

临床护理一本通

普通外科

PuTongWaiKe

丁淑贞 吴冰 主编

临床护理



中国协和医科大学出版社

临床护理一本通

普通外科临床护理

主 审 郭 明

主 编 丁淑贞 吴 冰

副主编 吴建华 陈正女 王 涛 马丽梅

编 者 (按姓氏笔画排序):

丁淑贞	于 冰	马 慧	马丽梅	王 京
王 涛	王丽莹	王建荣	吴 冰	吴建华
宋 杰	张 军	张 彤	张晓霞	李 岩
李 硕	邱 欣	宫 颖	徐丽萍	秦秀宝



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

普通外科临床护理 / 丁淑贞, 吴冰主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2016. 4

(临床护理一本通)

ISBN 978-7-5679-0520-7

I. ①普… II. ①丁… ②吴… III. ①外科学-护理学 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 044666 号

临床护理一本通

普通外科临床护理

主 编: 丁淑贞 吴 冰
责任编辑: 吴桂梅 孙阳鹏

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 710×1000 1/16 开
印 张: 36.25
字 数: 550 千字
版 次: 2016 年 10 月第 1 版 2016 年 10 月第 1 次印刷
印 数: 1—2000
定 价: 86.00 元

ISBN 978-7-5679-0520-7

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

护理学是将自然科学与社会科学紧密联系起来的为人类健康服务的综合性应用学科。随着医学科学的迅速发展和医学模式的转变，医学理论和诊疗技术不断更新，护理学科领域发生了很大的变化。“临床护理一本通”旨在为临床护理人员提供最新的专业理论和专业指导，帮助护理人员熟练掌握基本理论知识和临床护理技能，提高护理质量，是对各专科临床护理实践及技能给予指导的专业参考书。

普通外科是外科系统最大的专科，近年来发展迅猛，因此其护理知识及要求也应随之相应地提高和完善。为了促进广大普通外科医务人员在临床工作中更好地认识、了解普通外科的疾病，普及和更新普通外科的临床及护理知识，从而满足普通外科专业人员以及广大基层医务工作者的需要，结合临床经验，我们编写了《普通外科临床护理》。

本书基本包括普通外科专业的常见疾病和多发疾病，具体讲述相关疾病概述、临床表现、辅助检查、治疗原则、护理评估、护理诊断、护理措施及健康教育等内容，语言简洁，内容丰富，侧重实用性和可操作性，力求详尽准确。

本书适合普通外科及相关专业广大医生及护理人员使用。

由于时间仓促，编者经验水平有限，不足之处在所难免，恳请读者批评指正。

编 者

2016年1月

目 录

第一章 水、电解质、酸碱平衡失调患者的护理	1
第一节 水、钠代谢失调	1
第二节 其他电解质代谢失调	13
第三节 酸碱平衡紊乱	29
第二章 外科休克患者的护理	39
第一节 低血容量性休克	39
第二节 感染性休克	48
第三章 麻醉患者的护理	51
第一节 麻醉前	51
第二节 全身麻醉	53
第三节 椎管内麻醉	61
第四节 局部麻醉	69
第五节 麻醉后	72
第四章 围手术期患者的护理	75
第一节 手术前	75
第二节 手术后	83
第五章 营养支持患者的护理	94
第一节 肠内营养	94
第二节 肠外营养	101
第六章 外科感染患者的护理	111
第一节 浅部组织的化脓性感染	111
第二节 手部急性化脓性感染	121
第三节 全身性外科感染	126
第四节 有芽胞厌氧菌感染	129
第七章 普通外科患者常见症状及护理	141
第一节 恶心与呕吐	141
第二节 腹胀	145



第三节	黄疸	149
第四节	水肿	153
第五节	腹痛	157
第六节	便血	161
第八章	颈部疾病患者的护理	166
第一节	单纯性甲状腺肿	166
第二节	甲状腺功能亢进症	171
第三节	甲状腺腺瘤	176
第四节	甲状腺癌	178
第五节	甲状腺炎	180
第六节	原发性甲状旁腺功能亢进症	182
第九章	乳房疾病患者的护理	186
第一节	急性乳腺炎	186
第二节	乳腺囊性增生病	189
第三节	乳房肿瘤	192
第十章	腹外疝患者的护理	206
第一节	腹股沟疝	206
第二节	股疝	212
第三节	切口疝	216
第四节	脐疝	220
第五节	白线疝	225
第十一章	腹部损伤患者的护理	229
第一节	脾破裂	229
第二节	肝破裂	235
第三节	胰腺损伤	241
第四节	胃、十二指肠及小肠损伤	245
第五节	结肠及直肠损伤	250
第十二章	急性化脓性腹膜炎患者的护理	255
第一节	急性化脓性腹膜炎	255
第二节	腹腔脓肿	261
第十三章	胃和十二指肠疾病患者的护理	272
第一节	胃和十二指肠溃疡	272

第二节	胃和十二指肠溃疡急性穿孔	280
第三节	胃和十二指肠溃疡大出血	285
第四节	胃和十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻	291
第五节	胃癌	297
第六节	胃肉瘤	304
第七节	十二指肠憩室	315
第八节	十二指肠血管压迫综合征	318
第十四章	阑尾疾病患者的护理	322
第一节	急性阑尾炎	322
第二节	慢性阑尾炎	329
第三节	其他类型阑尾炎	333
第十五章	肠疾病患者的护理	343
第一节	肠梗阻	343
第二节	肠结核	351
第三节	肠伤寒穿孔	356
第四节	非特异性炎性肠疾病	359
第五节	急性出血性肠炎	366
第六节	肠系膜血管缺血性疾病	370
第七节	短肠综合征	374
第八节	肠息肉及肠息肉病	380
第九节	小肠肿瘤	385
第十节	肠痿	390
第十一节	结肠癌	396
第十六章	直肠和肛管疾病患者的护理	402
第一节	痔	402
第二节	直肠脱垂	407
第三节	直肠肛管周围脓肿	413
第四节	直肠癌	417
第五节	肛裂	422
第六节	肛痿	426
第十七章	肝脏、脾脏疾病患者的护理	430
第一节	肝脓肿	430

第二节	肝癌	440
第三节	肝良性肿瘤	454
第四节	肝囊肿	458
第五节	门静脉高压症	461
第六节	脾脏疾病	470
第十八章	胆道疾病患者的护理	478
第一节	胆囊结石	478
第二节	胆管结石	482
第三节	急性胆囊炎	489
第四节	慢性胆囊炎	493
第五节	急性梗阻性化脓性胆管炎	496
第六节	胆道蛔虫病	502
第七节	胆囊息肉样病变	504
第八节	胆囊癌	506
第九节	胆管癌	509
第十九章	胰腺疾病患者的护理	513
第一节	急性胰腺炎	513
第二节	慢性胰腺炎	520
第三节	胰腺囊肿	524
第四节	胰腺癌	527
第五节	胰岛素瘤	533
第六节	胃泌素瘤	536
第二十章	周围血管疾病患者的护理	541
第一节	周围血管损伤	541
第二节	血栓闭塞性脉管炎	545
第三节	动脉硬化性闭塞症	549
第四节	急性动脉栓塞	554
第五节	单纯性下肢静脉曲张	558
第六节	原发性下肢深静脉瓣膜关闭不全	561
第七节	深静脉血栓形成	564
参考文献		569

第一章 水、电解质、酸碱平衡失调患者的护理

第一节 水、钠代谢失调

一、等渗性缺水

等渗性缺水又称为“急性缺水”、“混合性缺水”，是指细胞外液水分急剧丢失但不伴有钠离子浓度的变化，包括细胞外液丢失于体外（经过体表与体腔），以及细胞外液丢失于体腔之中而不再参与循环。常由于血液或细胞外液的同步迅速丢失，不出现细胞外液中钠离子浓度和渗透压的变化，多合并循环低血容量、甚至休克的表现。

常见病因包括：①胃肠道消化液的急性丢失，如大量呕吐、腹泻、肠痿等。②体腔或软组织内大量液体渗出，如肠梗阻、急性腹膜或胸膜炎、大面积烧伤、严重软组织感染（蜂窝织炎）。

【临床表现】

1. 患者有尿少、厌食、恶心、乏力等症状，但口渴并不明显；还可表现为舌干燥、眼球下陷、皮肤弹性差。

2. 当体液在短期内迅速丢失达体重的5%，即丧失细胞外液总量的25%时，患者可出现脉搏细数、肢端湿冷、血压不稳或下降等血容量不足的表现；体液继续丢失达体重的6%~7%时，即可休克。常伴有代谢性酸中毒，若患者大量丢失胃液，则可伴发低氯、低钾性碱中毒。

【辅助检查】

1. 血常规

血液浓缩红细胞计数，血红蛋白、血细胞比容均增高。

2. 尿检

尿钠减少或正常，尿比重增加。

3. 血清钠和血浆晶体渗透压

血清钠水平正常 (135~145mmol/L), 血浆晶体渗透压正常。

【治疗原则】

1. 尽可能去除或控制病因, 减少丢失。
2. 补充等渗液体、平衡盐溶液或生理盐水。
3. 补液量=细胞外液缺失量+每日生理需要量 (约 2000ml), 参考计算公式为: 细胞外液缺失量 (L) = 血细胞比容上升值/血细胞比容正常值×体重 (kg)×0.25。
4. 肾功能障碍或大量快速补液患者应警惕“高氯性酸中毒”。
5. 尿量恢复≥40ml/h 后应适时补钾。

【护理评估】

1. 健康史

(1) 年龄

老年人常伴有多种慢性病和各类药物服用史, 且老年人器官功能逐步衰退、新陈代谢减慢, 对疾病所致内循环失衡的代偿能力相对较弱, 易诱发等渗性缺水。

(2) 体重

评估体重变化, 若在短期内迅速减轻, 多提示有水钠缺失。

(3) 生活习惯

包括近期饮食、液体摄入及运动等情况, 以评估水钠缺失的原因。

(4) 既往史

有无引起等渗性缺水的常见疾病, 如呕吐、消化道梗阻、消化道瘘或大面积烧伤等。

2. 身体状况

(1) 局部

①有无皮肤弹性下降: 用手轻捏手背或前臂皮肤, 松开后不能立即恢复原状, 即表示皮肤弹性下降; 若轻捏皮肤、松开后持续 20~30 秒再恢复原状者, 常提示严重体液不足。②口腔内颊黏膜或牙龈线区出现干燥, 提示有体液不足。

(2) 全身

①生命体征：有无心率加快、脉搏细数、血压不稳或降低等血容量不足的表现。②神经症状：包括患者的清醒程度及有无乏力表现。若患者神志淡漠，常提示严重体液不足。③出入水量：入水量包括经胃肠道和非胃肠道摄入的液体，如饮食、管饲和静脉输液量等。出水量包括呕吐物、汗液、尿液、粪便及从呼吸道、创面引流和蒸发的液体量等。尿量是反映微循环灌注的重要指标。尿比重的变化对临床判断系肾衰竭或体液缺乏所致的少尿有重要参考价值。

3. 心理-社会状况

评估患者和家属对疾病及其伴随症状的认识程度、心理反应和承受能力。

【护理诊断】

1. 体液不足

与大量呕吐、肠梗阻、腹膜炎、大面积烧伤等原因致体液急性丧失有关。

2. 有受伤害的危险

与意识障碍、低血压有关。

【护理措施】

1. 去除病因

采取有效预防措施或遵医嘱积极处理原发疾病，以减少体液的丢失。

2. 维持充足的体液量，实施液体疗法

对已发生缺水的患者，依其生理状况和各项实验室检查结果，遵医嘱及时补充液体。补液时严格遵循定量、定性和定时的原则。

(1) 定量：包括生理需要量、已经损失量和继续损失量3部分。①生理需要量：每日生理需水量的简易计算方法：体重的第一个10kg×100ml/(kg·d) +体重的第2个10kg×50ml/(kg·d) +其余体重×20ml/(kg·d)。对于65岁以上或心脏疾病患者，实际补液量应少于上述计算

所得量；婴儿及儿童的体液量与体重之比高于成人，故每公斤体重所需水量也较大。此外，还应补给每日需要水分 2000ml、氯化钠 4.5g；在血容量补充使尿量达 40ml/h 后开始补钾。②已经损失量：或称累积失衡量，指在制定补液计划前估计已经丢失的体液量。一般将估计量分 2 日补足。③继续损失量：或称额外损失量，包括外在性和内在性失液。外在性失液应按不同部位消化液中所含电解质的特点，尽可能等量和等质的补充。内在性失液，如腹（胸）腔内积液、胃肠道积液等，虽症状严重但并不出现体重减轻，故补液量必须根据病情变化估计。此外，体温每升高 1℃，将自皮肤丧失低渗液 3~5ml/kg，成人体温达 40℃时，需多补充 600~1000ml 液体；中度出汗丧失 500~1000ml 体液（含钠 1.25~2.5g）；出汗湿透一套衣裤时约丧失体液 1000ml；气管切开者每日经呼吸道蒸发的水分为 800~1200ml。

(2) 定性：等渗性缺水时应补充等渗盐溶液。

(3) 定时：每日及单位时间内的补液量及速度取决于体液丧失的量、速度及脏器功能状态。若各脏器代偿功能良好，应按先快后慢的原则进行分配，即第一个 8 小时补充总量的 1/2，剩余 1/2 总量在后 18 个小时内均匀输入。

3. 准确记录液体出入量

准确记录每次饮食、饮水量和静脉补液量、大小便量、呕吐和引流液等。准确记录 24 小时出入水量可供临床医师参考，以及时调整补液方案。

4. 疗效观察

补液过程中，护士必须密切观察治疗效果、注意不良反应。①精神状态：如萎靡、嗜睡等症状的改善情况；②缺水征象：如皮肤弹性下降、眼窝内陷等表现的恢复程度；③生命体征：如血压、脉搏、体温的改善情况；④辅助检查：如尿量和尿比重等尿常规检查、血常规检查、血清电解质和肝肾功能等血生化检查、中心静脉压等指标的变化趋势。

5. 监测血压

定时监测血压，告知血压偏低或不稳定者在改变体位时动作宜慢，以免因直立性低血压或眩晕而跌倒受伤。

6. 建立安全的活动模式

为了减少患者受伤的危险，应与患者及家属共同制定活动的时间、量及形式，如患者除在床上主动活动外，也可由他人协助在床上作被动运动。根据患者肌张力的改善程度，逐步调整活动内容、时间、形式和幅度，以免长期卧床致失用性肌萎缩。

7. 加强安全防护措施

- (1) 移去环境中的危险物品，减少意外受伤的可能。
- (2) 对定向力差及意识障碍者，建立安全防护措施，如加床栏保护、适当约束及加强监护等，以免发生意外。

【健康教育】

有大量呕吐、大面积烧伤等易致等渗性缺水者，及早就诊和治疗。

二、低渗性缺水

低渗性缺水又称为“慢性或继发性缺水”、“低钠血症”，是指细胞外液水、钠离子同时丧失，但钠离子丢失的比例高于水分的丢失。细胞外液因钠离子浓度降低而导致渗透压下降，因此患者往往脱水也没有明显的渴感，但因为细胞外液低渗，水分向细胞内转移，容易造成细胞水肿，特别是脑细胞水肿，甚至致命。

【临床表现】

根据缺钠程度将低渗性缺水分为3度：

1. 轻度缺钠

血清 Na^+ $130 \sim 135 \text{mmol/L}$ 或缺 Na^+ 0.5g/kg 体重。患者感乏力、头昏、手足麻木，但无口渴感。尿量正常或稍多，尿钠、氯减少，尿比重低。

2. 中度缺钠

血清 Na^+ $120 \sim 130 \text{mmol/L}$ 或缺 Na^+ $0.5 \sim 0.75 \text{g/kg}$ 体重。除上述症状外，还有厌食、恶心、呕吐、视物模糊、直立性晕厥、脉搏细弱、血压下降。尿少，尿中几乎不含钠和氯。

3. 重度缺钠

血清 $\text{Na}^+ < 120 \text{mmol/L}$ 或缺 $\text{Na}^+ 0.75 \sim 1.25 \text{g/kg}$ 体重。除有上述中度缺钠症状外，还有肌肉痉挛性抽搐、表情淡漠、木僵乃至昏迷，常伴有严重休克、少尿或无尿，血尿素氮升高。

【辅助检查】

1. 尿检

尿 Na^+ 、 Cl^- 显著降低，尿比重 < 1.010 。

2. 血常规

血液浓缩，红细胞计数、血红蛋白、血细胞比容及血尿素氮（BUN）均升高。

3. 血清钠及血浆晶体渗透压

血清钠 $< 135\text{mmol/L}$ ，血浆晶体渗透压降低，多低于 280mOsm/L 。

【治疗原则】

1. 原发病的治疗

积极去除或控制原发疾病。

2. 轻度或中度低钠血症的治疗

首选等渗盐水纠正，按临床分度经验性补充累积缺失钠量及液体量并补充每日生理需要量。

3. 重度低钠血症的治疗

可选用高渗盐水（3%~5%）并结合胶体溶液，迅速恢复机体有效循环血量。

4. 长期严重营养不良，低蛋白血症患者的治疗

宜同时补充血浆蛋白。

5. 补钠量计算

①经验法：补钠量（g）= 估计丢失钠程度（g/kg 体重）× 体重（kg）。②公式法：补钠量（g）= $[142\text{mmol/L} - \text{实测血清钠（mmol/L）}] \times \text{体重（kg）} \times 0.6$ （女性 $\times 0.5$ ）。③一般首日补钠量控制在累计损失量的 $1/3 \sim 1/2$ ，并加上当日生理需要量。

6. 补钠的治疗

初期目标水平宜使血清钠维持于 $130 \sim 135\text{mmol/L}$ ，速度不宜过快，血钠上升速度不超过 $12 \sim 15\text{mmol/L}$ （即平均血清钠上升速度为 $0.5 \sim 1\text{mmol/L}$ ），切忌高钠血症致细胞缺水。

【护理评估】

1. 健康史

评估患者的一般状况，了解患者的年龄、性别、体重、体型（胖瘦）及有无重要脏器的疾病等；评估导致体液失衡的病因与类型。

2. 身体状况

评估患者是否经常感到软弱、疲乏、头晕、手足麻木，但口渴不明显，是否经常有恶心、呕吐、直立性晕厥。当患者缺钠进一步加重时，可出现血压下降，尿少或无尿等循环衰竭症状。

3. 心理-社会状况

(1) 评估患者对体液失衡的心理反应。

(2) 评估患者及家属对疾病方面的知识掌握与了解的程度。

【护理诊断】

1. 体液不足

与长期大量呕吐、胃肠减压等原因致慢性体液丧失有关。

2. 有受伤的危险

与意识障碍、低血压有关。

【护理措施】

遵医嘱补充等渗或高渗盐水以维持充足的体液量，以纠正细胞外液的低渗状态及血容量不足。其他护理措施参见“等渗性缺水”。

【健康教育】

1. 高温环境作业者和进行高强度体育活动者出汗较多时，应及时补充水分且宜饮用含盐饮料。

2. 有进食困难、呕吐、腹泻和出血等易导致体液失衡症状者应及时就诊和治疗。

三、高渗性缺水

高渗性缺水又称为“原发性缺水”、“高钠血症”，是指细胞外液水分和钠离子同时损失，且水分的丢失比例高于钠离子的丢失。细胞外液因钠离子浓度的升高而导致渗透压升高，因此患者常有明显的渴感。但由于细胞外液高渗，细胞内水分向细胞外转移，容易造成细胞膜及细胞器皱缩损伤、功能障碍。

【临床表现】

根据缺水程度一般将高渗性缺水分为3度：

1. 轻度缺水

口渴为主，无其他症状，缺水量占体重的2%~4%。

2. 中度缺水

表现为极度口渴、乏力、眼窝明显凹陷、唇舌干燥、皮肤弹性差、心率加快、尿少、尿比重增加(>1.025)。缺水量占体重的4%~6%。

3. 重度缺水

除有上述症状外，可出现烦躁、谵妄、昏迷等脑功能障碍症状，血压下降乃至休克，少尿乃至无尿，以及氮质血症等。缺水量占体重的6%以上。

【辅助检查】

1. 尿常规

尿比重升高(>1.030)。

2. 血常规

外周血红细胞计数，血红蛋白含量及血细胞比容轻度升高。

3. 血清钠及血浆晶体渗透压

血清钠>150mmol/L，血浆晶体渗透压>320mOsm/L。

【治疗原则】

1. 补充水分

用等渗或低渗溶液(5%葡萄糖注射液或0.45%氯化钠注射液)。

2. 累积失液量计算

①经验法：补液量(L) = 体重(kg) × 缺水
量占体重的百分数。②公式法：补液量(ml) =
(实测血清钠 - 142)(mmol/L) × 体重(kg) × 4
(女性×3)。

3. 补液

补液时应注意监测血钠水平，并在血清钠恢复正常水平后适当补钠，尿量 \geq 40ml后应同时补钾。

4. 纠正高钠

纠正高钠不宜过快，血钠水平应在48~72小时内逐渐恢复正常，以避免细胞外液渗透压急剧降低导致急性脑水肿。

【护理评估】

1. 健康史

评估患者的一般状况，了解患者的年龄、性别、体重、体型（胖瘦）及有无重要脏器的疾病等；评估导致体液失衡的病因与类型。

2. 身体状况

评估患者是否有轻度缺水、中度缺水或者重度缺水的症状。

3. 心理-社会状况

- (1) 评估患者对体液失衡的心理反应。
- (2) 评估患者及家属对疾病方面的知识掌握与了解的程度。

【护理诊断】

1. 体液不足

与高热、大汗等有关。

2. 口腔黏膜改变

与体液不足、口腔黏膜干燥有关。

3. 有受伤害的危险

与意识障碍有关。

【护理措施】

1. 维持充足的体液量

鼓励患者饮水或遵医嘱经静脉输注非电解质溶液。注意补液时先适当给予葡萄糖溶液，再给予晶体溶液。因高渗性缺水者也有缺钠，只是因缺水更多致血液浓缩，才使血清钠浓度相对升高。故在输液过程中，应观察血清钠含量的动态变化，必要时适当补钠，避免低钠血症。其他补液护理参见“等渗性缺水”。

2. 做好口腔护理

对于不能饮水者，鼓励患者漱口，必要时润唇。

3. 监测血压

定时监测血压，告知血压偏低或不稳定者在改变体位时动作宜慢，以免因直立性低血压或眩晕而跌倒受伤。