤完整性受损 与手术和放射治疗有关。

3. 身体活动障碍 与手术影响手臂和肩关节的活动有关。

4. 自我形象紊乱 与乳房切除及化疗致脱发等有关。

5. 知识缺乏 缺乏乳腺癌自我检查、预防知识。

6. 潜在并发症 皮下积液、皮瓣坏死和上肢水肿。

三、护理目标

- (1) 患者焦虑减轻, 情绪稳定。
- (2) 伤口愈合良好, 无感染发生。
- (3) 掌握术后上肢康复训练方法。
- (4) 能适应乳房切除后的身体改变。
- (5) 掌握乳房自查技能, 减少疾病复发的危险因素。
- (6) 护士及时发现、处理并发症。

四、护理措施

(一) 术前护理

1. 妊娠与哺乳 妊娠期及哺乳期患者, 立即终止妊娠或停止哺乳, 因激素作用活跃可加速乳腺癌生长。
2. 控制感染 晚期乳腺癌患者术前注意保持病灶局部清洁, 应用抗生素控制感染。
3. 皮肤准备 手术前 1d 备皮, 对切除范围大、考虑植皮的患者, 需做好供皮区的准备。
4. 心理护理 对女性来讲, 除癌症带来的恐惧外, 切除乳房意味着将失去部分女性象征。所以应多关心患者, 解除患者和家属对切除乳房后的忧虑, 使患者相信术后不但不会影响工作与生活, 而且切除的乳房可以重建。

(二) 术后护理

1. 病情观察

- (1) 注意观察血压、心率变化, 防止休克发生。胸骨旁淋巴结清除的患者, 观察呼吸变化, 注意有无气胸发生。
- (2) 观察术侧上肢远端血液循环, 若出现皮肤青紫、皮温降低、脉搏不能扪及, 提示腋部血管受压, 应及时调整胸带或绷带的松紧度。

2. 伤口护理 术后沙袋压迫时, 注意保持有效压迫与合适的体位。定时调整胸带的松紧度, 如压迫过紧可引起皮瓣、术侧上肢的血运障碍; 松弛则易出现皮瓣下积液, 致使皮瓣或植皮片与胸壁分离不利愈合。皮瓣下引流管妥善固定, 保持持续性负压吸引。注意观察引流液的颜色、量。下床活动时, 将引流瓶(袋)低于上管口高度。

3. 术侧上肢康复训练 手术后 24h 鼓励患者进行手指及腕部活动, 但避免外展上臂。48h 后可下床, 活动时应用吊带将患肢托扶, 需他人扶持时不要扶持术侧以免腋窝皮瓣滑动而影响愈合。术后 3~5d 指导肘部屈伸活动, 术后一周开始做肩部活动。10~12d 后鼓励患者用术侧上肢进行自我照顾, 如刷牙、梳头、洗脸等, 并进行上臂各关节的活动锻炼, 如爬墙运动、钟摆运动、举杠运动或滑绳运动等。

4. 并发症防治与护理

(1) 皮下积液: 乳腺癌术后皮下积液较为常见, 发生率在 10%~20%, 若已发炎、积液要及时穿刺或引流排出。

(2) 皮瓣坏死: 乳腺癌切除术后皮瓣坏死率为 10% ~ 30%。术后注意观察胸带勿加压包扎过紧, 及时处理皮瓣下积液。

(3) 上肢水肿: 主要原因是上臂的淋巴回流不畅、皮瓣坏死后感染、腋部无效腔积液等。术后避免在术侧上肢静脉穿刺、测量血压, 及时处理皮瓣下积液。卧床时抬高术侧手臂能够预防或减轻肿胀。出现明显水肿时, 可采用按摩术侧上肢、进行适当的手臂运动、腋区及上肢热敷等措施。

5. 乳房外观矫正与护理 选择与健侧乳房大小相似的义乳, 进行外观矫正。当癌症复发概率很小时, 可实施乳房重建术。重建的方法有义乳植入术、背阔肌肌皮瓣转位术, 横位式腹直肌肌皮瓣转位术等。

6. 综合治疗与护理 放射治疗时皮肤可能发生鳞屑、脱皮、干裂、瘙痒、红斑等。此时应加强局部护理, 可用温和的肥皂和清水清洗照射部位, 并保持局部干燥。选择柔软的内衣, 减少对局部皮肤的摩擦, 尽量不要戴乳罩, 化学药物治疗时常发生恶心、呕吐、食欲减低, 以及脱发、白细胞、血小板降低等, 对这些药物不良反应应进行对症治疗及采取预防措施。

五、健康教育

(1) 由于绝大部分乳腺癌是由患者自己首先发现乳房肿块, 所以要大力宣传、指导、普及妇女乳房自查技能。每个月定期施行乳房自我检查。停经前的妇女在月经结束后 4 ~ 7d 进行检查为宜。检查取直立或仰卧两种姿势, 将四指合并, 从乳房外周开始, 以圆圈状触诊方式, 向内移动, 直至触到乳头处; 或将乳房分为四个象限, 在每一象限内, 以合并的四指移动触诊。

(2) 术后患者定期进行另一侧乳房及手术区域的自我查体, 以便早期发现复发、转移病灶, 及早治疗。

(3) 使用雄激素治疗者, 会出现多毛、面红、粉刺增多、声音低哑、头发减少、性欲增强等不良反应, 应鼓励患者坚持用药, 完成治疗。

(4) 出院后术侧上肢仍不宜搬动、提拉重物, 避免测血压、静脉穿刺, 坚持术侧上肢的康复训练。

(5) 遵医嘱坚持放疗或化疗, 术后五年内避免妊娠。

(6) 定期来医院复诊。

六、护理评价

(1) 患者焦虑是否减轻, 情绪是否稳定。

(2) 是否接受治疗方案并获得心理护理。

(3) 术后并发症是否得到预防或及时处理。

(4) 术侧上肢活动是否达到正常水平。

(5) 是否知道避免乳腺癌复发的危险因素。

(6) 是否学会定期自我乳房检查方法。

(7) 是否知道其他疗法的重要性, 并配合治疗。

(周玲玲)

第三节 腹外疝

腹外疝是由腹腔内某一脏器或组织连同腹膜壁层，经腹壁薄弱点或空隙向体表突出所形成。常见腹股沟斜疝、腹股沟直疝、股疝、脐疝及切口疝。临床表现为患者站立、行走、劳动或腹内压突然增高时疝内容物向体表突出，平卧时可推送回纳至腹腔，患者多无自觉症状。若疝内容物不能还纳入腹腔可造成嵌顿或绞窄性疝，出现剧烈疼痛、机械性肠梗阻表现。治疗上常采用疝修补手术。

一、护理措施

（一）术前护理

- （1）观察有无引起腹内压力增高：避免重体力劳动和活动。
- （2）遵医嘱行术前检查，有慢性基础疾病者应积极治疗。
- （3）嵌顿疝和绞窄疝应禁食、补液、胃肠减压、抗生素治疗等术前准备。
- （4）手术前嘱患者排尿，以免术中损伤膀胱。
- （5）术前指导患者进行床上排尿练习，避免术后出现尿潴留。

（二）术后护理

（1）预防血肿：一般选择合适的沙袋在伤口处加压 24h 左右，减少伤口出血。腹股沟疝修补术后可用绷带托起阴囊，并密切观察阴囊肿胀情况。

（2）术后取平卧位，膝下垫一软枕使髋关节屈曲，以减少局部张力。2~3d 后可取半卧位。术后 3~5d 可考虑下床活动，无张力疝修补术患者可以早期下床活动。年老体弱、复发性疝、绞窄疝、巨大疝患者应适当延迟下床活动时间。

（3）术后 1d 进流质饮食，次日进高热量、高蛋白、高维生素的软食或普食，多食蔬菜、水果，多饮水，以防便秘。行肠切除术者暂禁食，待肠蠕动恢复后方可进流质饮食。

- （4）避免腹内压过高，预防感冒、咳嗽，避免活动过度、便秘等。
- （5）按医嘱应用抗生素，保持敷料清洁，严格无菌操作，防止切口感染。

二、健康教育

- （1）注意避免增加腹腔压力的各种因素。
- （2）手术后 14d 可恢复一般性工作，3 周内避免重体力劳动。
- （3）复发应及早诊治。

（周玲玲）

第四节 腹部损伤

腹部损伤（abdominal injury）在平时和战时都较多见，其发病率在平时占各种损伤的 0.4%~1.8%。战时发生率明显增高，占各种损伤的 50%。近年来随着我国交通运输业的发展，事故增多，各种创伤有增加的趋势，其中腹部伤亦增多。根据腹壁有无伤口可分为开

放性和闭合性两大类。其中,开放性损伤根据腹壁伤口是否穿破腹膜分为穿透伤(多伴内脏损伤)和非穿透伤(偶伴内脏损伤)。穿透伤又可分为致伤物既有入口又有出口的贯通伤和仅有入口的非贯通伤。闭合性损伤可能仅局限于腹壁,也可同时兼有内脏损伤。

开放性损伤的致伤物常为各种锐器,如刀刺、弹丸或弹片等,闭合性损伤的致伤因素常为钝性暴力,如撞击、挤压、冲击、拳打脚踢、坠落或突然减速等。无论开放性或闭合性损伤,都可导致腹部内脏损伤。开放性损伤中受损部位以肝、小肠、胃、结肠及大血管多见,闭合性损伤以脾、小肠、肝、肠系膜受损居多。

腹部损伤的严重程度很大程度上取决于暴力的强度、速度、着力部位和作用方向等外在因素,以及受损器官的解剖特点、原有病理情况 and 功能状态等内在因素的影响。

一、护理评估

1. 术前评估

(1) 健康史:询问伤者或现场目击者及护送人员,了解受伤具体经过,包括受伤时间、地点、致伤因素,以及伤情、伤后病情变化、就诊前的急救措施等。

(2) 身体状况:了解腹膜刺激征的程度和范围;有无伴随的恶心、呕吐;腹部有无移动性浊音,肝浊音界有否缩小或消失;肠蠕动有否减弱或消失,直肠指检有无阳性发现。了解生命体征及其他全身变化,通过全面细致的体格检查判断有无合并胸部、颅脑、四肢及其他部位损伤。了解辅助检查结果,评估手术耐受性。

(3) 心理社会状况:了解患者的心理变化,以及了解患者和家属对损伤后的治疗和可能发生的并发症的认知程度和家庭经济承受能力。

2. 术后评估 了解手术的种类、术中患者情况、麻醉方式,手术后放置引流种类及位置,患者手术耐受程度,评估术后患者康复情况。

二、护理诊断及医护合作性问题

1. 体液不足 与损伤致腹腔内出血、渗出及呕吐致体液丢失过多有关。
2. 疼痛 与腹部损伤、出血刺激腹膜及手术切口有关。
3. 有感染的危险 与脾切除术后免疫力降低有关。
4. 焦虑/恐惧 与意外创伤的刺激、出血及内脏脱出等视觉刺激等有关。
5. 潜在并发症 腹腔感染、腹腔脓肿。

三、护理目标

- (1) 患者体液平衡能得到维持。
- (2) 疼痛缓解。
- (3) 体温得以控制,未出现继发感染的症状。
- (4) 焦虑/恐惧程度缓解或减轻。
- (5) 护士能及时发现并发症的发生并积极配合处理。

四、护理措施

1. 现场急救 腹部损伤常合并多发性损伤,急救时应分清轻重缓急。首先检查呼吸情

况,保持呼吸道通畅;包扎伤口,控制外出血,将伤肢妥善外固定;有休克表现者应尽快建立静脉通路,快速输液。开放性腹部损伤者,妥善处理,伴有肠管脱出者,可覆盖保护,勿予强行回纳。

2. 非手术治疗患者的护理

(1) 一般护理:①患者绝对卧床休息,给予吸氧,床上使用便盆;若病情稳定,可取半卧位;②患者禁食,防止加重腹腔污染。怀疑空腔器官破裂或腹胀明显者应进行胃肠减压。禁食期间全量补液,必要时输血,积极补充血容量,防止水、电解质及酸碱平衡失调。待肠蠕动功能恢复后,可开始进流质饮食。

(2) 严密观察病情:每15~30min监测脉搏、呼吸、血压一次。观察腹部体征的变化,尤其注意腹膜刺激征的程度和范围、肝浊音界范围、移动性浊音的变化等。有下列情况之一者,考虑有腹内器官损伤:①受伤后短时间内即出现明显的失血性休克表现;②腹部持续性剧痛且进行性加重伴恶心、呕吐者;③腹部压痛、反跳痛、肌紧张明显且有加重的趋势者;④肝浊音界缩小或消失,有气腹表现者;⑤腹部出现移动性浊音者;⑥有便血、呕血或尿血者;⑦直肠指检盆腔触痛明显、波动感阳性,或指套染血者。

观察期间需特别注意:①尽量减少搬动,以免加重伤情;②诊断不明者不予注射止痛剂,以免掩盖伤情;③怀疑结肠破裂者严禁灌肠。

(3) 用药护理:遵医嘱应用广谱抗生素防治腹腔感染,注射破伤风抗毒素。必要时,进行肠外营养支持。

(4) 术前准备:除常规准备外,还应包括交叉配血试验,有实质性器官损伤时,配血量要充足;留置胃管;补充血容量,血容量严重不足的患者,在严密监测中心静脉压的前提下,可在15min内输入液体1000~2000ml。

(5) 心理护理:主动关心患者,提供人性化服务。向患者解释腹部损伤后可能出现的并发症、相关的治疗和护理知识,缓解其焦虑和恐惧,稳定情绪,积极配合各项治疗和护理。

3. 手术治疗患者的护理 根据手术种类做好术后患者的护理,包括监测生命体征、观察病情变化、禁食、胃肠减压、口腔护理。遵医嘱静脉补液、应用抗生素和进行营养支持,保持腹腔引流的通畅,积极防治并发症。

五、健康教育

(1) 加强安全教育:宣传劳动保护、安全行车、遵守交通规则的知识,避免意外损伤的发生。

(2) 普及急救知识:在意外事故现场,能进行简单的急救或自救。

(3) 出院指导:适当休息,加强锻炼,增加营养,促进康复。若有腹痛、腹胀、肛门停止排气排便等不适,应及时到医院就医。

六、护理评价

(1) 患者体液平衡能否得以维持,生命体征是否稳定,有无水电解质紊乱征象。

(2) 腹痛有无缓解或减轻。

(3) 体温是否正常,有无感染发生。

- (4) 焦虑/恐惧程度是否得到缓解或减轻, 情绪是否稳定, 能否配合各项治疗和护理。
- (5) 有无腹腔感染或脓肿发生, 有无得到及时发现和处理。

(周玲玲)

第五节 肠梗阻

肠内容物不能正常运行或通过发生障碍称为肠梗阻 (intestinal obstruction)。

一、病因和分类

1. 根据梗阻发生的基本原因分类

(1) 机械性肠梗阻: 最常见, 系各种原因所致的肠腔狭小。①外压 (肿瘤或脓肿、粘连带、肠套叠、肠扭转、嵌顿疝及先天性肠旋转不良); ②内堵 (瘤、石、虫); ③肠壁本身病变或损伤 [先天性肠隔膜 (蹼) 或肠闭锁、炎症 (Crohn 病、憩室炎、溃疡性结肠炎和结核)、狭窄、放射性损伤或子宫内膜异位症]。

(2) 功能性梗阻: 系神经功能失调出现肠蠕动异常, 分为: ①麻痹性 (肠肌的蠕动减弱), 见于腹腔手术后、腹腔感染、腹腔炎症、腹膜后血肿、后腹膜分离的手术、神经根受压、严重电解质紊乱、阿片类药物、拟交感药、副交感阻断药; ②痉挛性 (肠肌强烈、不协调收缩), 为暂时性, 见于铅中毒。

(3) 缺血性肠梗阻: 肠管血供障碍致肠麻痹, 见于肠系膜血管血栓形成或栓塞。

2. 根据肠壁血供有无障碍分类 ①单纯性肠梗阻仅有肠内容通过障碍, 无缺血或穿孔等并发症; ②绞窄性肠梗阻是梗阻肠襻的血供明显障碍, 原因有血管受压 (肠扭转) 或血管阻塞 (肠系膜血管血栓形成或栓塞); 长时间单纯性梗阻肠壁小血管受压或微血栓形成也可发生绞窄。

3. 根据梗阻部位分类 ①高位小肠梗阻; ②低位小肠梗阻; ③结肠梗阻。

4. 根据梗阻肠襻两端的通畅性分类 ①开襻性肠梗阻 (梗阻肠襻的远端不通, 近端通); ②闭襻性肠梗阻 (梗阻肠襻的两端均不通), 见于肠扭转和结肠梗阻。闭襻性肠梗阻容易发生绞窄。

5. 根据肠腔通畅程度分类 ①完全性肠梗阻; ②不完全性肠梗阻。

6. 根据发病缓急分类 ①急性梗阻 (发病时间为几小时或几天, 发展迅速, 易发生绞窄); ②慢性梗阻 (病程较长, 伴营养不良、便秘和慢性病的其他体征, 不容易绞窄)。

7. 根据病因分类 常见的肠梗阻依次为粘连性肠梗阻、嵌顿疝和肿瘤性肠梗阻。小肠梗阻病因中 60% 为术后肠粘连, 20% 为嵌顿性疝, 其他原因有 Crohn 病、肠套叠、肠扭转和肠肿瘤。

二、临床表现

1. 症状 在病史采集和体格检查中, 重要的是既往腹部手术史、腹痛的性质 (绞痛、阵发性痛抑或持续性痛)、腹胀情况和肠鸣音情况。

(1) 痛: ①阵发性绞痛是机械性肠梗阻的特征, 梗阻部位越高, 疼痛发作越频; ②持续性阵发性加剧的绞痛提示缺血 (绞窄) 性肠梗阻或机械性肠梗阻伴感染; ③持续性胀痛,

无绞痛提示麻痹性肠梗阻。

(2) 吐：①高位小肠梗阻呕吐早、频繁，吐出物呈胆汁样；②低位小肠梗阻呕吐迟、稀疏、量多、稠，吐出粪臭样物；③结肠梗阻呕吐迟，以腹胀为主；④吐出咖啡样物或血性物提示绞窄性肠梗阻。

(3) 胀：①高位梗阻一般无腹胀，可有胃型；②低位梗阻腹胀出现迟，有肠型；③结肠梗阻腹胀出现早；④不均匀腹胀提示绞窄性肠梗阻。

(4) 闭（停止肛门排便、排气）：见于急性完全性肠梗阻。梗阻初期、高位梗阻、不全性梗阻可有肛门排便、排气。血性便或果酱便见于绞窄性肠梗阻、肠套叠、肠系膜血管栓塞等。

2. 体格检查

(1) 全身情况：单纯性肠梗阻可发生水、电解质和酸碱平衡紊乱。绞窄性肠梗阻可发生休克，表现为 T、P、R、BP 的改变。

(2) 腹部：①望：腹部膨隆、肠蠕动波、肠型提示机械性肠梗阻；不均匀性腹胀提示肠扭转；均匀性腹胀提示麻痹性肠梗阻；②触：压痛提示单纯性肠梗阻；腹膜刺激征提示绞窄性肠梗阻；扪及痛性包块提示绞窄性肠梗阻；索条状肿块提示蛔虫性肠梗阻；③叩：移动性浊音提示腹内有渗液；④听：肠音亢进提示机械性肠梗阻；肠音消失提示麻痹性肠梗阻；⑤直肠指检：扪及肿块提示肿瘤或肠套叠的套头；血迹提示肠套叠或绞窄。

三、辅助检查

(1) 实验室检查：单纯性肠梗阻晚期，白细胞计数增加；血液浓缩后，红细胞计数增加、血细胞比容升高、尿比重增高。绞窄性肠梗阻早期即有白细胞计数增加。水、电解质紊乱时可伴 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 、 CO_2CP 改变。磷酸肌酸激酶（CPK）测定对肠绞窄的诊断有一定意义。

(2) X 线腹部平片（AXR）：立位和卧位 AXR 在肠梗阻的诊断中都同样具有重要价值。①在梗阻 3~5h 后立位 AXR 可见到梗阻近段肠襻扩张和多个气液平，梗阻远段肠内无气体。小肠直径大于 3cm、近段结肠大于 8~10cm、乙状结肠大于 4~6cm 时，称肠扩张；②空肠梗阻 AXR 示“青鱼骨刺”征，结肠梗阻示结肠袋；③肠梗阻 X 线征、胆液内气体加右下腹不透光结石影是胆石性肠梗阻 X 线三联征；④肠梗阻，尤其当有坏疽、穿孔可能时，忌钡灌肠检查，因为钡剂溢入腹腔会加重腹膜炎。结肠梗阻和肠套叠时低压钡灌肠可提高确诊率；⑤闭襻性肠梗阻时气体难以进入闭锁肠襻内，因此在梗阻早期很难从 AXR 上识别。

(3) CT：不但可以了解梗阻存在与否，对是否存在绞窄也有良好的判断价值，如增强扫描时肠壁未见强化增强、腹水、肠系膜水肿、肠壁增厚和肠壁积气都提示绞窄性肠梗阻。CT 三维重建可以进一步提高诊断的正确率。

四、诊断

诊断中必须辨明下列问题。

(1) 有无梗阻：根据症状（痛、吐、胀、闭）、腹部体征（波、型、响）及 X 线（积气、液平、肠管扩张）可诊断。

(2) 机械性梗阻抑或麻痹性梗阻：麻痹性梗阻见于腹膜炎和腹部手术后（参见本节分

类), 患者无阵发性绞痛, 早期即有均匀性腹胀、肠音低或消失, AXR 示大、小肠均扩张。

(3) 单纯性梗阻抑或绞窄性梗阻: 这是肠梗阻诊断中最重要的问题。下列情况应考虑绞窄性梗阻。①全身情况: 早期出现休克, 一般抗休克治疗无效; 体温高; 脉率 >100 次/min、白细胞计数升高、血淀粉酶升高、代谢性酸中毒; ②腹痛骤起、剧烈、伴或不伴腹膜刺激征; 腹痛呈持续性阵发性加重伴腰痛或腹膜刺激征; ③呕吐出现早、频繁; ④腹胀不对称、可扪及固定痛性肿物; ⑤血性液: 呕吐物中、粪便中、腹穿液中指检时发现血性液; ⑥肠音消失; ⑦影像检查: AXR 示扩张肠襻不随时间改变、空回肠转位或假肿瘤影 (病变肠内有液体无气体, 周围环绕着含气肠襻); 黏膜水肿、肠壁增厚、肠壁积气。CT 示梗阻处“鸟嘴样”狭窄、肠系膜水肿或血管充血、肠壁中度或重度增厚和肠壁积气, 腹腔积液。超声示腹水多、肠襻扩张、无蠕动。血肌酸磷酸激酶 (CPK) 测定: 肠绞窄坏死时 CPK 会增高。

(4) 梗阻原因: 可根据年龄、病史和体征做出判断。如新生儿以肠道先天性畸形多见; 婴幼儿以肠套叠和疝多见; 儿童以蛔虫性梗阻多见; 青年以粘连性梗阻、疝及肠扭转多见; 老年人则以肿瘤多见。

小肠梗阻病因中 60% 为术后肠粘连, 20% 为嵌顿性疝, 其他原因有 Crohn 病、肠套叠、肠扭转和肠肿瘤。肠扭转可很快发生坏死、穿孔, 很少有前驱临床表现。在医疗条件差的国家和地区, 小肠梗阻最常见的原因是嵌顿疝, 其次是肠粘连。

大肠梗阻病因中结肠癌占 65%, 憩室病占 20%, 结肠扭转占 5% (其中 90% 为乙状结肠扭转, 10% 为盲肠扭转)。

五、治疗

肠梗阻的诊断和治疗主要根据临床征象。原则是解除梗阻、治疗缺水、酸中毒、感染和休克等并发症。小肠梗阻, 尤其是高位小肠梗阻, 一般应尽早手术。对有机械性肠梗阻依据, 又无手术史的患者, 也应即时手术, 不要等待。

1. 一般治疗 “四禁” (禁食、禁止灌肠、禁用强导泻剂、禁用强镇痛剂)、“四抗” (抗腹胀——胃肠减压、抗生素、抗水和电酸碱紊乱、抗休克)。

2. 非手术治疗 麻痹性和某些单纯性肠梗阻 (如粘连、蛔虫、粪块、结核) 可先考虑非手术治疗。方法有针灸、颠簸、麻油 200ml 经胃管注入、低压灌肠和解痉剂。

3. 手术治疗

(1) 适应证: 绞窄性梗阻 (紧急手术)、闭襻性梗阻或极度扩张的结肠梗阻 (尽早手术) 和非手术治疗无效或恶化的单纯性梗阻。

(2) 手术时机: 对有手术适应证者要尽早手术, 切勿坐失良机。围术期要用覆盖 Gram 阴性菌和厌氧菌的抗生素, 降低术后切口和腹腔内感染的发生率。

(3) 手术原则: ①去除病因 [松解粘连、解除疝环压迫、扭转复位、取蛔虫、切除病变肠管 (肿瘤、坏死、狭窄)]; ②排尽梗阻近侧肠道内的积气、积液, 减少毒物吸收; ③恢复肠道通畅, 修补腹壁缺损; ④腹腔清洗、引流; ⑤对肠切除后可能发生短肠综合征的患者, 可将“坏死”的肠管放回腹腔, 等 24h 后再次探查 (second-look), 此时往往有部分“坏死”的肠管恢复了活力。

(4) 肠管活力判断: ①临床指标是肠壁色泽、肠系膜血管搏动、蠕动和切缘出血情况,

但这些指标受低血容量和体温影响；②多普勒超声检查肠壁对系膜缘有无血流，距有血流处1cm切肠吻合是安全的；③静脉内注入荧光素100mg，用紫外线灯观察肠壁有无荧光，可精确判断肠有无血供。

六、护理措施

（一）非手术治疗的护理

- （1）禁食，胃肠减压：口服液状石蜡（有胃管者给予胃管内注入，注入后夹管半小时）。
- （2）无休克者可取半卧位。
- （3）禁食期间，严格记录出入量，静脉补充液体及营养，纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡。
- （4）密切观察生命体征及腹部症状的变化：了解有无脱水及休克症状，如发生绞窄性肠梗阻应立即手术。
- （5）给予心理护理，减轻焦虑。

（二）术后护理

1. 病情观察 密切观察生命体征的变化。监测腹部体征。
2. 卧位 全麻清醒后取半卧位。
3. 管道护理 做好胃肠减压及腹腔引流管护理。
4. 切口护理 观察腹部切口有无渗血、渗液及感染征象，如有渗血应及时换药。
5. 活动鼓励患者早期活动 预防皮肤并发症及肠粘连的发生。
6. 饮食 禁食期间遵医嘱给予营养支持，注意补液原则。观察尿量，维持水、电解质平衡。肠蠕动恢复以后，可进食少量流汁，根据患者情况逐渐过渡为半流质至普食。
7. 并发症的观察及护理 如术后出现腹部胀痛、持续发热、白细胞计数增高，腹壁切口红肿或腹腔引流管周围流出粪臭味液体时应警惕腹腔内、切口感染及肠痿的可能。

七、健康教育

- （1）注意饮食卫生，多吃易消化的食物，少食多餐，避免暴饮暴食。
- （2）避免腹部受凉或饭后剧烈活动；保持大便通畅。
- （3）有腹痛等不适时要及时就诊。

（周玲玲）

第六节 结、直肠癌

一、结肠癌

结肠癌（colon cancer）是消化道常见的恶性肿瘤，好发年龄41~50岁。近年来，我国尤其是大都市，发病率明显上升，且有超过直肠癌的趋势。

（一）病因及发病机制

病因尚不清楚，可能与下列因素有关。

1. 饮食和运动 摄入过多含动物脂肪和动物蛋白食物, 缺少新鲜的蔬菜和纤维素食品; 缺乏适度的体力活动, 导致肠的蠕动功能下降, 肠道菌群改变, 肠道中胆酸和胆盐含量增加, 以至引起或加重肠黏膜损害。

2. 遗传易感性 有些疾病已被公认为癌前期疾病, 如家族性肠息肉; 溃疡性结肠炎、结肠腺瘤及结肠血吸虫病肉芽肿, 与结肠癌发病有较密切的关系。

(二) 病理和分期

1. 根据肿瘤的大体形态分类

(1) 肿块型: 肿瘤向肠腔生长, 易发生溃疡。恶性程度较低, 转移较晚。好发于右侧结肠, 尤其是回盲部。

(2) 浸润型: 肿瘤沿肠壁呈环状浸润, 易致肠腔狭窄或梗阻; 转移较早。好发生于左侧结肠, 特别是乙状结肠。

(3) 溃疡型: 肿瘤向肠壁深层生长并向四周浸润; 早期可有溃疡, 边缘隆起, 中央凹陷; 表面糜烂、易出血、感染或穿孔; 转移较早, 恶性程度高, 是结肠癌最常见类型。

显微镜下组织学分类较常见的是: ①腺癌, 占结肠癌的大多数; ②黏液癌, 预后较腺癌差。③未分化癌, 预后最差。

2. 临床病理分期 结肠癌的分期普遍采用 Dukes 法。

A 期: 癌肿局限于肠壁, 可分为三个分期: A₁, 癌肿侵及黏膜或黏膜下层; A₂, 癌肿侵及肠壁浅肌层; A₃, 癌肿侵及肠壁深肌层。

B 期: 癌肿穿透肠壁或侵及肠壁外组织、器官, 尚可整块切除, 无淋巴结转移。

C 期: 癌肿侵及肠壁任何一层, 但有淋巴结转移。

D 期: 有远处转移或腹腔转移, 或广泛侵及邻近器官无法切除。

3. 扩散和转移方式 结肠癌主要转移途径是淋巴转移。首先转移到结肠壁和结肠旁淋巴结, 再到肠系膜血管周围和肠系膜血管根部淋巴结。血行转移多见肝, 其次为肺、骨等。结肠癌也可直接浸润邻近器官和腹腔种植。

(三) 临床表现

结肠癌早期多无明显症状, 随着病程的发展可出现一系列症状。

1. 排便习惯与粪便性状的改变 常是最早出现的症状。多表现为排便次数增多、腹泻、便秘、便中带血、脓或黏液。

2. 腹痛 也是早期症状之一, 常为持续性的定位不清的隐痛, 或为腹部不适或腹胀感, 出现肠梗阻时则腹痛加重或为阵发性绞痛。

3. 腹部肿块 多为肿瘤本身, 也可能为梗阻近侧肠腔内的积粪。肿块多为坚硬, 呈结节状。若癌肿穿透肠壁并发感染, 肿块固定, 且有明显压痛。其中横结肠癌和乙状结肠癌的肿块可有一定活动度。

4. 肠梗阻 一般属结肠癌的晚期症状, 多表现为慢性低位不完全性肠梗阻, 主要表现为腹胀和便秘, 腹部胀痛或阵发性绞痛。若发生完全性梗阻, 症状加剧。

5. 全身表现 因慢性失血、癌肿溃烂、感染、毒素吸收等, 患者可出现贫血、消瘦、乏力、低热等。晚期可出现恶病质。

由于癌肿病理类型和部位不同, 临床表现也各异。一般右侧结肠癌以全身症状、贫血、

腹部肿块为主要表现；左侧结肠癌则以肠梗阻、腹泻、便秘、便血等症状为显著。

(四) 辅助检查

1. 大便潜血试验 结肠癌早期可有少量出血，故便潜血试验多阳性。
2. 内镜检查 乙状结肠镜或纤维结肠镜检查可直视病灶并取活组织作病理学检查，是诊断结肠癌最有效、可靠的方法。
3. 影像学检查
 - (1) X线钡剂灌肠或气钡双重对比造影检查：可观察结肠运动和显示结肠内的异常形态。
 - (2) B超和CT：可提示腹部肿块、腹腔内肿大淋巴结及有无肝内转移等。
4. 血清癌胚抗原（CEA）测定 诊断特异性不高，但对判断患者预后、疗效和复发起一定作用。

(五) 处理原则

结肠癌早期症状不明显，易被忽视。为达到早期诊断目的，应重视对高危人群和疑为结肠癌者的监测。凡40岁以上有以下任一表现者应列为高危人群：①I级亲属有结肠癌史者；②有癌症史或肠道腺瘤或息肉病史；③大便隐血试验阳性者；④以下表现具两项以上者：黏液血便、慢性腹泻、慢性便秘及慢性阑尾炎史等。对此组高危人群或对疑为结肠癌者，应行进一步的辅助检查。结肠癌的治疗是以手术切除为主的综合治疗。

1. 结肠癌根治性手术 术式包括右半结肠切除术、横结肠切除术、左半结肠切除术及乙状结肠切除术（图9-1）。

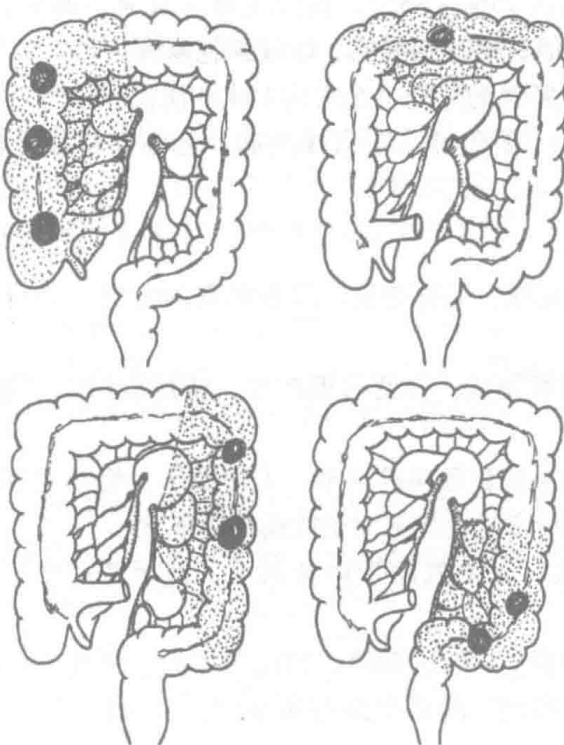


图 9-1 结肠癌根治术切除范围示意图