

整体护理基础与实践 (上)

田 双等◎编著

整体护理基础与实践

(上)

田 双等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

整体护理基础与实践 / 田双等编著. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017.9

ISBN 978-7-5578-3258-2

I. ①整… II. ①田… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第233676号

整体护理基础与实践

ZHENGTI HULI JICHU YU SHIJIAN

编 著 田 双等
出 版 人 李 梁
责任编辑 刘建民 韩志刚
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 480千字
印 张 35
印 数 1—1000册
版 次 2017年9月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3258-2

定 价 138.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

编委会

主 编

田 双 杨丽美 杜雪芹 邓 燕
程 丹 袁 媛 陈水英

副主编 (按姓氏笔画排序)

吕艳云 刘向英 刘昕慧 孙 林
张洪岩 胡文丽 曹永靖 靳香丽

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 颖 (山东省潍坊市肿瘤医院)
邓 燕 (新疆阿克苏地区第二人民医院)
田 双 (山东省东营市人民医院)
付春香 (泰山医学院附属医院)
吕艳云 (滨州市沾化区人民医院)
刘向英 (河北省沧县医院)
刘昕慧 (新乡医学院第二附属医院)
孙 林 (湖北文理学院附属襄阳市中心医院)
杜雪芹 (安徽省淮北市中医医院)
杨丽美 (山东省泰安市中医医院)
邱金英 (山东省乐陵市人民医院)
张洪岩 (郑州大学附属郑州中心医院)
陈水英 (湖北省阳新县人民医院)
陈鲁花 (兖矿集团公司总医院)
封静静 (山东省安丘市中医院)
赵冬霞 (枣庄矿业集团滕南医院)
胡文丽 (湖北省天门市第一人民医院)
袁 媛 (河北省沧县医院)
曹永靖 (河北省保定市第一中心医院)
程 丹 (湖北省荆州市第二人民医院)
靳香丽 (郑州大学附属郑州中心医院)

主编简介



田 双

女，1978年8月出生，1995年7月参加工作，现在东营市人民医院（山东省立医院集团东营医院）保健科工作，主管护师，大学本科学历，毕业于山东潍坊医学院护理专业。从事护理工作二十一年来，先后在医院心内科工作两年，急诊科工作十三年，保健科工作六年，2016年11月在医院竞聘护士长职位中脱颖而出，走上护理管理工作岗位。工作认真、扎实，业务精湛。多次被评为先进工作者。在医学杂志上发表学术论文五篇，发明专利一项，参与编写著作一部。

杨丽美



女，1967年3月出生，中共党员，大学本科学历，主管护师，现任泰安市中医医院内分泌科护士长，山东省糖尿病护理专业委员会委员，泰安市糖尿病护理专业委员会委员。从事临床护理三十年，积累了丰富的临床护理经验。发表论文十余篇，参编著作三部，参加两项科研课题，均荣获市科技进步三等奖。

杜雪芹



女，1976年11月出生，主管护师，安徽省淮北市中医医院重症医学科护士长，安徽省中医药学会中西医结合重症医学专业委员会委员，1999年毕业于安徽中医学院，从事护理工作十多年，具有丰富的临床经验，擅长危重症护理技术。近几年来，在专业期刊发表论文数篇，多次获得省市的各种荣誉称号。多年来一直坚持“以病人为中心”的护理理念，不断努力为病人提供优质护理服务。

邓 燕



女，1972年出生，中共党员，毕业于石河子大学护理专业，本科学历。现就职于新疆阿克苏地区第二人民医院医院感染办公室，任医院感染办公室主任，主管护师。具有丰富的临床经验，先后在国内重要期刊发表过多篇学术论文。更荣获该地“优秀工作者”“优秀党员”“优秀党支部书记”“三八红旗手”和“巾帼建功标兵”等荣誉。

P 前言

Preface

整体护理是伴随“整体”观念的出现而产生的一种护理观。其基本内涵是将人视为一个功能整体,组成整体的任何一部分发生变化都将引起其他部分的相应变化,因此,护理应对个体提供包含所有要素的整体性照顾。而要达到这个目标,其核心是改变现有的护理模式为责任制整体护理模式,为病人提供全面、全程、连续的护理服务,从而提高患者的舒适度和满意度。鉴于这一目的,我们组织了具有临床实践经验的护理人员共同编写了《整体护理基础与实践》一书。

本书以责任制整体护理为指导思想,以护理程序为框架,以优质护理服务为原则,护理评估全面系统,护理措施具体可行。内容涵盖了内科疾病、外科疾病、妇产科疾病、儿科疾病及口腔科疾病,针对每种疾病详细阐述了疾病相关知识、护理评估、护理诊断、护理措施、健康指导等。全书层次清楚,重点突出,充分体现了实用性、科学性、先进性和指导性,对提高护理人员的整体素质以及模式病房的推广有极大的指导作用,是护理管理者及护士临床工作的重要参考书。

本书由于篇幅长、涉及面广,加之编者们的能力和水平有限,若存在缺点和疏漏之处,恳请广大护理同仁给予指正。

《整体护理基础与实践》编委会

2017年7月

第一章 消化内科常见病的护理	(1)
第一节 慢性胃炎	(1)
第二节 消化性溃疡	(3)
第三节 反流性食管炎	(11)
第四节 急性胰腺炎	(14)
第五节 重症病毒性肝炎	(21)
第二章 呼吸内科常见病的护理	(25)
第一节 急性上呼吸道感染	(25)
第二节 急性气管—支气管炎	(28)
第三节 支气管肺炎	(29)
第四节 慢性阻塞性肺疾病	(37)
第五节 支气管哮喘	(42)
第六节 肺脓肿	(44)
第七节 支气管扩张症	(47)
第八节 急性呼吸窘迫综合征	(50)
第九节 急性肺血栓栓塞症	(55)
第十节 呼吸衰竭	(61)
第三章 心血管内科常见病的护理	(69)
第一节 原发性高血压	(69)
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(73)
第三节 风湿性心脏病	(80)
第四节 慢性肺源性心脏病	(84)
第五节 心力衰竭	(86)
第四章 泌尿内科常见病的护理	(92)
第一节 急性肾小球肾炎	(92)
第二节 慢性肾小球肾炎	(94)
第三节 肾病综合征	(97)
第四节 肾衰竭	(98)

第五章 血液内科常见病的护理	(101)
第一节 缺铁性贫血	(101)
第二节 再生障碍性贫血	(103)
第三节 溶血性贫血	(106)
第四节 巨幼细胞性贫血	(109)
第五节 特发性血小板减少性紫癜	(111)
第六节 白血病	(114)
第六章 内分泌科常见病的护理	(117)
第一节 糖尿病	(117)
第二节 高脂血症	(128)
第三节 肥胖症	(130)
第四节 甲状腺功能亢进症	(133)
第五节 甲状腺功能减退症	(139)
第六节 嗜铬细胞瘤	(147)
第七节 皮质醇增多症	(151)
第八节 腺垂体功能减退症	(153)
第九节 尿崩症	(157)
第七章 精神科常见病的护理	(161)
第一节 精神分裂症	(161)
第二节 心境障碍	(166)
第八章 中医内科常见病的护理	(178)
第一节 外感病证	(178)
第二节 肺系病证	(181)
第三节 心脑血管病证	(187)
第四节 脾胃病证	(195)
第五节 肝胆病证	(204)
第六节 肾系病证	(210)
第九章 骨外科常见病的护理	(216)
第一节 锁骨骨折	(216)
第二节 肱骨髁上骨折	(218)
第三节 肱骨干骨折	(219)
第四节 尺、桡骨干骨折	(221)
第五节 桡骨远端骨折	(222)
第六节 股骨颈骨折	(223)
第七节 股骨干骨折	(227)
第八节 股骨粗隆间骨折	(228)

第九节 胫腓骨干骨折·····	(231)
第十节 髌骨骨折·····	(232)
第十一节 踝关节骨折·····	(235)
第十二节 脊柱骨折·····	(237)
第十三节 骨盆骨折·····	(239)
第十四节 肩关节脱位·····	(243)
第十五节 肘关节脱位·····	(245)
第十六节 髋关节脱位·····	(246)
第十七节 膝关节脱位·····	(248)
第十八节 手外伤·····	(252)
第十九节 颈椎病·····	(253)
第二十节 肩关节周围炎·····	(257)
第二十一节 化脓性关节炎·····	(259)
第二十二节 化脓性骨髓炎·····	(260)
第二十三节 腰椎间盘突出症·····	(264)
第二十四节 腰椎管狭窄症·····	(268)
第二十五节 骨肿瘤·····	(269)
第二十六节 骨与关节结核·····	(275)
第十章 胸外科常见病的护理·····	(281)
第一节 胸部损伤·····	(281)
第二节 肋骨骨折·····	(283)
第三节 气 胸·····	(285)
第四节 血 胸·····	(287)
第五节 胸主动脉瘤·····	(289)
第十一章 神经外科常见病的护理·····	(293)
第一节 颅脑损伤·····	(293)
第二节 脑 疝·····	(302)
第三节 颅内压增高症·····	(305)
第十二章 泌尿外科常见病的护理·····	(312)
第一节 肾损伤·····	(312)
第二节 膀胱损伤·····	(320)
第三节 输尿管损伤·····	(323)
第四节 膀胱结石·····	(328)
第五节 输尿管结石·····	(332)
第十三章 肝胆外科常见病的护理·····	(344)
第一节 门静脉高压症·····	(344)

第二节 胆囊炎·····	(347)
第三节 胆囊结石·····	(349)
第四节 肝脓肿·····	(352)
第十四章 肿瘤外科常见病的护理·····	(356)
第一节 食管癌·····	(356)
第二节 胃 癌·····	(361)
第三节 大肠癌·····	(368)
第四节 原发性肝癌·····	(374)
第五节 胰腺癌·····	(379)
第六节 胆管癌·····	(383)
第七节 肺 癌·····	(387)
第八节 乳腺癌·····	(392)
第九节 颅内肿瘤·····	(397)
第十五章 妇产科常见病的护理·····	(405)
第一节 外阴炎及阴道炎·····	(405)
第二节 慢性宫颈炎·····	(412)
第三节 盆腔炎症·····	(414)
第四节 子宫颈癌·····	(416)
第五节 子宫内膜癌·····	(422)
第六节 子宫肌瘤·····	(426)
第七节 功能失调性子宫出血·····	(430)
第八节 围绝经期综合征·····	(433)
第九节 性传播疾病·····	(435)
第十节 侵蚀性葡萄胎与绒毛膜癌·····	(442)
第十一节 异位妊娠·····	(444)
第十二节 妊娠期高血压疾病·····	(449)
第十三节 前置胎盘·····	(455)
第十四节 胎盘早剥·····	(458)
第十五节 胎膜早破·····	(461)
第十六节 胎儿窘迫·····	(464)
第十七节 产道因素难产·····	(466)
第十八节 产力因素难产·····	(472)
第十六章 儿科常见病的护理·····	(480)
第一节 小儿急性上呼吸道感染·····	(480)
第二节 小儿心律失常·····	(484)
第三节 小儿病毒性心肌炎·····	(492)

第四节	注意力缺陷多动症	(496)
第五节	小儿支气管哮喘	(501)
第六节	先天性心脏病	(503)
第七节	小儿脑积水	(506)
第八节	小儿肾积水	(509)
第九节	小儿脓气胸	(510)
第十节	先天性食管闭锁	(511)
第十一节	先天性消化道畸形	(512)
第十二节	尿道下裂	(514)
第十三节	小儿尿路结石	(515)
第十四节	先天性巨结肠	(516)
第十五节	小儿肠套叠	(518)
第十六节	先天性胆管扩张症	(519)
第十七章	口腔科常见病的护理	(521)
第一节	龋病	(521)
第二节	牙周病	(522)
第三节	牙髓炎	(523)
第四节	智齿冠周炎	(524)
第五节	复发性口腔溃疡	(525)
第六节	颌面部间隙感染	(526)
第七节	多形性腺瘤	(527)
第十八章	重症监护室的护理	(529)
第一节	心肺复苏术	(529)
第二节	多功能监护仪的使用	(534)
第三节	电除颤仪的使用	(538)
第四节	心电图机的使用	(541)
参考文献		(545)

第一章 消化内科常见病的护理

第一节 慢性胃炎

慢性胃炎是由不同原因引起的胃黏膜慢性炎症。病变可局限于胃的一部分(常见于胃窦部),也可累及整个胃部。慢性胃炎一般可分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎两大类,前者是慢性胃炎中最常见的一种,约占60%~80%,后者则由于易发生癌变而受到人们的关注。慢性胃炎的发病率随年龄增长而增加。

一、护理要点

合理应用药物,及时对症处理;戒除烟酒嗜好,养成良好的饮食习惯;做好健康指导,保持良好心理状态;重视疾病变化,定期检查随访。

二、护理措施

(1)慢性胃炎的患者应立即解除疲劳的工作状态而加强休息,必要时卧床休息。患者应撇开一切烦恼,保持安详、乐观的人生态度。周围环境应保持清洁、卫生和安静。可以听一点轻音乐,将有助于慢性胃炎的康复。

(2)改变不规律进食、过快进食或暴饮暴食等不良习惯,养成定时、定量规律进食的好习惯。进食宜细嚼慢咽,使食物与唾液充分混合,减少对胃黏膜的刺激。

(3)停止进食过冷、过烫、辛辣、高钠、粗糙的食物。患者最好以细纤维素,易消化的面食为主食。

(4)慢性胃炎的患者必须彻底戒除烟酒,最好也不要饮用浓茶。

(5)停止服用水杨酸类药物。对胃酸减少或缺乏者,可适当喝米醋。

三、用药及注意事项

(一)保护胃黏膜

1. 硫糖铝

它能与胃黏膜中的黏蛋白结合,形成一层保护膜,是一种很好的胃黏膜保护药。同时,它还可以促进胃黏膜的新陈代谢。每次10g,每日3次。

2. 生胃酮

能促使胃黏液分泌增加和胃黏膜上皮细胞寿命延长,从而形成保护黏膜的屏障,增强胃黏膜的抵抗力。每次50~100mg,每日3次,对高血压患者不宜应用。

3. 胃膜素

为猪胃黏膜中提取的抗胃酸多糖质,遇水变为具有附着力的黏浆,附贴于胃黏膜而起保护作用,并有制酸作用。每次2~3g,每日3次。

4. 麦滋林-S颗粒

此药具有胃黏膜保护功能,最大的优点是不被肠道吸收入血,故几乎无任何不良反应。每次0.67g,

每日 3 次。

(二)调整胃运动功能

1. 甲氧氯普胺(胃复安)

能抑制延脑的催吐化学感受器,有明显的镇吐作用;同时能调整胃窦功能,增强幽门括约肌的张力,防止和减少碱性反流。每次 5~10 mg,每日 3 次。

2. 吗丁啉

作用较甲氧氯普胺(胃复安)强而不良反应少,且不透过血脑屏障,不会引起锥体外系反应,是目前较理想的促进胃蠕动的药物。每次 10~20 mg,每日 3 次。

3. 西沙比利(普瑞博斯)

作用类似吗丁啉,但不良反应更小,疗效更好。每次 5 mg,每日 3 次。

(三)抗酸或中和胃酸

1. 甲氰咪胍

它能使基础胃酸分泌减少约 80%,使各种刺激引起的胃酸分泌减少约 70%。每次 200 mg,每日 3 次。

2. 西咪替丁(泰胃美)

作用比较温和,而且能符合胃的生理功能,是比较理想的治疗胃酸增多的慢性浅表性胃炎的药物。每次 400mg,每日 3 次。

(四)促胃酸分泌

1. DL-盐酸肉毒碱(康胃素)

能促进胃肠功能,使唾液、胃液、胆汁、胰液及肠液等的分泌增加,从而加强消化功能,有利于低酸的恢复。

2. 多酶片

每片内含淀粉酶 0.12 g、胃蛋白酶 0.04 g、胰酶 0.12 g,作用也是加强消化功能。每次 2 片,每日 3 次。

(五)抗感染

1. 庆大霉素

庆大霉素口服每次 4 万 U,每日 3 次;对于治疗诸如上呼吸道炎症、牙龈炎、鼻炎等慢性炎症,有较快的疗效。

2. 枸橼酸铋钾(德诺)

其主要成分是胶体次枸橼酸铋,具有杀灭幽门螺杆菌的作用。每次 240 mg,每日 2 次。服药时间最长不得超过 3 个月,因为久服胶体铋,有引起锥体外系中毒的危险。

3. 三联疗法

即胶体枸橼酸铋+甲硝唑+四环素或羟氨苄青霉素,是当前根治幽门螺杆菌的最佳方案,根治率可达 96%。用法为:枸橼酸铋钾(德诺)每次 240 mg,每日 2 次;甲硝唑每次 0.4 g,每日 3 次;四环素每次 500 mg,每日 4 次;羟氨苄青霉素每次 1.0 g,每日 4 次。此方案连服 14 d 为 1 个疗程。

四、健康指导

慢性胃炎由于病程较长,治疗进展缓慢,而且可能反复发作,所以患者常有严重焦虑,而焦虑不安、精神紧张,又是慢性胃炎病情加重的重要因素之一。如此恶性循环,必将严重影响慢性胃炎的治疗。因此,对患者进行心理疏导治疗,往往能收到良好的效果。告诫患者生活要有规律,保持乐观情绪;饮食应少食多餐,戒烟酒,以清淡无刺激性易消化为宜;禁用或慎用阿司匹林等可致溃疡的药物;定期复诊,如上腹疼痛节律发生变化或出现呕血、黑便时应立即就医。

(邓 燕)

第二节 消化性溃疡

消化性溃疡是一种常见的胃肠道疾病,简称溃疡病,通常指发生在胃或十二指肠球部的溃疡,并分别称之为胃溃疡或十二指肠溃疡。事实上,本病可以发生在与酸性胃液相接触的其他胃肠道部位,包括食管下端、胃肠吻合术后的吻合口及其附近的肠襻,及含有异位胃黏膜的 Meckel 憩室。

消化性溃疡是一组常见病、多发病,人群中患病率高达 5%~10%,严重危害人们的健康。本病可见于任何年龄,以 20~50 岁为多,占 80%,10 岁以下或 60 岁以上者较少。胃溃疡(GU)常见于中年和老年人,男性多于女性,两者之比约为 3:1。十二指肠球部溃疡(DU)多于胃溃疡,患病率是胃溃疡的 5 倍。

一、病因及发病机制

消化性溃疡病因和发病机制尚不十分明确,学说甚多,归纳起来有 3 个方面:损害因素的作用,即化学性、药物性等因子的直接破坏作用;保护因子的减弱;易感及诱发因素(遗传、性激素、工作负荷等)。目前认为胃溃疡多以保护因子减弱为主,而十二指肠球部溃疡则以损害因子的作用为主。

(一)损害因子作用

1. 胃酸及胃蛋白酶分泌异常

31%~46% 的 DU 患者胃酸分泌率高于正常高限(正常男 11.6~60.6 mmol/h,女 8.0~40.1 mmol/h)。因胃蛋白酶原随胃酸分泌,故患者中胃蛋白酶原分泌增加的百分比大致与胃酸分泌增加的百分比相同。

多数 GU 患者酸分泌率正常或低于正常,仅少数患者(如卓-艾综合征)酸分泌率高于正常。虽然如此,并不能排除胃酸及胃蛋白酶是某些 GU 的病因。通常认为在胃酸分泌高的溃疡患者中,胃酸和胃蛋白酶是导致发病的重要因素。

基础胃酸分泌增加可由下列因素所致:①胃泌素分泌增加(卓-艾综合征等)。②乙酰胆碱刺激增加(迷走神经功能亢进)。③组织胺刺激增加(系统性肥大细胞病或嗜碱性粒细胞白血病)。

2. 药物性因素

阿司匹林、糖皮质激素、非类固醇消炎药等可直接破坏胃黏膜屏障,被认为与消化性溃疡的发病有关。

3. 胆汁及胰液反流

胆酸、溶血卵磷脂及胰酶是引起一些消化性溃疡的致病因素,尤其见于某些 GU。这些 GU 患者幽门括约肌功能不全,胆汁和(或)胰酶反流入胃造成胃炎,继发 GU。

胆汁及胰液损伤胃黏膜的机制可能是改变覆盖上皮细胞表面的黏液,损伤胃黏膜屏障,使黏膜更易受胃酸和胃蛋白酶的损害。

(二)保护因子减弱

1. 黏膜防护异常

胃黏膜屏障由黏膜上皮细胞顶端的一层脂蛋白膜所组成,使黏膜免受胃内容损伤或在损伤后迅速地修复。黏液的分泌减少或结构异常均能使凝胶层黏液抵抗力减弱。胃黏膜血流减少导致细胞损伤与溃疡。胃黏膜缺血是严重内、外科疾病患者发生急性胃黏膜损伤的直接原因。胃小弯处易发溃疡可能与其侧枝血管较少有关。黏膜碳酸氢盐和前列腺素分泌减少亦可使黏膜防御功能降低。

2. 胃肠道激素

胃肠道黏膜与胰腺的内分泌细胞分泌多种肽类和胺类胃肠道激素(胰泌素、胆囊收缩素、血管活性肠肽、高血糖素、肠抑胃肽、生长抑素、前列腺素等)。它们具有一定生理作用,主要参与食物消化过程,调节胃酸/胃蛋白酶分泌,并能营养和保护胃肠黏膜,一旦这些激素分泌和调节失衡,即易产生溃疡。

(三)易感及诱发因素

1. 遗传倾向

消化性溃疡有相当高的家族发病率。曾有报告约 20%~50% 的患者有家族史,而一般人群的发病率仅为 5%~10%。许多临床调查研究表明,DU 患者的血型以“O”型多见,消化性溃疡伴并发症者也以“O”型多见,这与 50%DU 患者和 40%GU 患者不分泌 ABH 血型物质有关。DU 与 GU 的遗传易感基因不同。提示 GU 与 DU 是两种不同的疾病。GU 患者的子女患 GU 风险为一般人群的 3 倍,而 DU 患者的子女的风险则并不比一般人群高。曾有报道 62% 的儿童 DU 患者有家族史。消化性溃疡的遗传因素还直接表现为某些少见的遗传综合征。

2. 性腺激素因素

国内报道消化性溃疡的男女性别比(3.9~8.5):1,这种差异被认为与性激素作用有关。女性激素对消化道黏膜具有保护作用。生育期妇女罹患消化性溃疡明显少于绝经期后妇女,妊娠期妇女的发病率亦明显低于非妊娠期。现认为女性性腺激素,特别是孕酮,能阻止溃疡病的发生。

3. 心理社会因素

研究认为,消化性溃疡属于心理生理疾患的范畴,特别是 DU 与心理社会因素的关系尤为密切。与溃疡病的发生有关的心理社会因素主要有:

(1)长期的精神紧张:不良的工作环境和劳动条件,长期的脑力活动造成的精神疲劳,加之睡眠不足,缺乏应有的休息和调节导致精神过度紧张。

(2)强烈的精神刺激:重大的生活事件,生活情景的突然改变,社会环境的变迁,如丧偶、离婚、自然灾害、战争动乱等造成的心理应激。

(3)不良的情绪反应:指不协调的人际关系,工作生活中的挫折,无所依靠而产生的心理上的“失落感”和愤怒、抑郁、忧虑、沮丧等不良情绪。消化系统是情绪反应的敏感器官系统,所以这些心理社会因素就会在其他一些内外致病因素的综合作用下,促使溃疡病的发生。

4. 个性和行为方式

个性特点和行为方式与本病的发生也有一定关系,它既可作为本病的发病基础,又可改变疾病的过程,影响疾病的转归。溃疡病患者的个性和行为方式有以下几个特点。

(1)竞争性强,雄心勃勃。有的人在事业上虽取得了一定成就,但其精神生活往往过于紧张,即使在休息时,也不能取得良好的精神松弛。

(2)独立和依赖之间的矛盾,生活中希望独立,但行动上又不愿吃苦,因循守旧、被动、顺从、缺乏创造性、依赖性强,因而引起心理冲突。

(3)情绪不稳定,遇到刺激,内心情感反应强烈,易产生挫折感。

(4)惯于自我克制。情绪虽易波动,但往往喜怒不形于色,即使在愤怒时,也常常是“怒而不发”,情绪反应被阻抑,导致更为强烈的自主神经系统功能紊乱。

(5)其他,性格内向、孤僻、过分关注自己、不好交往、自负、焦虑、易抑郁、事无巨细、刻求井井有条等。

5. 吸烟

吸烟与溃疡发病是否有关,尚不明确。但流行病学研究发现溃疡患者中吸烟比例较对照组高;吸烟量与溃疡病流行率呈正相关;吸烟者死于溃疡病者比不吸烟者多;吸烟者的 DU 较不吸烟者难愈合;吸烟者的 DU 复发率比不吸烟者高。吸烟与 GU 的发病关系则不清楚。

6. 酒精及咖啡饮料

两者都能刺激胃酸分泌,但缺乏引起胃、十二指肠溃疡的确定依据。

二、症状和体征

(一)疼痛

溃疡疼痛的确切机制尚不明确。较早曾提出胃酸刺激是溃疡疼痛的直接原因。因溃疡疼痛发生于进

餐后一段时期,此时胃内胃酸浓度达到最高水平。然而,以酸灌注溃疡病患者却不能诱发疼痛;“酸理论”也不能解释十二指肠溃疡疼痛。由于溃疡痛与胃内压力的升高同步,故胃壁肌紧张度增高与十二指肠球部痉挛均被认为是溃疡痛的原因。溃疡周围水肿与炎症区域的肌痉挛,或溃疡基底部分与胃酸接触可引起持续烧灼样痛。给溃疡病患者服用安慰剂,发现其具有与抗酸剂同样的缓解疼痛疗效,进食在有些患者反而会加重疼痛,因此溃疡疼痛的另一种机制可能与胃、十二指肠运动功能异常有关。

1. 疼痛的性质与强度

溃疡痛常为绞痛、针刺样痛、烧灼样痛和钻痛,也可仅为烧灼样感或类似饥饿性胃收缩感以至难与饥饿感相区别。疼痛的程度因人而异,多数呈钝痛,可忍受,无须立即停止工作。老年人感觉迟钝,疼痛往往较轻。少数则剧痛,需使用止痛剂才可缓解。约10%的患者在病程中不觉疼痛,直至出现并发症时才被诊断,故被称之为无痛性溃疡。

2. 疼痛的部位和放射

无并发症的GU的疼痛部位常在剑突下或上腹中线偏左;DU多在剑突下偏右,范围较局限。疼痛常不放射。一旦发生穿透性溃疡或溃疡穿孔,则疼痛向背部、腹部其他部位,甚至肩部放射。有报道在一些吸烟的溃疡病患者,疼痛可向左下胸放射,类似心绞痛,称为胃心综合征。患者戒烟和溃疡治愈后,左下胸痛即消失。

3. 疼痛的节律性

消化性溃疡病中一项最特别的表现是疼痛的出现与消失呈节律性,这与胃的充盈和排空有关。疼痛常与进食有明显关系。GU疼痛多在餐后0.5~2h出现,至下餐前消失,即有“进食→疼痛→舒适”的规律。DU疼痛多在餐后3~4h出现,进食后可缓解,即有“进食→舒适→疼痛”的规律。疼痛还可出现在晚间睡前或半夜痛醒,称为夜间痛。

4. 疼痛的周期性

消化性溃疡的疼痛发作可延续数天或数周后自行缓解,称为溃疡痛小周期。每逢深秋至冬春季节交替时疼痛发作,构成溃疡痛的大周期。溃疡病病程的周期性原因不明,可能与机体全身反应,特别是神经系统兴奋性的改变有关,也与气候变化和饮食失调有关。一般饮食不当,情绪波动,气候突变等可加重疼痛;进食、饮牛奶、休息、局部热敷、服制酸药物可缓解疼痛。

(二)胃肠道症状

1. 恶心、呕吐

溃疡病的呕吐为胃性呕吐,属反射性呕吐。呕吐前常有恶心且与进食有关。但恶心与呕吐并非单纯性胃、十二指肠溃疡的症状。消化性溃疡患者发生呕吐很可能伴有胃潴留或与幽门附近溃疡刺激有关。刺激性呕吐于进食后迅速发生,患者在呕吐大量胃内容物后感觉轻松。幽门梗阻胃潴留所致呕吐很可能发生于清晨,呕吐物中含有隔宿的食物,并带有酸馊气味。

2. 暖气与胃灼热

(1)暖气可见于溃疡病患者,此症状无特殊意义。多见于年轻的DU患者,可伴有幽门痉挛。

(2)胃灼热(也称烧心)是位于心窝部或剑突后的发热感,见于60%~80%溃疡病患者,患者多有高酸分泌。可在消化性溃疡发病之前多年发生。胃灼热与溃疡痛相似,有在饥饿时与夜间发生的特点,且同样具有节律性与周期性。胃灼热发病机制仍有争论,目前多认为是由于反流的酸性胃内容物刺激下段食管黏膜引起。

3. 其他消化系统症状

消化性溃疡患者食欲一般无明显改变,少数有食欲亢进。由于疼痛常与进食有关,往往不敢多食。有些患者因长期疼痛或并发慢性胃、十二指肠炎症,胃分泌与运动功能减退,导致食欲减退,这较多见于慢性GU。有些DU患者有周期性唾液分泌增多,可能与迷走神经功能亢进有关。

痉挛性便秘是消化性溃疡常见症状之一,但其原因与溃疡病无关,而与迷走神经功能亢进,严重偏食使纤维食物摄取过少及药物(铝盐、铋盐、钙盐、抗胆碱能药)的不良反应有关。

(三) 全身性症状

除胃肠道症状外,患者可有自主神经功能紊乱的症状,如缓脉、多汗等。久病更易出现焦虑、抑郁和失眠等精神症状。疼痛剧烈影响进食者可有消瘦及贫血。

三、并发症

约 1/3 的消化性溃疡患者病程中出现出血、穿孔或梗阻等并发症。

(一) 出血

出血是消化性溃疡最常见的并发症,见于 15%~20% 的 DU 和 10%~15% GU 患者。它标志着溃疡病变处于高度活动期。发生出血的危险率与病期长短无关,约 1/3~1/4 患者发生出血时无溃疡病史。出血多见于寒冷季节。

出血是溃疡腐蚀血管所致。急性出血最常见现象为黑便和呕血。仅 50~75 mL 的少量出血即可表现为黑便。GU 者大量出血时有呕血伴黑便。DU 则多为黑便,量多时反流入胃也可表现为呕血。如大量血流快速通过胃肠道,粪色则为暗红或酱色。大量出血导致急性循环血量下降,出现体位性心动过速、血压脉压差减小和直立性低血压,严重者发生休克。

(二) 穿孔

溃疡严重,穿破浆膜层可致:十二指肠内容物经过溃疡穿孔进入腹膜腔即游离穿孔;溃疡侵蚀穿透胃、十二指肠壁,但被胰、肝、脾等实质器官所封闭而不形成游离穿孔;溃疡扩展至空腔脏器如胆总管、胰管、胆囊或肠腔形成瘘管。

6%~11% 的 DU 和 2%~5% 的 GU 患者发生游离穿孔,甚至以游离穿孔为起病方式。老年男性及服用非类固醇抗炎药者较易发生游离穿孔。十二指肠前壁溃疡容易穿孔,偶有十二指肠后壁溃疡穿孔至小网膜囊引起背痛而非弥漫性腹膜炎。GU 穿孔多位于小弯处。

游离穿孔的特点为突然出现、发展很快,有持续的剧烈疼痛。痛始于上腹部,很快发展为全腹痛,活动可加剧,患者多取仰卧不动的体位。腹部触诊压痛明显,腹肌广泛板样强直。由于体液向腹膜腔内渗出,常有血压降低、心率加快、血液浓缩及白细胞增高,而少有发热。16% 患者血清淀粉酶轻度升高。75% 患者的直立位胸腹部 X 线可见游离气体。经鼻胃管注入 400~500 mL 空气或碘造影剂后摄片,更易发现穿孔。

有时,游离穿孔的临床表现可不典型:如穿孔很快闭合,腹腔细菌污染很轻,临床症状可很快自动改善;老年或有神经精神障碍者,腹痛及腹部体征不明显,仅表现为原因不明的休克;体液缓慢渗漏入腹膜腔而集积于右结肠旁沟,临床表现似急性阑尾炎。

溃疡穿孔至胰腺者通常有难治性溃疡疼痛。十二指肠后壁穿透者血清淀粉酶及脂酶水平可升高。偶尔,穿孔可引起瘘管,如十二指肠穿孔至胆总管瘘管,胃溃疡穿通至结肠或十二指肠瘘管。

穿孔病死率约为 5%~15%,而靠近贲门的高位胃溃疡的病死率更高。

(三) 幽门梗阻

约 5% DU 和幽门溃疡患者出现幽门梗阻。梗阻由水肿、平滑肌痉挛、纤维化或诸种因素合并所致,梗阻多为溃疡病后期表现。消化性溃疡并发梗阻的病死率为 7%~26%。

由于梗阻使胃排空延缓,患者常出现恶心、呕吐、上腹部饱满、胀气、食欲缺乏、早饱、畏食和体重明显下降。上腹痛经呕吐后可暂时缓解。呕吐多在进食后 1 h 或更长时间内出现,吐出量大,为不含胆汁的未消化食物,此种症状可持续数周至数月。体格检查可见血容量不足征象(低血压、心动过速、皮肤黏膜干燥),上腹部蠕动波及胃部振水音。

实验室检查常有血液浓缩、肾前性氮质血症等血容量不足征象及呕吐引起的低钾低氯代谢性碱中毒。若体重丧失明显,可出现低蛋白血症。

(四) 癌变

少数 GU 发生癌变,发生率不详。凡 45 岁以上患者,内科积极治疗无效者及营养状态差、贫血、粪便隐血试验持续阳性者均应做钡餐、纤维胃镜检查及活组织病理检查,以尽早发现癌变。