



“十三五”职业教育国家规划教材



国家卫生健康委员会“十三五”规划教材

全国高等职业教育教材

供护理、助产专业用

外科护理学

第4版

主 编 熊云新 叶国英

副主编 赵小义 俞宝明



人民卫生出版社



手机扫描正





“十三五”职业教育国家规划教材



国家卫生健康委员会“十三五”规划教材

全国高等职业教育教材

供护理、助产专业用

外科护理学

第4版

主 编 熊云新 叶国英

副主编 赵小义 俞宝明

编 者 (按姓氏笔画排序)

王建荣 (承德医学院附属医院)

王继彦 (大庆医学高等专科学校)

叶国英 (宁波卫生职业技术学院)

史蓓蓓 (新疆昌吉职业技术学院)

李 莉 (山西医科大学第一医院)

张国华 (山西医科大学汾阳学院)

张乳霞 (山东医学高等专科学校)

武江涛 (贵州黔南民族医学高等专科学校)

周武汉 (广西科技大学医学院)(兼秘书)

赵小义 (咸阳职业技术学院)

赵慧华 (复旦大学附属中山医院)

俞宝明 (赣南卫生健康职业学院)

钱立晶 (安庆医药高等专科学校)

郭书芹 (沧州医学高等专科学校)

蔡 洁 (广西柳州市人民医院)

熊云新 (广西广播电视大学)

薛 雄 (延安职业技术学院)

人民卫生出版社

PDF

手机扫描王

目 录

第一章 绪论	1
第一节 外科护理学的概念与发展	1
一、外科护理学的概念与任务	1
二、外科护理学的发展	2
第二节 学习外科护理学的方法和要求	2
一、树立崇高的职业理想	2
二、熟悉外科护士的工作任务	3
三、坚持以现代护理观为指导	3
四、坚持理论与实践相结合	3
第三节 外科护士应具备的素质	3
第二章 水、电解质及酸碱平衡失调病人的护理	5
第一节 体液平衡	5
一、体液组成及分布	5
二、体液平衡及调节	6
三、酸碱平衡及调节	6
第二节 水和钠代谢紊乱病人的护理	7
一、等渗性缺水病人的护理	7
二、低渗性缺水病人的护理	9
三、高渗性缺水病人的护理	10
第三节 钾代谢异常病人的护理	11
一、低钾血症病人的护理	11
二、高钾血症病人的护理	13
第四节 酸碱平衡失调病人的护理	14
一、代谢性酸中毒病人的护理	14
二、代谢性碱中毒病人的护理	15
三、呼吸性酸中毒病人的护理	17
四、呼吸性碱中毒病人的护理	18
第三章 营养支持病人的护理	20
第一节 营养状况评估	21
第二节 肠内营养支持病人护理	23
第三节 肠外营养支持病人护理	25

第四章 外科休克病人的护理	27
第一节 概述	27
第二节 失血性休克病人的护理	33
第三节 感染性休克病人的护理	34
第五章 麻醉病人的护理	37
第一节 麻醉前准备工作	37
一、麻醉前病情评估	37
二、麻醉前准备	38
第二节 局部麻醉病人的护理	39
第三节 椎管内麻醉病人的护理	40
第四节 全身麻醉病人的护理	43
第五节 术后镇痛管理	47
第六章 手术室护理工作	49
第一节 手术室环境和管理	49
一、手术室环境	49
二、手术室管理	51
第二节 物品的准备和无菌处理	52
一、物品的准备	52
二、物品的无菌处理	59
第三节 手术人员的准备	59
一、更衣	59
二、外科手消毒	59
三、穿无菌手术衣及戴手套	61
第四节 病人的准备	64
一、一般准备	64
二、手术体位安置	64
三、手术区皮肤消毒	65
四、手术区铺单法	66
第五节 手术室的无菌操作原则及手术配合	68
一、手术室的无菌操作原则	68
二、手术配合	69
第七章 手术前后病人的护理	72
第一节 概述	72
第二节 手术前病人的护理	73
第三节 手术后病人的护理	78
第八章 外科感染病人的护理	85
第一节 概述	85
第二节 浅部软组织化脓性感染病人的护理	88
第三节 手部急性化脓性感染病人的护理	90
第四节 全身性感染病人的护理	92
第五节 特异性感染病人的护理	94

第十四章 乳房疾病病人的护理	187
第一节 急性乳腺炎病人的护理	187
第二节 乳房良性肿瘤与乳腺囊性增生病病人的护理	190
一、乳房良性肿瘤病人的护理	190
二、乳腺囊性增生病病人的护理	191
第三节 乳腺癌病人的护理	192
第十五章 腹外疝病人的护理	199
第一节 概述	199
第二节 腹股沟疝病人的护理	200
第三节 其他腹外疝病人的护理	204
第十六章 急性化脓性腹膜炎与腹部损伤病人的护理	206
第一节 急性化脓性腹膜炎病人的护理	206
第二节 腹部损伤病人的护理	210
第十七章 胃十二指肠疾病病人的护理	216
第一节 胃十二指肠溃疡病人的护理	216
第二节 胃癌病人的护理	221
第十八章 肠疾病病人的护理	225
第一节 急性阑尾炎病人的护理	225
第二节 肠梗阻病人的护理	229
第三节 结直肠癌病人的护理	234
第十九章 肛管疾病病人的护理	240
第一节 痔病人的护理	240
第二节 肛裂病人的护理	244
第三节 直肠肛管周围脓肿病人的护理	245
第四节 肛痿病人的护理	246
第二十章 肝胆疾病病人的护理	250
第一节 原发性肝癌病人的护理	250
第二节 门静脉高压病人的护理	254
第三节 胆道疾病病人的护理	259
一、胆道感染病人的护理	259
二、胆石症病人的护理	263
三、胆道蛔虫病病人的护理	267
第二十一章 胰腺疾病病人的护理	269
第一节 急性胰腺炎病人的护理	269
第二节 胰腺癌病人的护理	274
第二十二章 急腹症病人的护理	278
第二十三章 周围血管疾病病人的护理	284

无焦虑和恐惧等心理反应。

（五）处理原则

尽早去除病因,防止体液继续丢失。鼓励病人饮水,不能饮水者静脉滴注 5% 葡萄糖溶液或 0.45% 的低渗盐水。注意:高渗性缺水实际也有缺钠,只因缺水更多,使血清 Na^+ 浓度升高。故输液过程中,观察血清 Na^+ 含量的动态变化,必要时适量补钠。

【常见护理诊断/问题】

1. 体液不足 与高热、大汗等导致的体液丢失过多或水分摄入不足有关。
2. 有受伤的危险 与意识障碍有关。

【护理措施】

1. 静脉补充 按医嘱补充 5% 葡萄糖溶液或 0.45% 氯化钠溶液,补充已丧失的液体,待缺水情况基本改善后,再补适量等渗盐水。高温环境作业、大量出汗者,注意饮水,最好口服含盐饮料,如淡盐水。

已丧失液体量的计算方法有 2 种。

(1) 根据临床表现估计失水量占体重的百分比,每丧失体重的 1%,需补液 400 ~ 500ml。

(2) 根据血清钠浓度计算:补水量(ml)=[血钠测得值(mmol/L)-血钠正常值(mmol/L)]×体重(kg)×4。血清钠正常值一般用 142mmol/L 计算。计算所得的补水量当日只补 1/2,余下的 1/2 在次日补给。此外,还需补给当日需要量 2000ml。

2. 其他护理措施 参见本节等渗性缺水病人的护理。

第三节 钾代谢异常病人的护理

钾代谢异常包括低钾血症和高钾血症两类。由于肾对钾的调节能力较弱,在禁食或血钾很低的情况下,每天仍有一定量的钾盐随尿液排出,所以,临床上以低钾血症较为常见。

一、低钾血症病人的护理

低钾血症(hypokalemia)是指血清 K^+ 浓度低于 3.5mmol/L。

【病因】

常见的病因有:①钾摄入不足:长期进食不足或禁食;②钾排出过多:如呕吐、腹泻、持续胃肠减压,或长期应用肾上腺皮质激素、利尿剂等;③钾体内分布异常:如大量注射葡萄糖或氨基酸、进行高营养支持及代谢性碱中毒等,钾向细胞内转移。

【护理评估】

（一）健康史

了解病人的年龄、性别、体重等;了解有无引起低钾的原因,如禁食、进食量少、呕吐、腹泻、肠痿、胃肠道引流等,有无使用过利尿剂、糖皮质激素等;有无周期性钾代谢紊乱发作史。

（二）身体状况

1. 肌无力 是最早的表现,一般先出现四肢软弱无力,后延及躯干和呼吸肌。可出现抬头及翻身困难;吞咽困难、呛咳;呼吸困难甚至窒息。严重者可有软瘫、腱反射减弱或消失等。

2. 消化道功能障碍 肠平滑肌兴奋性降低,可出现恶心、呕吐、腹胀、肠鸣音减弱或消失等肠麻痹表现。

3. 心功能异常 心悸及心动过速、心律不齐、血压下降,严重时可发生心室颤动或收缩期停搏。

4. 代谢性碱中毒 低钾血症时,因 K^+ 由细胞内代偿性移出细胞外,而 H^+ 则进入细胞内,故常合并碱中毒,另外,肾小管上皮细胞 Na^+-K^+ 交换减少, Na^+-H^+ 交换增多,排 H^+ 增多,尿液反而呈酸性,故称反常性酸性尿。

（三）辅助检查

1. 实验室检查 血清 $\text{K}^+ < 3.5\text{mmol/L}$ 。

2. 心电图检查 典型的心电图改变为早期出现 T 波降低、变平或倒置,随低钾程度加深,QT 间期延长、出现 U 波。



视频:低钾引起代谢性碱中毒及反常性酸性尿

(四) 心理-社会状况

由于肌无力、腹胀和心律失常使病人及家属产生焦虑和恐惧心理。评估病人及家属是否了解钾的作用、引起低钾血症的原因以及安全补钾等方面的有关知识。

(五) 处理原则

1. 病因治疗 积极控制原发病因,减少或终止钾继续丢失。
2. 纠正低钾血症 最安全、最可靠的途径是口服补钾,常用的口服药是10%氯化钾。对不能进食的病人,采取静脉补钾。

【常见护理诊断/问题】

1. 活动无耐力 与低钾血症致肌无力有关。
2. 有受伤的危险 与软弱无力、意识障碍有关。
3. 潜在并发症:心律失常。

【护理措施】

(一) 恢复血清 K^+ 水平

1. 减少钾丢失 控制病因,如止吐、止泻等。
2. 补钾

(1) 口服补钾:口服是最安全的补钾途径,尽量口服补钾,遵医嘱给予10%氯化钾或枸橼酸钾溶液口服。

(2) 静脉补钾:对不能口服者采用静脉补钾,静脉补钾如果速度过快,血钾浓度可在短时间内增高,引起致命的后果。因此,静脉补钾务必遵循以下原则:①见尿补钾:尿量超过40ml/h时方可补钾;②补钾不过量:一般每日补氯化钾3~6g(以每克氯化钾等于13.4mmol钾计算,即每日补钾40~80mmol);③浓度不过高:静脉补液中氯化钾浓度不超过0.3%(钾浓度40mmol/L);④速度不过快:成人静脉补钾速度不宜超过20mmol/h(一般不超过60滴/分);⑤禁止直接静脉推注或快速中心静脉滴入,以免导致心搏骤停。

(3) 进食含钾丰富的食物:鼓励病人多进食肉类、鱼类、豆类、牛奶、香蕉、橘子、菠菜、绿菜花等含钾丰富的食物。

(二) 减少受伤的危险

参见本章等渗性缺水病人的护理。

(三) 预防并发症

观察病人的生命体征及意识状况,严密监测心率、心律、心电图,出现心律失常应及时报告医师,积极配合治疗。

(四) 心理护理

告知病人四肢软弱无力、腹胀、心律失常等是由于低钾引起的,及时治疗费用少、恢复快、无后遗症。在今后的生活中,注意生活规律,合理膳食,不宜过度疲劳,此病可防可治。



知识拓展

含钾食物表

种类	钾含量	食物名称
奶类	>100mg/100ml	全脂牛奶、脱脂牛奶
	>1300mg/100g	全脂奶粉、脱脂奶粉
蛋类	>100mg/100g	各种蛋类
豆类	>600mg/100g	毛豆
	>1000mg/100g	绿豆、红豆、黄豆
鱼类	>350mg/100g	白鲢、鳊鱼、乌龟、龙虾、鲨鱼、河鳊等
肉类	>350mg/100g	牛肝、猪肝、猪腰、牛肉、猪肉等
谷类	>70mg/100g	大米、糯米、小米、山药、土豆、大麦、小麦等
蔬菜类	>400mg/100g	绿菜花、菠菜、空心菜、茼蒿、苋菜、干木耳、生海带、干紫菜
水果类	>250mg/100g	香蕉、石榴、橘子、橙子、葡萄干、枇杷、龙眼干、干橄榄
其他	>250mg/100g	巧克力、酱油、花生、芝麻、子、莲子、新鲜果汁

(五) 健康指导

对病人进行指导:①给病人介绍钾的作用及钾摄入方面的有关知识,鼓励病人在病情允许的情况下,尽早恢复正常饮食;②对于禁食、长期控制饮食、近期有呕吐、腹泻、胃肠道引流者,注意补钾,以防发生低钾血症;③有周期性低钾发作史者,介绍口服补钾方法、剂量,出现四肢无力时及时就诊。

二、高钾血症病人的护理

高钾血症(hyperkalemia)指血清 K^+ 浓度高于 5.5mmol/L 。

【病因】

高钾血症常见原因有:①钾摄入过多:如静脉补钾过浓、过快或过量,输入过多保存较久的库存血;②钾排出减少:如急性肾衰竭,使用抑制排钾的利尿剂(如螺内酯、氨苯蝶啶等)等;③钾分布异常:酸中毒、严重挤压伤、大面积烧伤等。

【护理评估】

(一) 健康史

了解病人的年龄、性别、体重等;了解有无引起高钾的原因,如肾衰竭、使用保钾利尿剂、严重挤压伤等。

(二) 身体状况

无特异性临床表现。可有肢体软弱无力、腱反射消失等表现,严重者可出现软瘫及呼吸困难;出现恶心、呕吐、腹胀、腹泻,表情淡漠或神志恍惚,感觉异常等;过高血钾的刺激作用使微循环血管收缩,皮肤苍白湿冷、全身麻木、肌肉酸痛;血压早期升高,晚期下降,心脏出现传导阻滞、心动过缓、室性期前收缩、心室颤动。高钾血症最危险的后果是可致心脏在舒张期停搏。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 血清 $K^+ > 5.5\text{mmol/L}$ 。
2. 心电图 典型的心电图改变为T波高而尖,Q-T间期延长,QRS波增宽,P-R间期延长。

(四) 心理-社会状况

可因软弱无力、呼吸困难和心律失常,使病人及家属产生焦虑和恐惧感。

(五) 处理原则

由于高钾血症有导致心搏骤停的危险。因此,一经确诊,应立即采取治疗措施。

1. 病因治疗 积极治疗原发病,去除引起高钾血症的原因。
2. 禁钾 停用一切含钾药物,如青霉素钾盐;禁食含钾多的食物;禁输库血。
3. 降低血钾浓度

(1) 转钾:①输入5%碳酸氢钠:静脉滴注5%碳酸氢钠溶液100~200ml,以纠正酸中毒,促使 K^+ 转入细胞内和增加肾小管排 K^+ ;②输入葡萄糖及胰岛素:10%葡萄糖溶液500ml或25%葡萄糖溶液200ml,每5g葡萄糖加胰岛素1U静脉滴注,通过糖原的合成,促使 K^+ 部分转入细胞内以暂时降低血清 K^+ 浓度。

(2) 排钾:①呋塞米40mg静脉注射;②阳离子交换树脂口服或保留灌肠,每克可吸附1mmol钾;加速钾经肠道排出;③血液透析或腹膜透析。

4. 对抗心律失常 10%葡萄糖酸钙20ml缓慢静脉注射。因 Ca^{2+} 能拮抗 K^+ ,能缓解 K^+ 对心肌的毒性作用,必要时可重复使用。

【常见护理诊断/问题】

1. 活动无耐力 与高钾血症导致的肌肉无力、软瘫有关。
2. 有受伤的危险 与软弱无力、意识障碍、感觉异常有关。
3. 潜在并发症:心律失常、心搏骤停。

【护理措施】

1. 恢复血清 K^+ 水平 ①指导病人停用含钾药物,避免进食含钾高的食物 ②遵医嘱用药以促进

PDF

手机扫描王

笔记

手消毒剂的取液量、揉搓时间及使用方法应遵循产品的使用说明。

2. 刷手消毒方法(不建议常规使用) ①清洁洗手:用肥皂液或洗手液清洗双手及手臂,流动水冲洗净。②刷手:取无菌手刷,蘸取适量洗手液或外科手消毒液,刷洗双手、前臂和上臂下1/3,时间约3分钟(根据洗手液说明)。刷时稍用力,先刷甲缘、甲沟、指蹼,再由拇指桡侧开始,渐次到指背、尺侧、掌侧,依次刷完双手手指。然后再分段交替刷左右手掌、手背、前臂至肘上。刷手时要注意勿漏刷指间、腕部尺侧和肘窝部。用流动水自指尖至肘部冲洗,不要在水中来回移动手臂。用无菌巾从手至肘上依次擦干,不可再向手部回擦。拿无菌巾的手不要触碰已擦过皮肤的巾面。同时还要注意无菌巾不要擦拭未经刷过的皮肤。同法擦干另一手臂。保持拱手姿势,自然干燥。双手不能下垂,也不能接触未经消毒的物品。



视频:外科
手消毒

三、穿无菌手术衣及戴手套

(一) 穿无菌手术衣法

1. 传统对开式手术衣穿法 ①手臂消毒后,双手提起衣领两端,将手术衣抖开,再轻轻向前上方抛起,双手顺势插入衣袖中,双臂向前伸直;②巡回护士从身后牵拉手术衣,系好领口带;③穿上手术衣后,双手交叉,用手指夹起衣带,由巡回护士从身后接取并系紧;④穿手术衣时,不得用未戴手套的手拉衣袖或接触其他处,以免污染(图6-12)。

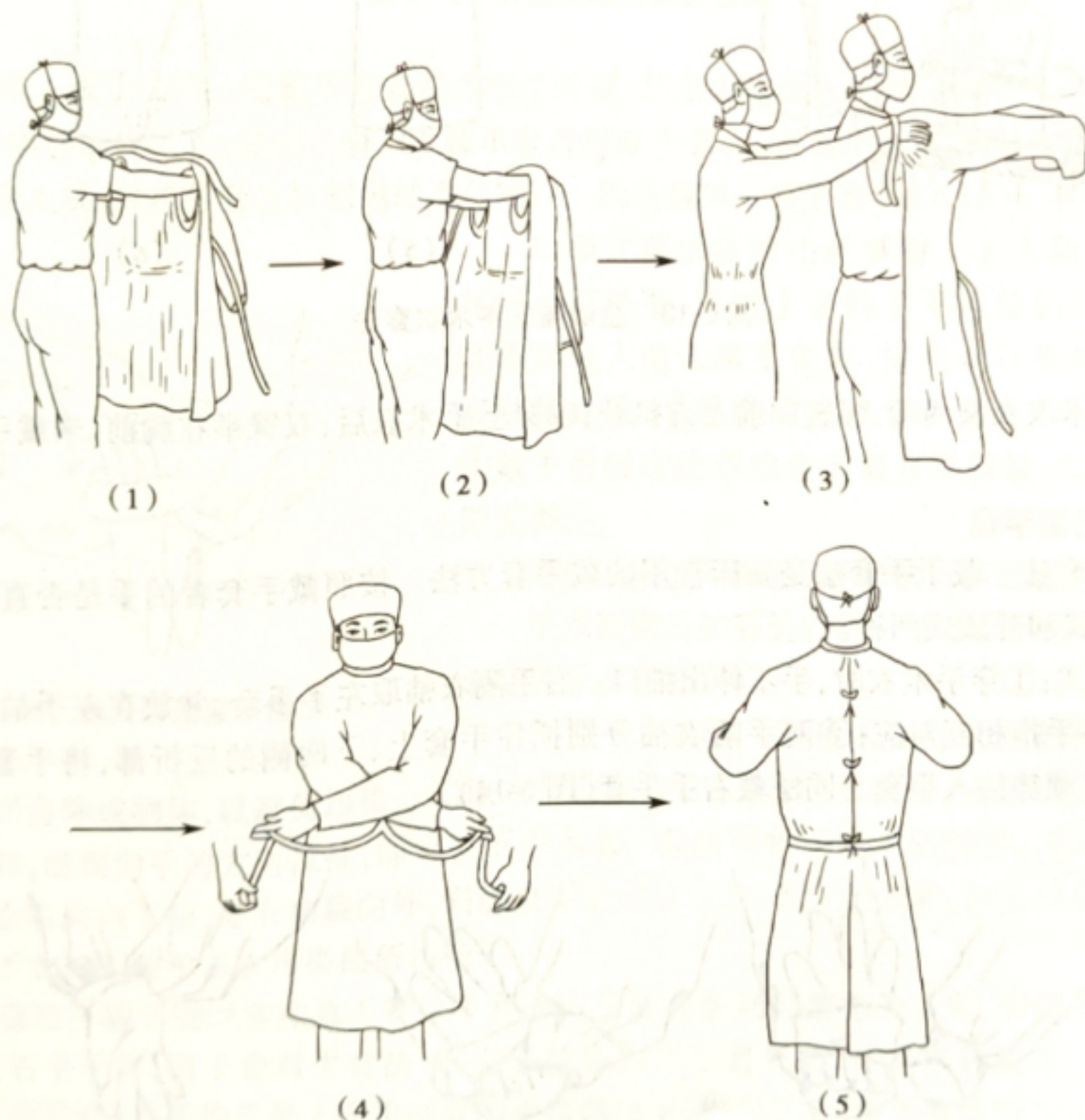


图6-12 传统对开式手术衣穿法

2. 全遮盖式手术衣穿法 ①取手术衣,双手插入衣袖,将手术衣展开;②双手向前伸直,伸出衣袖,由巡回护士在身后提拉手术衣,系好领口带和内片腰带;③戴好无菌手套;④解开腰带结递给已戴好无菌手套的医生或护士,或用手套纸包好递给巡回护士,或由巡回护士用无菌持物钳夹持,原地旋转一周后使手术衣的外片遮盖住内片,接过腰带系于腰间(图6-13)。

3. 穿手术衣的注意事项 ①取手术衣时,双臂应伸直,以免手术衣无菌面与手接触而被污染;②穿手术衣时应与周围的人和物体保持一定距离,以免衣服展开时被污染;③穿手术衣之前,应先

PDF

手机扫描王

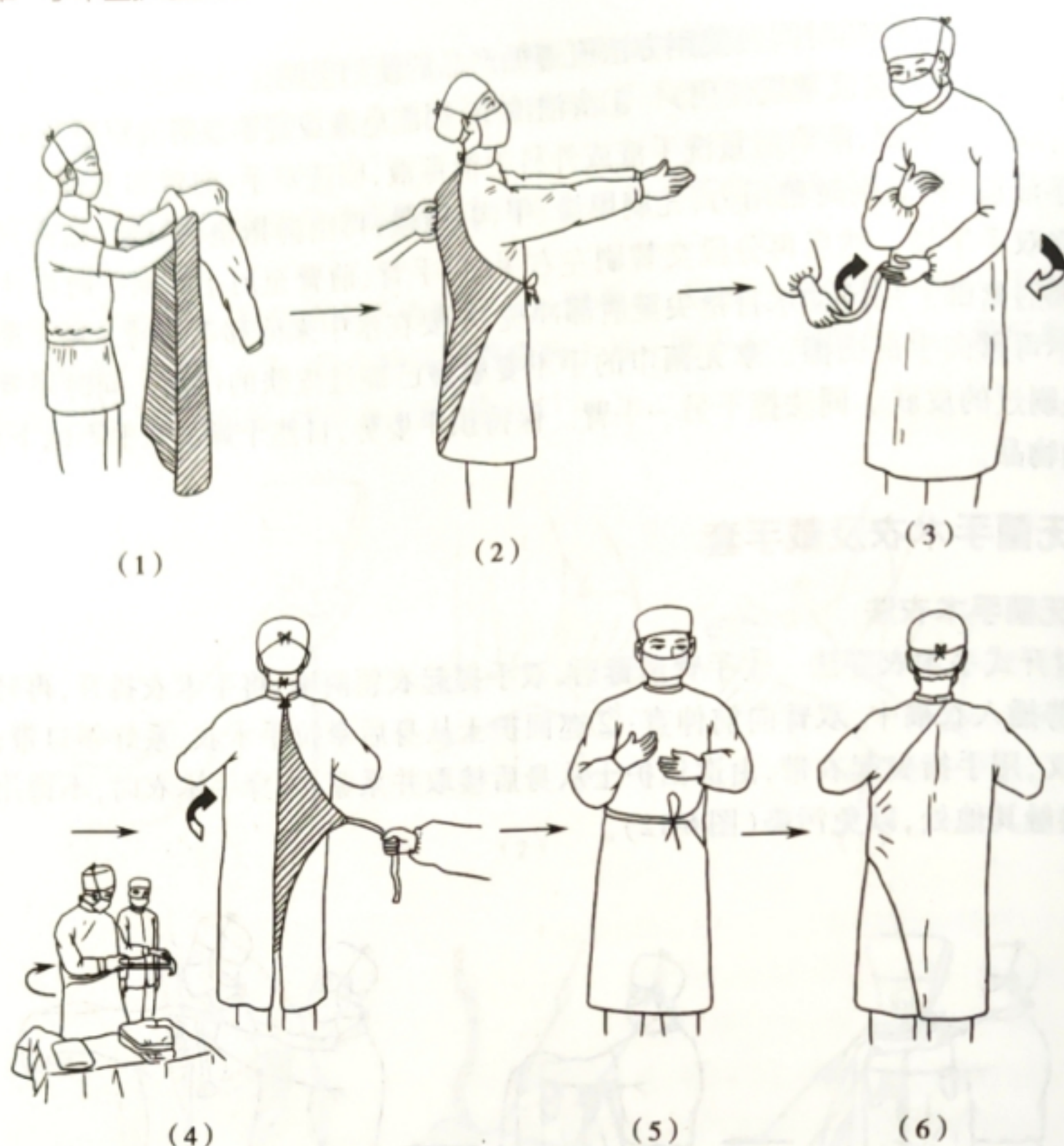


图 6-13 全遮盖式手术衣穿法

用双手提起手术衣衣领两端,轻轻向前上方抖开;④穿上手术衣后,双臂举在胸前,未戴手套的手不得触及手术衣。

(二) 戴无菌手套

1. 戴干手套法 戴干手套法是临床常用的戴手套方法。按照戴手套者的手是否直接接触手套,又可分为闭合式和开放式两种。

(1) 闭合式:①穿手术衣时,手不伸出袖口。右手隔衣袖取左手手套,并放在左手袖口上,手套指尖朝向手臂,各手指相互对应;②两手隔衣袖分别抓住手套上、下两侧的反折部,将手套翻套于袖口上,手伸出袖口顺势插入手套。同法戴右手手套(图 6-14)。

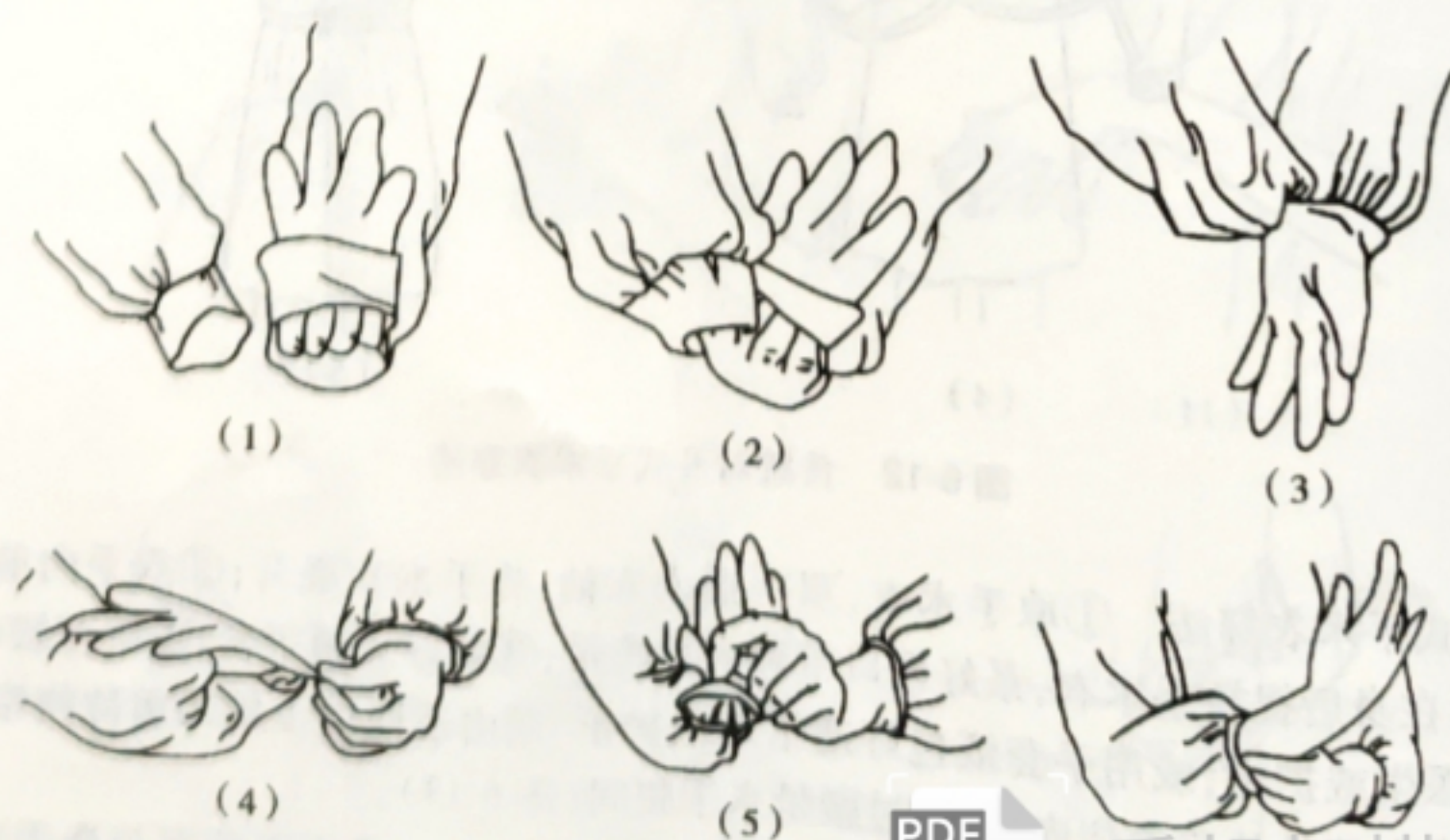


图 6-14 闭合式戴无菌手套



组图:手术
衣折叠方法

笔记

(2) 开放式:①左手捏住右手手套反折部,右手伸入手套戴好;②已戴上手套的右手拇指外展,其余4指伸入左手手套反折部的内面(即手套的无菌面),左手插入手套并戴好,注意右手拇指不要触及左手手套反折部;③将一手拇指外展,其余4指伸入对侧手套反折部,将其翻转并套在手术衣袖口外。干手套戴好后,要用无菌生理盐水冲洗手套外面的滑石粉,同时检查手套有无破损,如发现有水渗入手套里面,必须立即更换(图6-15)。



图6-15 开放式戴无菌手套法

2. 协助他人戴手套法 已戴手套者双手拇指外展,其余手指插入手套反折部内面,使手套拇指朝向外上方,小指朝向内下方,撑开手套。被戴手套者对准手套,五指稍用力向下伸入手套,已戴手套者将手套同时向上提,并将手套反折部翻转套住袖口。同法戴另一只手套(图6-16)。

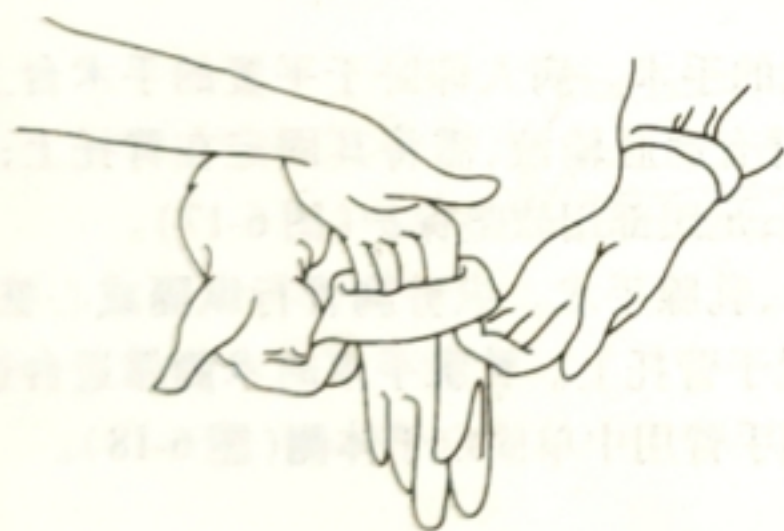


图6-16 他人协助戴手套法

3. 戴无菌手套的注意事项 ①未戴手套的手不能接触手套外面,已戴手套的手不能接触未戴手套的手;②协助他人戴无菌手套时,应先自行戴好手套,并避免接触其皮肤;③手套的上口要严密地套在手术衣袖外;④戴手套时应注意检查手套有无破损,如有破损必须立即更换。

(三) 连台手术更换手术衣、手套法

手术结束后如需进行另一手术,必须在巡回护士协助下更换手术衣和手套。

1. 脱手术衣法 脱手术衣时应注意不要让手术衣的污染面接触到身体或物体,以避免污染。①他人帮助脱衣法:术者双手抱肘,由巡回护士将手术衣肩部向肘部翻转,继而向手的方向拉扯,即可脱下手术衣。此法可将手套一同脱掉。②个人脱衣法:左手抓住手术衣右肩向下拉,使衣袖翻向外,同法拉下手术衣左肩,脱下手术衣,使衣里外翻。此法可保护手臂及洗手衣裤不被手术衣污染面所污染。

2. 脱手套法 脱手套时应注意不要让手套的污染面接触到已消毒的手臂,否则要重新洗手。方法为:先除去右手手套,用手套对手套法,即左手抓取右手手套外面,使其翻转脱下。再除去左手手套,用皮肤对皮肤法,右手拇指伸入左手手套的手掌部以下,提起手套,使其翻转脱下。

无菌性手术完毕,如果手套未破,在需连续施行另一手术时可不用重新刷手。在巡回护士的协助下先脱手术衣再脱手套,注意皮肤不与手术衣、手套的外面接触。用酒精泡手5分钟,或用0.5%的碘附擦手和前臂3分钟。然后再穿上无菌手术衣,戴上无菌手套,进行下一台手术。若前一台手术为污染手术,则应重新洗手。



视频:全遮盖式手术衣穿法及无接触式戴手套



手机扫描王

(4) 十二指肠残端破裂:是毕Ⅱ式胃切除术后早期最严重的并发症。临床表现为突发上腹部剧痛,发热、腹膜刺激征及白细胞计数增加,腹腔穿刺可有胆汁样液体。一旦诊断,应立即手术治疗。

(5) 术后梗阻:包括吻合口梗阻和输入袢梗阻、输出袢梗阻,后两者见于毕Ⅱ式胃切除术后。

①输入袢梗阻:有急、慢性两种类型。急性输入袢梗阻表现为上腹部剧烈疼痛、呕吐伴上腹部压痛,呕吐物量少,多不含胆汁,上腹部有时可扪及包块。急性完全性输入袢梗阻属于闭袢性肠梗阻易发生肠绞窄,病情不缓解者应行手术解除梗阻。慢性不完全性输入袢梗阻,也称“输入袢综合征”,表现为餐后半小时左右上腹胀痛或绞痛,伴大量呕吐,呕吐物为胆汁,几乎不含食物,呕吐后症状缓解。不完全性输入袢梗阻应采取保守治疗,包括:禁食、胃肠减压、营养支持等方法。若无缓解,可行手术治疗。②输出袢梗阻:病人表现为上腹部饱胀、呕吐含胆汁的胃内容物。钡餐检查可明确梗阻部位。若保守治疗无效,应行手术治疗。③吻合口梗阻:吻合口过小或吻合口的胃壁或肠壁内翻太多,或因术后吻合口炎症水肿出现暂时性梗阻。若非手术治疗无效,应行手术解除梗阻。

7. 远期并发症的观察和护理

(1) 倾倒综合征:根据症状出现的早晚而分两种类型。①早期倾倒综合征:多于进食后30分钟内,病人出现心悸、心动过速、出汗、无力、面色苍白等表现,伴有恶心、呕吐、腹部绞痛、腹泻等消化道症状。多数病人经调整饮食后,症状能减轻或消失。处理方法:少量多餐,避免过甜、过咸、过浓流质食物,宜进食低碳水化合物、高蛋白饮食。进餐时限制饮水。进餐后平卧10~20分钟。饮食调整后症状不缓解,应用生长抑素治疗。手术治疗应慎重。②晚期倾倒综合征:又称低血糖综合征。病人表现为餐后2~4小时出现头晕、心慌、无力、出冷汗、脉细弱甚至晕厥,也可导致虚脱。处理方法:饮食调整、食物中加入果胶延缓碳水化合物吸收等措施,症状即可缓解。症状严重者,可应用生长抑素奥曲肽0.1mg皮下注射,每日3次,能改善症状。

(2) 碱性反流性胃炎:病人表现为上腹或胸骨后烧灼痛、呕吐胆汁样液体及体重减轻。抑酸剂治疗无效,较顽固。一般应用胃黏膜保护剂、胃动力药及胆汁酸结合药物。症状严重者,应考虑手术治疗。

(3) 溃疡复发:病人再次出现溃疡病症状、腹痛、出血等症状。可采取保守治疗,无效者可再次手术。

(4) 营养性并发症:病人表现为体重减轻、营养不良、贫血等症状。病人应调节饮食,给予高蛋白、低脂饮食,补充铁剂和丰富的维生素。饮食调整结合药物治疗,营养状况可改善。

(5) 残胃癌:胃十二指肠溃疡病人行胃大部切除术后5年以上,残留胃发生的原发癌,好发于术后20~25年。病人表现为上腹部疼痛不适、进食后饱胀、消瘦、贫血等症状,纤维胃镜可明确诊断。

(三) 健康指导

1. 用药指导 遵医嘱指导病人服用药物时间、方法、剂量及药物副作用。避免服用对胃黏膜有损害性的药物,如阿司匹林、吲哚美辛、皮质类固醇等药物。

2. 饮食指导 告诉病人术后一年内胃容量受限,饮食应定时、定量,少量多餐,营养丰富,逐步过渡为正常饮食。少食腌、熏制食品,避免进食过冷、过硬、过烫、过辣及油煎炸的食物。

3. 出院指导 告知病人出院后注意休息、避免过劳,保持乐观的情绪,同时劝告病人放弃喝酒、吸烟等对身体有危害性的不良习惯。告知病人及家属有关手术后期可能出现的并发症的相关知识。

【护理评价】

通过治疗和护理,病人是否:①疼痛减轻或缓解;②体液维持平衡,生命体征平稳;③营养状况得以改善;④焦虑/恐惧减轻或缓解,情绪稳定;⑤未发生并发症,或发生时被及时发现和处理。

第二节 胃癌病人的护理

情景导入

情景描述:

郭先生,65岁。1年前开始自觉体力下降,做家务时耐力降低,近半年自感消瘦,体重下降了3kg左右。体格检查:T 36.7℃,P 68次/分,R 17次/分,BP 92/64mmHg,神志清,胃镜示胃窦可见

一不规则溃疡型病灶,病理示低分化腺癌。

请思考:

1. 该病人目前主要护理问题是什么?
2. 病人术前应做哪些准备?

胃癌(carcinoma of stomach)是我国最常见的恶性肿瘤之一。死亡率居恶性肿瘤第二位。胃癌多见于男性,男女发病率之比为2:1,好发年龄在50岁以上。

【病因和病理】

(一) 病因

胃癌的确切病因尚未完全清楚,目前认为与下列因素有关:

1. **地域环境** 胃癌发病有明显的地域性差别。发病率最高和最低国家之间相差可达数十倍。在世界范围内,日本发病率最高,美国则很低。我国的西北部和东南沿海各省的胃癌发病率远高于南方和西南各省。生活在美国的第二、三代日本移民由于地域环境的改变,发病率逐渐降低。而俄罗斯靠近日本海地区的居民胃癌的发病率则是其中、西部的两倍之多。

2. **饮食因素** 是胃癌发生的最主要原因。途径如下:①含有致癌物:如亚硝胺类化合物、真菌毒素、多环烃类等;②含有致癌物前体:如亚硝酸盐,经体内代谢后可转变成强致癌物亚硝胺;③含有促癌物:如长期高盐饮食破坏了胃黏膜的保护层,是致癌物直接与胃黏膜接触。

3. **幽门螺杆菌感染** 幽门螺杆菌(HP)感染是引发胃癌的主要因素之一。我国胃癌高发区成人HP感染率在60%以上,较低发区成人HP感染率明显高。

4. **癌前疾病和癌前病变** 胃的癌前疾病指的是是一些发生胃癌危险性明显增加的临床情况,如慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、残胃等。胃的癌前病变指的是容易发生癌变的胃黏膜病理组织学变化,但其本身尚不具备恶性改变。是从良性上皮组织转变成癌过程中的交界性病理变化,如胃黏膜上皮的异型增生。

5. **遗传和基因** 遗传与分子生物学研究显示,有血缘关系的胃癌病人的亲属其胃癌发病率比对照组高4倍。近期资料显示胃癌与癌基因、抑癌基因、凋亡相关基因及转移相关基因等改变有关。

(二) 病理

1. 大体分型

(1) **早期胃癌**:指病变仅限于黏膜和黏膜下层,而不论病变的范围和有无淋巴结转移。早期胃癌根据病灶形态分三型:I型隆起型,癌灶突出于胃腔。II型浅表型,癌灶较平坦,没有明显的隆起与凹陷;II型还有三个亚型:IIa浅表隆起型、IIb浅表平坦型和IIc浅表凹陷型。III型凹陷型,较深的溃疡。早期胃癌多发生于胃的中下部,贲门部较少见。

(2) **进展期胃癌**:指病变深度已超过黏膜下层侵入胃壁肌层,为中期胃癌;病灶达浆膜下层或超过浆膜向外浸润至邻近脏器或有转移,为晚期胃癌。中、晚期胃癌统称为进展期胃癌。国际按Borrmann分型法分为四型:I型(结节型):边界清楚且突入胃腔的块状肿块;II型(溃疡局限型):边界清楚、略隆起的溃疡状癌灶;III型(溃疡浸润型):边缘模糊不清楚的浸润性溃疡状癌灶;IV型(弥漫浸润型):癌组织沿胃壁各层全周性浸润生长而致边界不清。若全胃受累胃腔缩窄、胃壁僵硬如革囊状,称为皮革胃,此型恶性程度最高,转移较早,预后最差。

2. **组织类型** 世界卫生组织(1990年)将胃癌归类为上皮性肿瘤和类癌两种。其中前者又包括:①腺癌(包括乳头状腺癌、管状腺癌、未分化腺癌、黏液腺癌和印戒细胞癌);②腺鳞癌;③鳞状细胞癌;④未分化癌;⑤不能分类的癌。

3. **转移扩散途径** ①直接浸润:是胃癌主要的扩散方式之一;②淋巴转移:是胃癌的主要转移途径;③血行转移:常发生于晚期胃癌,常见转移的器官有肝、肺、胰、骨骼等处,以肝转移最常见;④种植转移。

【护理评估】

(一) 健康史

了解病人的年龄、性别、职业及饮食习惯等;了解病人发病、治疗及用药等情况。了解病人既

往是否有溃疡病史及胃手术病史等。

（二）身体状况

1. 症状 早期胃癌多无明显症状,少数病人有类似溃疡病的上消化道症状,无特异性,故早期胃癌诊断率低。进展期胃癌最常见的临床症状是疼痛和体重减轻,病人常有明显的上消化道症状,如上腹部不适、进食后饱胀,因病情发展而上腹部疼痛加重,食欲减退、乏力、消瘦,部分病人伴恶心、呕吐。晚期胃癌病人常出现贫血、消瘦、营养不良甚至恶病质等表现。此外,因肿瘤的部位不同而有特殊表现。贲门胃底癌可有胸骨后疼痛和进行性吞咽困难;幽门附近的胃癌有幽门梗阻表现;肿瘤破坏血管后可有呕血、黑便等上消化道出血症状。

2. 体征 早期病人多无明显体征。上腹部深压痛可能是唯一值得注意的体征。晚期病人可能出现:上腹部肿块、左锁骨上淋巴结肿大、直肠指诊在直肠前凹触到肿块、腹水等。

（三）辅助检查

1. 实验室检查 血常规可有贫血表现,大便隐血试验可呈持续性阳性,胃液分析进展期胃癌病人表现为无酸或低胃酸分泌。

2. X线钡餐检查 早期胃癌常需借助于气钡双重对比造影检查,主要为黏膜相异常。进展期胃癌与大体分型基本一致。即表现为肿块、溃疡或弥漫浸润3种影像。

3. 纤维胃镜检查 直接观察胃黏膜病变的部位和范围,并可获取病变组织做病理学检查,为目前最可靠的诊断手段。早期胃癌可呈现一片色泽灰暗的黏膜,或局部黏膜粗糙不平呈颗粒状;进展期胃癌可表现为凹凸不平、表面污秽的肿块,或不规则的较大溃疡,常见渗血及溃烂。



图片:胃癌的纤维胃镜表现

（四）心理-社会状况

病人面对胃癌对生命的威胁、不确定的疾病预后、各种复杂而痛苦的治疗等问题所产生的心理反应,如焦虑程度,能否很好地应对;家庭经济与社会支持情况;病人对疾病及拟采取的治疗方式及术后康复锻炼知识的了解和掌握程度;亲属尤其是配偶对本病及其治疗、疾病预后的认知程度及心理承受能力。

（五）处理原则

早期胃癌无特异性症状,病人就诊率低。为提高早期胃癌诊断率,对于有胃癌家族史或既往有胃病史的人群定期检查。对于下列人群应作胃的相关检查:40岁以上有上消化道症状而无胆道疾病者;原因不明的消化道慢性失血者;短期内体重明显减轻,食欲减退者。治疗方法以手术治疗为主的综合治疗。

1. 手术治疗 胃癌手术治疗可分为根治性手术和姑息性手术两类。

2. 其他治疗 ①全身治疗:包括化疗、生物免疫治疗、中医中药治疗等;②局部治疗:包括放疗、腹腔灌注疗法、动脉介入治疗等。化疗用于根治性手术的术前、术中和术后,可延长生存期。晚期胃癌应用适量化疗,可缓解癌肿的发展速度,改善症状,有一定的近期效果。可采用全身化疗、腹腔灌注化疗、动脉介入治疗等。

【常见护理诊断/问题】

1. 疼痛 与癌症及手术创伤有关。
2. 营养失调:低于机体需要量 与摄入不足及消耗增加有关。
3. 焦虑/恐惧 与环境改变、担心手术及胃癌预后有关。
4. 潜在并发症:出血、感染、吻合口破裂或瘘、术后梗阻、倾倒综合征等。

【护理措施】

（一）术前护理

1. 改善营养 病人应少量多餐,进食高蛋白、高热量、富含维生素、易消化的食物。营养状态差的病人,术前应予以纠正,必要时静脉补充血浆或全血,以提高手术的耐受力。术前1日进流质饮食。
2. 术前准备 协助病人做好术前各种检查及手术前常规准备。
3. 心理护理 根据病人情况做好安慰工作,真实而巧妙地回答病人提出的问题。解释相关的疾病和手术的知识。

（二）术后护理

1. 体位与活动 病人全麻清醒后,血压平稳后取低半卧位。病人卧床期间,

PDF

手机扫描王

笔记

允许者,鼓励病人早期活动。

2. 饮食护理 术后暂禁食,禁食期间,遵医嘱静脉补充液体,维持水、电解质平衡并提高必要营养素;准确记录 24 小时出入水量,以便保证合理补液;若病人营养状况差或贫血,应补充血浆或全血。拔除胃管后由试验饮水或米汤,逐渐过渡到半量流质饮食、全量流质饮食、半流质饮食、软食至正常饮食。

3. 病情观察 监测生命体征,每 30 分钟 1 次,病情平稳后延长间隔时间。

4. 胃管与引流管的护理 保持管道通畅,妥善固定胃肠减压管和引流管,防止脱出;观察并记录胃管和引流管引流液体的颜色、性质和量。

5. 疼痛护理 根据病人疼痛情况,适当应用止痛药物。

6. 并发症的观察和护理 胃手术后主要并发症有:出血、胃排空障碍、吻合口破裂或瘘、十二指肠残端破裂和术后梗阻。

(三) 健康指导

1. 知识宣教 向病人及家属讲解有关疾病康复知识,学会自我调节情绪,保持乐观态度,坚持综合治疗。

2. 饮食指导 指导病人饮食,应定时定量,少量多餐,营养丰富,逐步过渡为正常饮食。少食腌、熏制食品,避免进食过冷、过硬、过烫、过辣及油煎炸的食物。

3. 并发症预防指导 告知病人及家属有关手术后期可能出现的并发症的表现。

4. 出院指导 告知病人注意休息、避免过劳,同时劝告病人放弃喝酒、吸烟等对身体有危害性的不良习惯。向病人及家属讲解化疗的必要性和副作用。定期门诊随访,若有不适及时就诊。

(赵慧华)

思考题

1. 何女士,31 岁。自述 1 年前出现胃部间断不适(约 1 个月一次),嗝气并伴有饥饿感,进食后缓解。间断自服奥美拉唑,服后症状缓解,1 个月前至医院行胃镜示胃窦黏膜不规则隆起新生物,表面白苔附着,病理显示低分化腺癌。拟“胃癌”收治入院。建议手术治疗。

请问:病人术前护理应包括哪些?

2. 蓝女士,31 岁,有胃十二指肠溃疡病史。昨夜晚餐后感到上腹不适,今晨 2 点起中上腹绞痛,不伴恶心、呕血、黑便、少尿等症状,今日 14 点感觉疼痛加重,伴腹胀。行相关检查后,拟以“消化道穿孔”收治入院,行手术治疗。

请问:术后应如何对病人进行饮食指导?

3. 莫先生,60 岁。5 个月前无明显诱因出现餐后中上腹饱胀不适,伴有嗝气,无腹痛、反酸、恶心等不适。未进行规律治疗。1 月前,病人体检发现癌胚抗原明显升高,行胃镜提示:胃角 MT。病理提示(胃角)腺癌。为行手术治疗,以“胃恶性肿瘤”收治入院。

请问:如何对病人进行术后胃出血的观察和护理?



思路解析



扫一扫,测一测