

第四章 消化系统疾病患者的护理



消化系统疾病是指食管、胃、肠、肝、胆囊、胰腺、腹膜等器官的实质性或功能性疾病。消化系统的主要功能是食物的摄入、消化、吸收，维持身体营养；排泄食物残渣、代谢有害物质，保证内环境的稳定；免疫功能；肝是体内物质代谢最重要的器官。

第一节 胃炎患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记急、慢性胃炎的概念。
2. 说出胃炎的病因、辅助检查。

◆ 理解

解释胃炎的临床表现及治疗原则。

◆ 运用

应用所学知识对胃炎患者实施饮食及药物护理。

胃炎 (gastritis) 是由多种病因引起的胃黏膜炎性病变，是最常见的消化系统疾病之一。按临床发病的急缓和病程的长短分为急性胃炎和慢性胃炎。

一、急性胃炎患者的护理

急性胃炎 (acute gastritis) 也称糜烂性胃炎、出血性胃炎、急性胃黏膜病变，是由多种病因引起的胃黏膜急性炎症。常表现为上腹部不适。胃镜检查可见胃黏膜充血、水肿、出血和糜烂，伴有浅表性溃疡等一过性改变。

【病因与发病机制】

1. 急性应激 如大手术、大面积烧伤、重要脏器衰竭、休克等，可致胃酸分泌增加，大量氢离子反渗，损伤血管和黏膜；也可致胃黏膜微循环障碍、缺氧、黏液分泌减少，局部前列腺素合成不足，屏障功能损害，引起糜烂和出血。严重者可导致大出血或发生急性溃疡，称为“应激性溃疡”。Curling 溃疡 (柯林溃疡)，是指中度、重度烧伤后继发的应激性溃疡，溃疡可见于食管、胃与十二指肠。Cushing 溃疡 (库欣溃疡)，是指在颅脑损伤、脑病变或颅内手术





后发生的应激性溃疡，溃疡可见于食管、胃与十二指肠。

2. 药物 非甾体抗炎药（nonsteroidal antiinflammatory drugs, NSAIDs），如阿司匹林、吲哚美辛等可干扰胃十二指肠黏膜内前列腺素合成，使黏膜细胞因失去前列腺素的保护作用而发生出血、糜烂；肾上腺皮质激素、某些抗肿瘤药、口服氯化钾和铁剂等可直接损伤胃黏膜上皮细胞。

3. 乙醇 乙醇具有亲脂性和溶脂能力，高浓度乙醇可直接破坏黏膜屏障。

4. 其他 创伤和物理因素、十二指肠-胃反流、胃黏膜血液循环障碍等因素均可导致急性胃炎的发生。

【临床表现】

多数症状轻微或无症状，或症状被原发病所掩盖。少数患者有上腹部不适、腹胀、恶心、呕吐等消化道症状。急性应激或药物引起者多以突发呕血和黑便为主，出血量不多时可自行停止。急性期可有上腹轻压痛。

【辅助检查】

1. 胃镜检查 确诊依靠胃镜检查，宜在急性出血后 24 ~ 48h 进行。可确定出血的部位和病变程度，并可采取镜下直视止血。

2. 大便检查 大便隐血试验可为阳性。

【治疗要点】

1. 积极治疗原发病，如急性应激引起的胃炎要积极治疗原发疾病，消除应激因素，常规应用 H₂ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂，或用胃黏膜保护药。

2. 停用损伤胃黏膜的药物，服用抗酸药。

3. 出现消化道大出血时及时处理，详见本章第九节“上消化道大量出血患者的护理”。

4. 呕吐明显，不能进食者需静脉补液，补充水、电解质。

5. 明确为细菌感染者需应用抗菌药物治疗。

【护理诊断/问题】

1. 知识缺乏 缺乏胃炎的病因及预防保健知识。

2. 潜在并发症：上消化道大出血。

【护理措施】

1. 休息与体位 为患者提供良好的生活环境，应注意休息，减少活动，保证充足的睡眠。急性应激导致出血的患者嘱其卧床休息，避免病情加重。

2. 饮食护理 注意饮食卫生，少量多餐，给予少渣、温凉易消化的半流质饮食。少量出血可给予牛奶、米汤等流质饮食以中和胃酸，利于胃黏膜修复；出血量大或频繁呕吐的患者应暂禁食。

3. 病情观察 观察上腹部不适、恶心、呕吐等症状是否缓解，观察患者呕吐物和大便的颜色、量以便了解有无上消化道出血。合并上消化道出血的患者要注意生命体征的监测。

4. 对症护理 针对腹痛、呕血、黑便采取相应护理措施，详见本章第二节“消化性溃疡患者的护理”和第九节“上消化道大量出血患者的护理”。

5. 用药护理 按医嘱给予镇痛、抗酸药，注意观察药物不良反应。

6. 心理护理 并发上消化道出血的患者应加强心理护理，耐心解释病情，消除思想顾虑；告知患者保持轻松愉快的心情，有利于促进疾病康复；鼓励患者积极配合治疗。

【健康指导】

1. 向患者及其家属讲解急性胃炎的病因、诱因等相关知识，避免使用非甾体类抗炎药，必须使用时要应用抗酸药和胃黏膜保护药。

2. 介绍预防方法和自我护理措施，注意饮食卫生，规律进食，少用或不用过冷、过热、





刺激性食物，控制饮酒，防止损伤胃黏膜。

3. 嘱患者定期门诊复查，如有疼痛持续不缓解、排黑便等应立即到医院检查。

二、慢性胃炎患者的护理

慢性胃炎 (chronic gastritis) 指各种病因所致胃黏膜的慢性非特异性炎症。我国目前采用国际上新悉尼系统的分类方法，根据病理组织学改变和病变部位，结合可能病因，将慢性胃炎分为非萎缩性 (既往称浅表性, non-atrophic)、萎缩性 (atrophic)、特殊类型 (special forms) 三大类。慢性非萎缩性胃炎是指不伴有黏膜萎缩、病变仅局限于黏膜层，以淋巴细胞和浆细胞的黏膜浸润为主，幽门螺杆菌感染是主要病因。慢性萎缩性胃炎是指胃黏膜发生萎缩性改变，常伴有肠上皮化生。慢性萎缩性胃炎又分为多灶萎缩性胃炎和自身免疫性胃炎两大类。

【病因与发病机制】

1. 幽门螺杆菌 (helicobacter pylori, Hp) 感染 Hp 感染是慢性胃炎的主要病因。其机制是：①幽门螺杆菌具有鞭毛结构，可在胃内黏液层中自由活动，并依靠其黏附素与胃黏膜上皮细胞紧密接触，直接侵袭胃黏膜；②幽门螺杆菌分泌的尿素酶能分解尿素产生 NH_3 ，中和胃酸，形成有利于幽门螺杆菌定居和繁殖的中性环境，同时损伤上皮细胞膜；③幽门螺杆菌能产生细胞毒素使上皮细胞空泡变性，造成黏膜损害和炎症；④幽门螺杆菌的菌体胞壁还可作为抗原诱导自身免疫反应，后者损伤胃上皮细胞。

2. 自身免疫 自身免疫性胃炎病变以富含壁细胞的胃体黏膜萎缩为主。壁细胞可分泌盐酸和内因子。内因子与食物中的维生素 B_{12} (外因子) 结合形成复合物，使之不能被消化，到达回肠后，维生素 B_{12} 得以吸收。壁细胞受损后能作为自身抗原刺激机体产生相应的壁细胞抗体和内因子抗体，破坏壁细胞，使之数量减少，导致胃酸分泌减少，内因子不能发挥正常功能，并影响维生素 B_{12} 吸收，从而产生恶性贫血。

3. 饮食和环境因素 研究发现，饮食中高盐和缺乏新鲜蔬菜水果与胃黏膜萎缩、肠化生及胃癌的发生密切相关。

4. 其他因素 长期饮浓茶、咖啡，进食过热、过冷、粗糙食物，长期服用 NSAIDs、酗酒、肠液反流至胃等，均会破坏胃黏膜屏障，损伤胃黏膜。



知识链接

1979年4月，澳大利亚珀斯皇家医院病理学医师 Warren 在慢性胃炎患者的胃窦黏膜组织切片上意外观察到一种弯曲状细菌，并且发现这种细菌邻近的胃黏膜总是有炎症存在。1981年，消化科临床医师 Marshall 与 Warren 合作，证明这种细菌的存在确实与胃炎相关。1982年4月，Marshall 终于从胃黏膜活检样本中成功培养和分离出了这种细菌。Marshall 和另一位医师 Morris 为了证明这种细菌的致病性，自愿进行了服食细菌的人体试验，并都发生了胃炎。2005年度诺贝尔生理学或医学奖授予这两位科学家以表彰他们发现了幽门螺杆菌及这种细菌在胃炎和胃溃疡等疾病中的作用。

【临床表现】

病程迁延，进展缓慢，症状缺乏特异性。部分患者有上腹疼痛、食欲减退、腹胀、嗝气、恶心等。症状常与进食或食物种类有关。自身免疫性胃炎可伴有恶性贫血，体重减轻。一般无明显体征，少数患者可见舌苔黄白色厚腻、舌乳头萎缩、上腹部有轻度压痛等。





【辅助检查】

1. 胃镜及活组织检查 为最可靠的确诊方法，可通过活检确定胃炎类型。由于慢性胃炎病变可呈灶性分布，活检应多部位取材。

2. 幽门螺杆菌检查

(1) 侵入性方法：包括活检标本快速尿素酶实验、细菌培养、胃黏膜组织切片染色镜检及细菌培养。

(2) 非侵入性方法：常用¹³C或¹⁴C尿素呼气实验，敏感度和特异度均较高，为Hp检测的“金指标”方法之一，目前被广泛应用。

3. 血清学检查 自身免疫性胃炎时血清促胃泌素含量明显升高，血清抗壁细胞抗体和内因子抗体均可测得，维生素B₁₂水平降低。多灶萎缩性胃炎血清促胃泌素正常或偏低，血清抗壁细胞抗体滴度低。

【治疗要点】

1. 根除幽门螺杆菌 对于幽门螺杆菌引起的慢性胃炎是否应常规根除幽门螺杆菌尚缺乏统一意见。根据2006年中国慢性胃炎共识意见，根除幽门螺杆菌的治疗特别适用于：①伴有胃黏膜糜烂、中度至重度萎缩及肠化生、异型增生者；②有消化不良症状者；③有胃癌家族史者。目前常用方案：一种胶体铋剂（枸橼酸铋钾）或一种质子泵抑制剂（奥美拉唑、兰索拉唑等）加两种抗生素（阿莫西林、甲硝唑、克拉霉素、呋喃唑酮等），疗程7~14天。由于各地抗生素耐药情况不同，抗生素及疗程的选择依当地耐药情况而定。

2. 自身免疫性胃炎治疗 目前无特异治疗，给予维生素B₁₂治疗恶性贫血。

3. 异型增生的治疗 异型增生是胃癌的癌前病变，应高度重视。轻度异型增生的关键是定期随访。重度异型增生宜行预防性手术。

4. 消化不良症状的治疗 给予抑酸或抗酸药、促胃肠动力药、胃黏膜保护药等经验性治疗。

【护理诊断/问题】

1. 疼痛：腹痛 与胃黏膜慢性炎症有关。

2. 营养失调：低于机体需要量 与食欲不振、消化吸收不良有关。

3. 活动无耐力 与自身免疫性胃炎致恶性贫血有关。

4. 知识缺乏 缺乏对慢性胃炎病因和防治知识的了解。

【护理措施】

1. 休息与体位 慢性胃炎急性发作时患者需卧床休息，恢复期患者生活要有规律，避免过度劳累，注意劳逸结合。

2. 饮食护理

(1) 饮食原则：鼓励患者养成良好的进食习惯，少量多餐、定时定量、细嚼慢咽，避免摄入粗糙、过咸、过甜、过辣的刺激性食物和饮料；戒烟酒。

(2) 食物计划：向患者说明摄取足够营养素的重要性，与患者共同制订饮食计划，指导患者及其家属改善烹饪技术，粗粮细做，软硬适中，使食物色、香、味俱全，增进患者食欲。

(3) 饮食选择：以高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食为主。根据病情选择适宜的食物，如胃酸缺乏的患者食物应完全煮熟后食用，以利于消化吸收，并给予刺激胃酸分泌的食物如肉汤、鸡汤等，或酌情食用酸性食物如山楂、食醋等；高胃酸者应避免进食酸性及多脂肪食物，可用牛奶、菜泥、面包等，口味要清淡，少盐。

3. 病情观察 观察用药前后患者临床症状是否改善；密切观察腹痛的部位、性质等有无改变；如果疼痛性质突然发生改变，且经一般对症处理疼痛不仅不能减轻，反而加重，需警惕某些并发症的出现；观察患者每天进食的数量并定期测体重。

4. 对症护理 分散注意力，缓解紧张情绪可减轻疼痛；用热水袋热敷上腹部，以解除痉





挛，缓解疼痛；借助中医针灸疗法缓解疼痛。详见本章第二节“消化性溃疡患者的护理”。

5. 用药护理 多潘立酮的不良反应较少，偶可引起惊厥、肌肉震颤等锥体外系症状，宜饭前口服，栓剂最好在直肠排空后插入肛门。莫沙必利可有腹泻、腹痛、口干等不良反应，服用时间不宜过长，孕妇及哺乳期妇女应避免使用本品，应用2周后，消化道症状无改善，应停止服用。其他用药详见本章第三节“消化性溃疡患者的护理”。

6. 心理护理 护理人员应向患者说明及时治疗 and 护理能获得满意的疗效。指导患者保持轻松愉快心情，紧张、焦虑情绪会诱发加重病情。解释异型增生经严密随访，即使有恶变，及时手术也可获得满意的疗效，使其树立治疗信心，配合治疗。

7. 胃镜检查术的护理 胃镜检查，也称上消化道内镜检查。其检查部位包括食管、胃、十二指肠，是应用最广、进展最快的内镜检查术。通过胃镜检查可直接观察食管、胃、十二指肠炎症、溃疡或肿瘤等的性质、大小、部位及范围，并可行组织学或细胞学病理检查。适应证比较广泛，一般诊断不明的食管、胃、十二指肠疾病，均可行此项检查。

(1) 操作方法：①患者取左侧卧位，双下肢屈曲，头垫低枕，使颈部松弛，松开领口及腰带；患者口边置弯盘，嘱患者咬紧牙垫。②胃镜插入的方法有单人法和双人法。单人法：术者面对患者，左手持操作部，右手持镜端约20cm处，直视下，经口腔沿舌背、咽后壁推进至环状软骨处，经食管上口将胃镜轻轻插入。双人法：助手站立于术者右后方，右手持操作部，左手托住镜身。术者右手执镜端约20cm处，左手示指、中指夹住镜端，右手顺前方插入，当进镜前端达环状软骨水平时，嘱患者做吞咽动作，即可通过环咽肌进入食管。当胃镜进入胃腔内时，要适量注气，使胃腔张开至视野清晰为止。③处理插镜中可能遇到的问题。如将镜头送入气管，术者可看到环形气管壁，患者有明显呛咳，应立即将内镜退出，重新进镜；如镜头在咽喉部打弯，患者会出现疼痛不适，术者可看到镜身，应把角度钮放松，慢慢将内镜退出重新插入；插镜困难可能是未对准食管入口或食管入口处的环咽肌痉挛等原因，应查明原因，切不可用力，必要时在镇静药物的辅助下再次试插；当镜面被黏液、血迹、食物遮挡时，应注水冲洗。④根据情况可取活组织行细胞学、微生物学等检查。⑤检查完毕退出内镜时尽量抽气，以防止患者腹胀，并手持纱布将镜身外黏附的黏液擦干净。

(2) 术前准备：①向患者详细介绍检查的目的、方法、如何配合及可能出现的不适，消除患者紧张情绪，主动配合检查。②仔细询问病史和体格检查。了解患者有无胃镜检查禁忌证，如有心肺功能严重不良、高血压、心律失常等，应及时报告医师。检测乙型、丙型肝炎病毒标志物，对阳性者用专门胃镜检查。检查前禁食8h，估计有胃排空延缓者，需禁食更长时间，有幽门梗阻者需先行胃肠减压，必要时洗胃。如患者过分紧张，可遵医嘱给予地西洋5~10mg肌内注射或静脉注射。③术前麻醉。检查前5~10min用2%利多卡因咽部喷雾2~3次。④检查镜检用物是否准备齐全。胃镜检查仪器一套；喉头麻醉喷雾器，无菌注射器及针头；2%利多卡因、地西洋、肾上腺素等药物；其他用物如无菌手套、弯盘、牙垫、润滑剂、乙醇（酒精）、纱布、甲醛固定液标本瓶等。

(3) 术中配合：①协助患者采取合适的体位；②检查中配合医师将内镜从患者口腔缓缓插入，插镜过程中，保持患者头部位置不动，当胃镜插入15cm到达咽喉部时，嘱患者做吞咽动作，但不可将唾液咽下以免呛咳，让唾液流入弯盘或用吸管吸出；③如患者出现恶心不适，护士应适时解释，并嘱患者深呼吸，肌肉放松；④由于插镜时刺激迷走神经及低氧血症，患者可能发生心脏骤停、心肌梗死、心绞痛等，检查过程中护士应随时观察患者面色、脉搏、呼吸等，一旦发生异常应立即停止检查并积极抢救。

(4) 术后护理：①术后患者咽喉部麻醉作用尚未消退，嘱其不要吞咽唾液，以免呛咳。麻醉作用消退后，可先饮少量水，如无呛咳可进食。当天以流质、半流质饮食为宜，行活检的患者应温凉饮食。②检查后少数患者出现咽痛、咽喉部异物感，嘱患者不要用力咳嗽，以免损





伤咽喉部。③若患者出现腹痛、腹胀，可按摩促进排气。检查后数天内应密切观察患者有无消化道穿孔、出血、感染等并发症，一旦发现及时协助医师对症处理。④彻底清洁、消毒内镜及有关器械，妥善保管，避免交叉感染。

【健康指导】

1. 向患者及其家属讲明慢性胃炎的病因，某些药物对胃黏膜有损伤作用，要尽量避免使用，必须应用者要在医师指导下加用胃黏膜保护药。
2. 指导患者注意饮食卫生，养成良好的饮食习惯。进餐时要细嚼慢咽以使食物充分与胃酸混合。
3. 帮助患者制订饮食计划及戒烟、戒酒计划。
4. 介绍常用药物的名称、作用、疗程、服用的剂量和方法。
5. 慢性萎缩性胃炎有恶变的可能，嘱患者定期门诊复查。

小 结

1. 临床特点 急性胃炎的主要病因为应激及药物，可以表现为呕血和黑便，诊断需要紧急行胃镜检查。慢性胃炎主要的病因为幽门螺旋杆菌感染，主要发生在胃窦部；自身免疫性胃炎与自身免疫有关，主要发生在胃体部，由于内因子缺乏造成维生素 B₁₂ 吸收减少，引起恶性贫血。确诊需做胃镜检查。治疗上以对因及对症治疗为主。针对 Hp 阳性患者，应给予抗 Hp 治疗，自身免疫性胃炎贫血的治疗需要终身使用维生素 B₁₂。

2. 护理要点 急慢性胃炎的饮食护理。注意饮食原则，养成良好的饮食习惯，少量多餐、定时定量、细嚼慢咽，避免摄入粗糙、过咸、过甜、过辣的刺激性食物和饮料，戒烟酒。饮食选择以高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食为主。根据病情选择适宜的食物，如胃酸缺乏的患者食物应完全煮熟后食用，以利于消化吸收，并给予刺激胃酸分泌的食物如肉汤、鸡汤等，或酌情食用酸性食物如山楂、食醋等；高胃酸者应避免进食酸性及多脂肪食物，可用牛奶、菜泥、面包等，口味要清淡，少盐。

附 1：小肠镜检查术

小肠镜（enteroscope）检查术指通过口腔或肛门插入，在内镜直视下进行的全小肠检查，同时可取活组织标本、黏膜染色、标记病变部位、黏膜下注射药物及息肉切除等处理。包括单气囊小肠镜和双气囊小肠镜，下面主要介绍临床应用较多的双气囊小肠镜。

（一）适应证

1. 原因不明的消化道出血，经胃镜、肠镜检查未能发现病变者。
2. 原因不明的贫血、消瘦和发热，疑有小肠良恶性肿瘤者。
3. 疑有小肠结核、克罗恩病。
4. 不完全小肠梗阻。
5. 原因不明的腹痛、慢性腹泻，疑有小肠病变者。
6. 相关检查提示小肠存在器质性病变可能者。
7. 小肠吸收不良综合征。





(二) 禁忌证

1. 不适合胃、肠镜检查者。
2. 完全性小肠梗阻者。
3. 急性腹膜炎、急性胰腺炎、急性胆道感染等。
4. 腹腔广泛粘连者。

(三) 方法及配合

小肠镜检查可经口腔或肛门进镜，主要取决于病灶位置。如怀疑病灶位于空肠段，可经口腔进镜；如病灶位于回肠段，可经肛门进镜。

1. 经口途径法 患者麻醉后取左侧卧位，固定好外套管，操作者左手操作小肠镜，右手持镜插入，当内镜镜身全部插进外套管时，内镜气囊充气，外套管气囊放气，固定内镜，将外套管沿镜身滑进 155 ~ 160cm 刻度处，到位后外套管气囊充气，内镜气囊放气，外套管被固定后，继续插入镜身。如此借助外套管和双气囊的固定作用反复进镜直至到达检查部位。

2. 经肛门途径法

(1) 患者取左侧卧位，操作者左手操镜，右手持镜插入肛门，当进镜至乙状结肠交界处时镜身前端气囊充气并固定，外套管滑进镜身 155 ~ 160cm 刻度处，外套管气囊充气、固定，术者旋拉镜身和外套管，将乙状结肠拉直，将患者改为仰卧位。

(2) 固定外套管及镜身，内镜气囊放气，进镜于结肠脾曲，内镜前端气囊充气并固定。外套管气囊放气后，将其滑进脾曲处，外套管前端气囊充气并固定，将镜身前端气囊放气，进镜至结肠肝曲，镜身气囊充气后固定，再将外套管气囊放气、滑至肝曲，充气后固定。

(3) 外套管气囊充气并固定的状态下，将镜身气囊放气并进镜至回肠末端，镜身前端气囊充气并固定，外套管气囊放气，滑进至回肠末端、充气、固定。进入回肠后，按镜身气囊放气、进镜。重复以上操作直至到达检查部位。

(四) 护理

1. 术前护理

- (1) 向患者详细讲解检查目的、方法、注意事项、解除其顾虑，取得配合。
- (2) 术前准备：经口腔进镜者，准备基本同胃镜；经肛门进镜者，准备同结肠镜。
- (3) 建立静脉通道，以备术中用药。
- (4) 经口腔进镜者取左侧卧位，松开领扣及腰带，放松身躯，经肛门进镜者采取结肠镜检查的体位。
- (5) 术前适量应用镇静剂及解痉剂，经口进镜者，行气管插管呼吸机辅助呼吸更安全。

2. 术后护理

- (1) 观察患者生命体征是否平稳；患者清醒后，详细询问患者有无不适，住院者由专人护送至病房。
- (2) 注意观察患者意识状态和胸腹部体征，腹胀明显者，可行内镜下排气，腹痛明显或排便者应留院继续观察。如发现剧烈腹痛、腹胀、面色苍白、心率增快、血压下降、大便次数增多呈暗红色或黑色，提示并发肠出血、肠穿孔，应及时告知医师，协助处理。
- (3) 检查结束后，嘱咐患者注意卧床休息，做好肛门清洁。术后 3 天内进少渣饮食。如行息肉摘除、止血治疗者，应给予抗生素治疗、半流质饮食和适当休息 3 ~ 4 天，避免剧烈运动。
- (4) 做好内镜的清洗消毒工作，妥善保管，避免交叉感染。

附 2：胶囊内镜检查术

胶囊内镜 (capsule endoscopy) 全称“智能胶囊消化道内镜系统”，又称“医用无线内镜”。受检者通过口服内置摄像与信号传输装置的智能胶囊，借助消化道蠕动使之在消化道内





运动并拍摄图像, 医师利用体外的图像记录仪和影像工作站, 了解受检者的整个消化道情况, 从而对其病情做出诊断。

(一) 适应证

1. 不明原因的消化道出血。
2. 其他检查提示的小肠影像学异常。
3. 原因不明的腹痛、腹泻, 疑有小肠器质性病变者。
4. 各种炎症性肠病, 不含肠梗阻及肠狭窄者。
5. 疑有小肠肿瘤、多发性息肉及克罗恩病者。
6. 原因不明的缺铁性贫血。
7. 小肠吸收不良综合征。

(二) 禁忌证

1. 经检查证实(或怀疑)患有消化道畸形、胃肠道梗阻、消化道穿孔、狭窄或瘘管者。
2. 体内植入心脏起搏器或其他电子医学仪器者。
3. 严重胃肠动力障碍者, 包括未经治疗的贲门失迟缓症和胃轻瘫。
4. 无手术条件者或拒绝接受任何外科手术者。
5. 有严重吞咽困难者。
6. 妊娠妇女。

(三) 方法与配合

1. 受检者穿戴背心记录仪, 检查和调整天线单元位置, 确定胶囊工作正常后, 用 50 ~ 100ml 水送服胶囊。已做过胃镜检查者, 可遵医嘱在吞服胶囊后立即予甲氧氯普胺 10mg 肌肉注射, 有助于胶囊尽快通过幽门, 争取有更充分的时间在小肠内。

2. 在吞服胶囊内镜 2h 后可进少量水(100ml 以下), 待实时监视中胶囊进入小肠 2h 后, 受检者可进少量简单餐食, 如面包、蛋糕等。

3. 检查期间, 受检者可照常活动, 但避免剧烈运动、屈体、弯腰及可造成图像记录仪天线移动的活动, 切勿撞击图像记录仪。避免受外力的干扰。不能接近任何强电磁波区域。受检者如出现腹痛、恶心、呕吐或低血糖等情况, 应及时给予处理。

4. 检查期间, 每 15min 确认 1 次记录仪上指示灯是否闪烁或进行实时监视, 如指示灯闪烁变慢或停止, 则立即通知医师, 并记录当时的时间, 同时也需记录进食、饮水及有不正常感觉的时间, 一起交给医师。

(四) 护理

1. 术前护理

(1) 向受检者讲解胶囊内镜的构造和应用原理、检查步骤、安全可靠、检查目的和配合方法, 缓解受检者紧张、焦虑、恐惧情绪。

(2) 嘱受检者检查前 2 天勿做钡餐或钡灌肠检查, 以免钡剂残留影响检查结果。检查前 1 天进无渣饮食, 检查前 8h 禁食、禁饮。

(3) 体毛较多时需备皮, 检查当天着宽松的衣物, 以利于穿戴背心记录仪。

2. 术后护理 嘱受检者观察胶囊内镜排出情况。一般胶囊内镜在胃肠道内 8 ~ 72h 后随粪便排出体外, 若受检者出现难以解释的腹痛、呕吐等肠梗阻症状或检查后 72h 仍不能确定胶囊内镜是否还在体内, 应及时告知医师, 必要时行 X 线检查。

(张建欣)



第二节 消化性溃疡患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记消化性溃疡的概念。
2. 说出消化性溃疡的病因、辅助检查。
3. 描述消化性溃疡的临床表现及治疗原则。

◆ 理解

1. 解释消化性溃疡的发病机制。
2. 总结消化性溃疡的并发症。

◆ 运用

1. 按照护理程序对消化性溃疡患者进行评估并提出护理问题。
2. 对消化性溃疡患者实施护理措施。

案例 4-2A

患者，男，40岁，长途汽车司机。周期性上腹部疼痛5年，常为烧灼样疼痛，多在餐后3~4h及夜间出现，进食可缓解，同时伴有反酸、暖气等表现。未经系统治疗，昨日饮酒后症状加重。患者常因反复发作影响睡眠，耽误工作而焦虑、抑郁。发病以来，患者大、小便正常，体重稍下降。为进一步诊治来院就诊。

体格检查：T 37.0°C，P 80次/分，R 20次/分，BP 120/75mmHg，神志清楚，结膜无苍白，巩膜无黄染，双肺未可闻及干、湿啰音。心界不大，心率80次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及器质性杂音。腹平软，中上腹、剑突下偏右压痛，移动性浊音(-)，肠鸣音正常。

既往史：饮酒10年余，白酒3~9g/d，吸烟15年，每日15支。

辅助检查：胃镜检查见十二指肠球部黏膜水肿，前壁近大弯处有一椭圆形溃疡，边缘光滑，表面覆盖白苔，周围黏膜明显水肿，Hp(+)。

看到这个病例同学们会想到什么疾病？完成本节学习，就会寻找到正确答案。

消化性溃疡(peptic ulcer)是指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡。因溃疡形成与胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关，所以叫消化性溃疡。根据发生部位不同，又将消化性溃疡分为胃溃疡(gastric ulcer, GU)和十二指肠溃疡(duodenal ulcer, DU)。

【病因与发病机制】

1. 幽门螺杆菌感染 是消化性溃疡的主要病因。DU患者的幽门螺杆菌感染率高达90%~100%，GU为80%~90%；同样，在Hp感染高的人群，消化性溃疡的患病率也较高。消除Hp可加速溃疡的愈合，显著降低消化性溃疡的复发。

2. 非甾体抗炎药 NSAIDs 是引起消化性溃疡的最常用药物，NSAIDs是通过破坏黏膜屏障使黏膜防御和修复功能受损导致消化性溃疡的发生。NSAIDs引起的溃疡，胃溃疡较十二指肠溃疡多见，溃疡的形成及其并发症的发生与服用NSAIDs的种类、剂量、疗程有关，与同时





服用抗凝药物、糖皮质激素等因素有关。

3. 遗传因素 部分消化性溃疡患者有家族性，提示可能有遗传易感性。

4. 胃酸和胃蛋白酶 消化性溃疡的最终形成是胃酸和胃蛋白酶的自身消化作用所致。胃蛋白酶只有在 $\text{pH} < 4$ 时才有活性，是胃酸依赖性的。因此，在消化性溃疡的发生中起关键作用的是胃酸，胃酸是溃疡形成的直接原因，胃酸的损害作用只有在胃十二指肠黏膜的防御和修复机制遭破坏时才发生。

5. 其他因素 吸烟、应激、胃十二指肠运动异常、长期精神紧张等是消化性溃疡的常见诱因。

总之，消化性溃疡是一种多因素作用的疾病，幽门螺杆菌感染和服用非甾体类抗炎药是明确的主要病因。溃疡的发生是黏膜侵袭因素和防御因素失去平衡的结果，十二指肠溃疡的发生主要是侵袭因素增强，而胃溃疡的发生主要是防御因素削弱。胃酸在溃疡的形成中起关键作用。

【临床表现】

十二指肠溃疡多发生在十二指肠球部，胃溃疡多在胃角和胃窦小弯。

典型的消化性溃疡具有三大临床特点：①慢性过程。病程长，病史可达数年或数十年。②周期性发作。发作和缓解交替出现，每年秋、冬季节和第2年的早春季节是溃疡病的好发季节，精神因素和过度劳累可诱发。③节律性疼痛。

1. 症状

(1) 上腹部疼痛：是消化性溃疡主要症状，详见表4-1。

表4-1 胃溃疡、十二指肠溃疡的主要临床表现

临床表现	胃溃疡	十二指肠溃疡
疼痛部位	剑突下正中或稍偏左	上腹正中或稍偏右
疼痛性质	烧灼或痉挛感	钝痛、灼痛、胀痛或剧痛，或仅有饥饿样不适感
疼痛发作时间	进食后0.5~1h出现，至下次进餐前疼痛消失	进餐后2~4h出现，表现为饥饿痛、空腹痛或夜间痛
疼痛持续时间	1~2h	到下次进餐后为止
一般规律	进食—疼痛—缓解	疼痛—进食—缓解

(2) 其他：患者可有恶心、呕吐、反酸、嗝气等胃肠道症状。偶有失眠、多汗、脉缓等自主神经功能失调表现。少数溃疡患者可无症状，这类患者首发症状多为呕血和（或）黑便。

2. 体征 活动期可有上腹部轻压痛，缓解期无明显体征。

3. 并发症

(1) 出血：发生率为10%~15%，是消化性溃疡最常见的并发症，其中以十二指肠溃疡并发出血较为多见。出血是由于溃疡侵蚀周围血管所致。出血的临床表现依据出血的部位、速度和出血量决定，特征性表现为呕血和（或）黑便。

(2) 穿孔：发生率为2%~7%，溃疡病灶向深部发展穿透浆膜层引起穿孔，多见于十二指肠溃疡，是外科常见的急腹症之一。表现为突发上腹部剧烈疼痛，如刀割样，可迅速遍及全腹，大汗淋漓、烦躁不安，腹部检查腹肌紧张，呈板状腹，压痛及反跳痛，肠鸣音减弱或消失，服抗酸药不能缓解。部分患者出现休克。

(3) 幽门梗阻：发生率为2%~4%，大多由十二指肠溃疡或幽门溃疡引起，分功能性梗阻和器质性梗阻。功能性梗阻是由溃疡周围组织炎性充血、水肿或幽门平滑肌痉挛而造成，梗阻为暂时性，炎症消退即可好转，内科治疗有效；器质性梗阻是由溃疡愈合瘢痕收缩或粘连造成的，梗阻为持久性，需外科手术治疗。表现为上腹持续性胀痛、嗝气、反酸，且餐后加重，





呕吐出大量酸腐味宿食，呕吐后腹部症状减轻，严重及频繁呕吐者可致脱水，低氯、低钾、代谢性碱中毒，营养不良等。腹部可见胃型、胃蠕动波，可闻及振水音。

(4) 癌变：十二指肠溃疡极少发生癌变。胃溃疡发生癌变的概率在1%以下，对年龄在45岁以上、有长期胃溃疡病史、溃疡顽固不愈、大便隐血试验持续阳性者要提高警惕，胃镜检查可帮助确诊，胃镜检查要取多点活检做病理检查。必要时定期复查。

【辅助检查】

1. 胃镜检查及胃黏膜活组织检查 是确诊消化性溃疡的首选检查方法，是评定溃疡的活动程度、有无恶变及疗效评定的最佳方法，并能取活体组织做病理检查。

2. X线钡餐检查 适用于胃镜检查有禁忌或者不接受胃镜检查者，发现龛影是诊断溃疡的直接证据，对溃疡有确诊价值；局部压痛、胃大弯侧痉挛性切迹、十二指肠球部激惹和球部变形均为间接征象，仅提示有溃疡的可能。

3. 幽门螺杆菌检查 为消化性溃疡诊断的常规检查项目，此项检查对消化性溃疡治疗方案的选择有指导意义。方法见本章第一节“慢性胃炎患者的护理”。

4. 大便隐血试验 活动期消化性溃疡常有少量渗血，大便隐血试验呈阳性，但应注意排除假阳性。

【治疗要点】

治疗原则：消除病因，控制症状，促进愈合，预防复发和防治并发症。

治疗消化性溃疡的药物可分为抑制胃酸分泌的药物和保护胃黏膜药物两大类，同时还需要根除幽门螺杆菌。

1. 抑制胃酸分泌药物

(1) H_2 受体拮抗剂：阻止组胺与 H_2 受体结合，抑制胃酸分泌，该类药物治疗价格适中，用药方便，疗效好，常用药物有西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁。治疗十二指肠溃疡和胃溃疡的6周愈合率分别为90%~95%和80%~95%。

(2) 质子泵抑制剂(H^+ , K^+ -ATP酶抑制剂, PPI)：是目前已知的抑制胃酸分泌最强的药物，这类药物作用于壁细胞胃酸分泌终末过程的关键酶 H^+ , K^+ -ATP酶，使其失去活性，并不可逆转。与 H_2 受体拮抗剂相比，PPI促进溃疡愈合的速度快、溃疡愈合率较高，因此特别适合非甾体类抗炎药所致溃疡患者不能停用非甾体类抗炎药时或难治性溃疡的治疗。PPI是根除幽门螺杆菌的基础药物。常用奥美拉唑(洛赛克)20mg 每日1次、兰索拉唑30mg 每日1次、泮托拉唑40mg 每日1次。十二指肠溃疡患者疗程2~4周，胃溃疡患者疗程4~6周。

2. 保护胃黏膜药物

(1) 硫糖铝：作用机制是硫糖铝可黏附在溃疡表面阻止胃酸/胃蛋白酶的侵袭，促进内源性前列腺素合成，刺激表皮生长因子分泌。硫糖铝常规用量为每日1g，分4次口服。

(2) 胶体次枸橼酸铋(colloidal bismuth subcitrate, CBS)：除有硫糖铝的作用机制外，还有较强抑制幽门螺杆菌的作用。疗程4~8周。

(3) 前列腺素类药物：具有抑制胃酸分泌、增加胃十二指肠黏膜的黏液和碳酸氢盐分泌、增加黏膜血流的作用。代表药物为米索前列醇。

(4) 弱碱性抗酸药：可直接中和胃酸，暂时缓解疼痛症状，由于其能促进前列腺素的合成，增加黏膜血流量、刺激胃黏膜分泌 HCO_3^- 和黏液，碱性抗酸药目前更多被视为黏膜保护药。常用药物有铝碳酸镁、磷酸镁、氢氧化铝凝胶等。

3. 根除幽门螺杆菌 临床上常采用联合用药的方法。目前，常以PPI或胶体铋剂为基础加上两种抗菌药物的三联疗法。抗菌药物通常选用克拉霉素、阿莫西林、甲硝唑中的两种。7天为1个疗程。





案例 4-2B

通过学习，上述病例诊断为十二指肠球部溃疡。

患者就诊后医师给予患者抗幽门螺杆菌治疗，并要求其戒烟、戒酒，劳逸结合。该患者由于工作原因，服药不规律，未戒烟、戒酒。治疗 1 周后，患者上腹部疼痛症状缓解不明显，伴有反酸、嗝气等症状。焦虑、抑郁症状更加明显，睡眠差。

体格检查同前。

请同学们对该患者进行护理评估，提出护理诊断和相应护理措施。

【护理评估】

1. 健康史 详细询问患者患病的时间、起病情况，病程长短、诊断治疗经过、诱发和缓解因素，是否服用对胃肠道黏膜有刺激的药物，有无精神紧张或情绪波动，上腹部疼痛的部位、性质与季节的关系，疼痛与饮食的关系，是进餐后疼痛还是空腹痛、夜间痛，有无恶心、呕吐、反酸、嗝气和食欲不振，有无呕血和黑便，发病后用药情况，用药后疼痛是否缓解，饮食习惯如何，是否有烟酒嗜好等。此次复发的原因。

2. 心理-社会状况 消化性溃疡是慢性病，常反复发作，评估患者有无焦虑、恐惧、抑郁等心理状态。评估患者及其家属对疾病的认识程度和是否经过正规的治疗，疾病反复发作会导致并发症的发生，了解患者的职业，一些职业常会出现饮食不规律，如出租车司机、外科医师等，了解家庭经济情况和社会保障情况，指导进一步治疗。

3. 身体评估

(1) 一般状态：血压、脉搏、呼吸是否正常，有无表情痛苦、面色苍白、大汗淋漓等消化道穿孔症状。

(2) 营养状况：有无消瘦，皮肤、口唇苍白等贫血貌，记录体重。

(3) 腹部体征：有无上腹部压痛、反跳痛、肌紧张，有无胃型及蠕动波，有无移动性浊音，有无肠鸣音减弱或消失。

4. 辅助检查 X 线钡餐检查有无典型的龛影；胃镜及活体组织检查情况，是否确诊为消化性溃疡，幽门螺杆菌检查是否为阳性，大便隐血试验是否为阳性，患者是否有贫血，通过实验室及其他检查的评估进一步明确诊断和判断疾病的严重程度。

【护理诊断 / 问题】

1. 疼痛：上腹痛 与消化道黏膜溃疡有关。
2. 营养不良：低于机体需要量 与疼痛导致摄入量减少、消化吸收障碍有关。
3. 知识缺乏 缺乏溃疡病防治的知识。
4. 焦虑 与疼痛症状反复出现、病程迁延不愈有关。
5. 潜在并发症：上消化道大出血、胃穿孔。

【护理目标】

1. 患者腹痛减轻。
2. 患者营养状况得到改善，规律进食。
3. 患者能够复述有关的自我护理知识。
4. 患者消除紧张情绪，能配合医师采取治疗措施。
5. 患者未发生消化道出血等并发症。





【护理措施】

1. 休息与活动 轻症者适当休息，可参加轻微工作，注意劳逸结合，避免过度劳累，大便隐血试验阳性患者应卧床休息 1 ~ 2 周。

2. 饮食护理 宜选用营养丰富、清淡、易消化的食物，以促进胃黏膜修复和提高抵抗力。急性活动期应少食多餐，每天 5 ~ 6 餐，以牛奶、稀饭、面条等偏碱性食物为宜。少食多餐可中和胃酸，减少胃饥饿性蠕动，同时可避免过饱所引起的胃窦部扩张增加胃泌素的分泌。忌食辛辣、过冷、油炸、浓茶等刺激性食物及饮料。戒烟酒。

3. 症状护理 针对腹痛采取的护理措施。

(1) 帮助患者认识和去除诱因：讲解消化性溃疡疼痛的诱因，使患者能够在饮食、嗜好、情绪、生活节奏等方面多加注意，并做到坚持服药。

(2) 腹痛程度的监测：严密观察患者腹痛的部位、性质，通过对神志、面容表情、生命体征等的观察，判断疼痛的严重程度；对急性腹痛患者，应详细了解疼痛的特点，重点询问患者腹痛的部位、性质、程度、持续时间以及伴随症状。

(3) 减轻疼痛的护理：协助患者采取有利于减轻疼痛的体位；应用转移注意力法、音乐疗法等缓解疼痛；根据情况可选择局部热敷、针灸等方法缓解疼痛，但急腹症时不能热敷；遵医嘱合理应用镇痛药物，急性腹痛诊断未明者，不可随意使用镇痛药，以免掩盖症状、体征而延误病情。

4. 病情观察 观察患者腹痛的时间、部位、性质及节律等；观察腹痛与饮食、气候、药物、情绪等的关系；定时测量生命体征，同时应注意观察患者的面色、呕吐物及粪便的量、性状和颜色，以便及时发现和处理出血、穿孔、梗阻、癌变等并发症。

5. 用药护理

(1) H_2 受体拮抗剂：药物应在餐中或餐后即刻服用，也可一日的剂量夜间顿服。西咪替丁可通过血 - 脑屏障，偶尔引起精神症状；此药可与雄激素受体结合影响性功能；与肝细胞色素 P450 结合影响华法林、利多卡因等药物的肝内代谢；用药期间注意监测肝、肾功能和血常规。雷尼替丁和法莫替丁不良反应较少。

(2) 质子泵抑制剂：不良反应较少，可有头晕，因此初次应用时应减少活动。

(3) 胃黏膜保护药：因硫糖铝在酸性环境下有效，所以应在餐前 1h 给药。硫糖铝全身不良反应少，常引起便秘，本药含糖量高，糖尿病患者不宜应用。胶体铋剂在酸性环境下起作用，故在餐前 30min 服用，短期服用除有舌苔和粪便变黑外很少有其他不良反应，长期服用可造成铋在体内大量堆积引起神经毒性，故不宜长期应用。米索前列醇的常见不良反应是腹泻，可引起子宫收缩，故孕妇禁服。

(4) 其他药物：抗酸药，如氢氧化铝凝胶等应在餐后 1h 或睡前服用，抗酸药以液体制剂效果最好，服用时要充分摇匀，服用片剂时应嚼服。抗酸药与奶制品相互作用可形成络合物，要避免同时服用。

6. 心理护理 不良的心理因素可诱发和加重病情，而消化性溃疡的患者因疼痛刺激或并发出血，易产生紧张、焦虑等不良情绪，使胃黏膜保护因素减弱，损害因素增加，使病情加重，故应为患者创造安静、舒适的环境，减少不良刺激；同时多与患者交谈，使患者了解本病的诱发因素、疾病过程和治疗效果，增强治疗信心，克服焦虑、紧张心理。

【护理评价】

1. 患者诉腹痛减轻。
2. 患者营养状况得到改善，规律进食。
3. 患者能讲述消化性溃疡的相关预防知识。
4. 患者表情平静，能配合医师采取治疗措施。



5. 患者没有并发症出现。

案例 4-2C

通过学习，同学们了解到该患者存在疼痛、焦虑、抑郁、知识缺乏等护理问题。根据患者存在的问题最该进行健康指导的内容是什么？

【健康指导】

1. 活动与休息指导 指导患者合理安排休息时间，保证充足的睡眠，生活要有规律，劳逸结合，避免精神过度紧张，长期脑力劳动后要适当活动，保持良好的心态，在秋、冬季或冬、春季气候变化明显的季节要注意保暖。
2. 饮食指导 指导患者定时进餐，不宜过饱。生活要有规律，避免辛辣、咖啡、浓茶等刺激性食物及饮料，有烟、酒嗜好者应戒除，因烟雾中的尼古丁可直接损害胃黏膜，使胃酸分泌过多而加重病情。
3. 用药指导 嘱患者避免应用对胃十二指肠黏膜有损害的药物，如阿司匹林、泼尼松、咖啡因、利血平等。嘱患者遵医嘱按时服药，学会药物的正确使用方法及对不良反应的观察，不要随意停药，避免复发。
4. 心理指导 告知患者紧张、焦虑的心理可增加胃酸分泌，诱发疼痛加重或溃疡复发，所以平时生活宜身心放松，胸怀宽广，保持乐观精神，促进溃疡愈合。
5. 出院指导 对患者及其家属进一步讲解消化性溃疡的病因和诱发因素，嘱患者定期门诊复查，如有疼痛持续不缓解、疼痛规律性消失、排黑便等应立即到门诊检查。

小结

1. 临床特点 消化性溃疡是发生在胃和十二指肠的溃疡；最主要的致病原因是幽门螺杆菌感染和非甾体类抗炎药物的应用；临床以慢性病程、周期性发作和节律性上腹部疼痛为主要特征，出血、穿孔、幽门梗阻、癌变为主要并发症；胃镜检查可确诊；治疗包括抑制胃酸分泌的药物和保护胃黏膜的药物，主要以抗幽门螺杆菌治疗为主。
2. 护理要点 疼痛是患者的主要护理问题，要协助患者采取有利于减轻疼痛的体位；应用转移注意力法、音乐疗法等缓解疼痛；根据情况可选择局部热敷、针灸等方法缓解疼痛，但急腹症时不能热敷；遵医嘱合理应用镇痛药物。加强用药指导，胃黏膜保护药饭前服用。饮食以牛奶、稀饭、面条等偏碱性食物为宜。少食多餐。

(张建欣)





第三节 肠结核患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记肠结核的临床表现。
2. 说出肠结核的病因、辅助检查。

◆ 理解

1. 解释肠结核的发病机制。
2. 归纳肠结核的治疗。

◆ 运用

运用所学知识对肠结核患者实施整体护理。

肠结核 (intestinal tuberculosis) 是结核分枝杆菌侵犯肠道引起的肠道慢性特异性感染。由于人民生活水平的日益提高，预防保健意识的增强，结核的患病率明显下降，肠结核的患病率也随之减少。肠结核的主要临床表现为腹痛、腹部肿块、腹泻便秘交替出现及全身中毒症状。本病多见于青壮年，女性略多于男性。

【病因及发病机制】

病原菌主要为人型结核杆菌，约占 90% 以上，极少数为牛型结核杆菌。

结核分枝杆菌侵犯肠道主要是经口感染，患者多有开放性肺结核或喉结核，因经常吞下含结核杆菌的痰液而导致发病。经常和开放性肺结核患者共餐，忽视餐具消毒，也可被感染。肠结核也可由血行播散引起，见于粟粒性肺结核；或由腹腔内结核病灶直接蔓延，如女性生殖器结核。

结核病的发病是人体与结核分枝杆菌相互作用的结果，经上述途径感染只是获得致病的条件，只有当人体抵抗力下降、肠道功能紊乱，侵入的结核分枝杆菌大量繁殖、数量增加、毒力增大时才会发病。

结核分枝杆菌入侵肠道后，多在回盲部引起结核病变，其他部位按发病率高低依次为升结肠、空肠、横结肠、降结肠、阑尾、十二指肠和乙状结肠等。易发生回盲部结核和以下两方面因素有关：①含结核分枝杆菌的食物在回盲部停留时间较长，增加感染的机会；②结核分枝杆菌易侵犯淋巴组织，而回盲部淋巴组织丰富。



知识链接

肠结核病变以炎症渗出为主；当感染菌量多、毒力大，可发生干酪样坏死，形成溃疡，成为溃疡型肠结核；患者机体免疫状况良好，感染轻，表现为肉芽组织增生、纤维化成为增生型肠结核；兼有两种者称为混合型肠结核。





【临床表现】

1. 症状 多数缓慢起病，病程长，具体表现如下。

(1) 腹痛：多位于右下腹部，也可牵涉到上腹部或脐周，引起相应部位的疼痛。疼痛的性质为钝痛或隐痛，进餐可诱发腹痛或加重腹痛伴有便意，排便后腹痛可有不同程度的缓解，主要是由于进餐后使病变肠曲痉挛或蠕动加强。并发肠梗阻时有腹绞痛，常位于右下腹或脐周，伴有腹胀、肠型及蠕动波，肠鸣音亢进。

(2) 腹泻与便秘：为本病肠功能紊乱的一种表现。溃疡型肠结核主要表现为腹泻，排便次数因病变严重程度和范围不同而异，每日排便2~4次，病变严重而广泛时，腹泻次数增多，可达每日10余次。粪便为不含黏液、脓血的软便，无里急后重感。间断有便秘，粪便呈羊粪状，隔数日又有腹泻。增生型肠结核多以便秘为主。

(3) 腹部肿块：肿块位于右下腹，有压痛，比较固定，质地中等硬。见于增生型肠结核，若溃疡型肠结核合并有局限性腹膜炎，病变肠曲与周围组织粘连时，或同时伴有肠系膜淋巴结结核也可出现肿块。

(4) 全身症状和肠外结核表现：常有结核病毒血症表现，溃疡型肠结核较明显，有午后低热、不规则热，伴有乏力、盗汗、消瘦、贫血，也可同时存在结核性腹膜炎、活动性肺结核的相关表现。增生型肠结核一般病程较长，偶有低热，多不伴有肠外结核。

2. 体征 患者呈慢性病容，消瘦、苍白、倦怠。增生型肠结核右下腹可触及包块，质地中等，较固定，伴有轻、中度压痛。溃疡性肠结核合并局限性腹膜炎、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，也可出现腹部包块。

3. 并发症 见于晚期患者，常有肠梗阻、结核性腹膜炎，偶见急性肠穿孔。

【辅助检查】

1. 血液检查 溃疡型肠结核可有中度贫血，红细胞沉降率明显加快，可作为估计结核病活动程度的指标之一。结核菌素试验呈强阳性者对本病诊断有帮助。

2. 粪便检查 粪便一般无黏液、脓血，镜下可见少量脓细胞与红细胞。粪便浓缩找结核杆菌若获阳性，必须同时痰液找结核杆菌阴性者，才有助诊断。

3. X线检查 胃肠钡餐造影或钡剂灌肠检查对肠结核诊断具有重要价值。溃疡型肠结核钡剂在病变肠段呈激惹征象，排空快，充盈不佳；增生型肠结核可见肠段增生性狭窄、收缩与变形、钡剂充盈缺损及肠壁僵硬等，并发肠梗阻时只宜做钡剂灌肠检查。

4. 结肠镜检查 可观察升结肠、回盲部病变，确定病变范围及性质，并做活组织病理检查，对本病诊断有重要价值。

【治疗要点】

肠结核治疗目的是消除症状、改善全身情况、促进病灶愈合及防止并发症。肠结核早期病变是可逆的，因此，强调早期治疗。

1. 休息与营养 活动期肠结核需卧床休息，休息与充足营养可增强患者抵抗力，是治疗的基础。给予高蛋白、高维生素、高热量饮食，必要时可给静脉内高营养治疗。

2. 抗结核化学药物治疗 是本病治疗的关键，多采用短程化疗，疗程为6~9个月，一般用异烟肼与利福平两种杀菌药联合。对严重肠结核可再加用链霉素或吡嗪酰胺等三药联合，详见第二章第八节“肺结核患者的护理”。

3. 对症治疗 腹痛可用颠茄、阿托品，摄入不足或腹泻严重者应补充水、电解质，以保持水电解质、酸碱平衡。对不完全性肠梗阻患者必要时可行胃肠减压，以缓解肠梗阻症状。

4. 手术治疗 适应证包括：①完全性肠梗阻；②急性肠穿孔或慢性肠穿孔、瘘管形成经内科治疗而未能闭合者；③肠道大量出血，经积极抢救不能有效止血者；④诊断困难需开腹探查者。



【护理诊断 / 问题】

1. 疼痛 与结核菌侵犯肠黏膜致炎性病变有关。
2. 腹泻 与肠结核所致的肠功能紊乱有关。
3. 营养失调：低于机体需要量 与结核分枝杆菌感染、消化吸收障碍有关。
4. 知识缺乏 缺乏肠结核病的预防和治疗知识。
5. 焦虑 与疾病病程长、治疗疗程长有关。

【护理措施】

1. 休息与体位 卧床休息，以减轻腹痛，减少机体消耗。病情稳定后，可逐步增加活动量，以增强机体抵抗力。肠结核患者常有盗汗，应注意及时更换床单、衣物，保持干爽，以使患者更好休息。

2. 饮食护理 首先让患者及其家属了解肠结核是一种慢性消耗性疾病，说明增加营养的重要性，合理饮食可增强患者机体抵抗力，促进肠道病变愈合，摄入高热量、高蛋白质、高维生素、少渣而又易于消化的食物有利于疾病的治愈。有脂肪泻的患者应少食乳制品、易发酵的食物如豆制品、富含脂肪及粗纤维的食物，以免加快肠蠕动。肠梗阻的患者应禁食。

3. 病情观察 注意观察患者的生命体征，腹痛的程度、性质及部位等，及早发现肠梗阻等并发症。护理人员应每周测量患者体重，以了解营养状况。

4. 对症护理

(1) 疼痛的护理：①严密观察腹痛特点，评估病情进展程度；②与患者交谈，分散其注意力；③采用针灸、按摩等方法缓解疼痛；④按医嘱给予患者解痉、镇痛药物，对肠梗阻所致疼痛，应行胃肠减压，无效者需手术治疗；⑤病情出现明显变化，如腹痛明显加重，便血，应立刻通知医师，并积极配合医师采取抢救措施。

(2) 腹泻的护理：详见本章第四节“溃疡性结肠炎患者的护理”。

5. 用药护理 遵医嘱给予抗结核药物，让患者及其家属了解有关抗结核药物的用法、作用及主要不良反应，若有不良反应出现时应及时报告医师，药物不良反应详见第二章第八节“肺结核患者的护理”。

6. 心理护理 向患者讲解低热、盗汗、腹痛、腹泻等症状出现的原因及有关结核病的知识，使患者认识到此病经过合理、全程化疗是可治愈的。护理人员要充分理解患者，帮助患者消除顾虑，创造一个良好的治疗环境，使患者树立战胜疾病的信心。

【健康指导】

1. 向患者及其家属宣传坚持正规与全程治疗肠结核的重要性，帮助患者及其家属制订切实可行的用药计划，嘱家属督促患者按时、按剂量服用药物，切忌自行间断用药或停药，否则会影响疗程及疗效，导致治疗的失败。

2. 定期门诊复查，以了解病情进展及调整治疗方案。肠结核预后取决于早期诊断与及时治疗，一般预后良好。

3. 肠结核的预防重点在于肠外结核，特别是肺结核的早期诊断与积极治疗，使痰菌尽快转阴。

4. 肠结核患者的粪便要消毒处理，防止病原体传播。

小 结

1. 临床特点 肠结核主要由人型结核分枝杆菌侵犯肠道引起的肠道慢性特异性感染。最常侵犯的部位为回盲部，主要临床表现为腹痛、腹部肿块、腹泻便秘交替出现及全身中毒症状。主要的治疗手段为早期、联合、适量、规律和全程抗结核化学药物治疗。





2. 护理要点 重点掌握饮食护理和腹痛的护理。肠结核是一种慢性消耗性疾病, 摄入高热量、高蛋白质、高维生素、少渣而又易于消化的食物有利于疾病的治愈。有脂肪泻的患者应少食乳制品、易发酵的食物如豆制品、富含脂肪及粗纤维的食物, 以免加快肠蠕动。肠梗阻患者应禁食。针对疼痛采用针灸、按摩等方法缓解疼痛; 按医嘱给予患者解痉、镇痛药物, 对肠梗阻所致疼痛, 应行胃肠减压, 无效者需手术治疗; 病情出现明显变化, 如腹痛明显加重, 便血, 应立刻通知医师, 并积极配合医师采取抢救措施。

(张建欣)

第四节 溃疡性结肠炎患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习, 学生应能:

◆ 识记

1. 熟记溃疡性结肠炎的临床表现。
2. 说出溃疡性结肠炎的治疗要点。

◆ 理解

1. 归纳溃疡性结肠炎的病因及发病机制。
2. 解释中毒性巨结肠的临床表现。

◆ 运用

运用所学知识对腹泻患者实施护理。

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC) 是一种病因不十分清楚的直肠和结肠慢性非特异性炎性疾病。主要临床表现是腹泻、大便有黏液脓血、腹痛及里急后重。多见于 20 ~ 40 岁。病变位于大肠, 多数在直肠和乙状结肠, 可扩展至降结肠、横结肠, 也可累及全结肠。



知识链接

炎症性肠病是一类多种病因引起的、异常免疫介导的肠道慢性及复发性炎症, 有终身复发倾向, 溃疡性结肠炎和克罗恩病是其主要疾病类型。

【病因及发病机制】

由环境、免疫、遗传及感染多因素相互作用所致。

1. 环境因素 吸烟、饮食、卫生条件、生活方式或暴露于某些不明因素, 都可能导致疾病的发生。近几十年来, UC 的发病率持续增高, 这一现象出现在社会经济高度发达的国家, 首





先北美、北欧，以往我国少见，现已成为常见病，这表明环境的变化对本病有很重要的作用。

2. 免疫因素 肠道黏膜免疫系统在 UC 肠道炎症发生、发展、转归过程中始终发挥作用。研究表明，UC 患者的 T 细胞反应低下，除了免疫细胞外，肠道的上皮细胞、血管内皮细胞等非免疫细胞也参与炎症反应，与局部免疫细胞相互影响而发挥免疫作用，免疫反应中释放多种肠道炎性反应的免疫因子和介质使肠道黏膜损伤。

3. 遗传因素 家族调查显示血缘家族的发病率较高，提示遗传因素在本病发病中起一定作用。

4. 感染因素 本病在病理变化与临床表现方面与细菌性痢疾相似，但迄今未检出致病微生物，因此有人认为感染是诱发因素。

【临床表现】

大多数起病缓慢，偶有急性暴发起病。病程呈慢性经过，发作与缓解交替出现。饮食失调、劳累、精神因素、感染可使疾病复发或加重。

1. 消化系统表现

(1) 腹泻、黏液脓血便：是最主要表现。见于绝大多数患者，主要与炎症导致结肠黏膜对水吸收障碍有关。黏液及脓血便则为炎症渗出、黏膜糜烂及溃疡所致。黏液脓血便是本病活动期的重要表现。便血程度和粪便次数反映病情严重程度。病变累及直肠、乙状结肠时伴有里急后重，可出现腹泻、便秘交替，此为病变引起直肠排空功能障碍所致。

(2) 腹痛：缓解期及轻症者无或仅有腹部不适，活动期有轻度至中度腹痛，系左下腹或下腹部的阵痛，也可全腹痛。有腹痛-便意-便后缓解的规律。若并发中毒性巨结肠、腹膜炎，则有剧烈腹痛，呈持续性。

(3) 其他：严重者有食欲减退、恶心、呕吐、腹胀。

(4) 体征：轻、中型者仅有左下腹压痛，偶可触及痉挛的降结肠、乙状结肠，重者常有明显的压痛、鼓肠。如出现肠穿孔、中毒性巨结肠，则有腹肌紧张、反跳痛、肠鸣音减弱等表现。

2. 肠外表现 如外周关节炎、结节性红斑、口腔多发性溃疡、坏疽性脓皮病等。

3. 全身表现 一般出现在中、重型患者，活动期常有低热或中度发热，高热提示有并发症或暴发型。重症者常出现衰弱、消瘦、低蛋白血症、水电解质紊乱等。

4. 临床分型 根据疾病的病程、严重程度、范围及病期综合分型。

(1) 临床类型：①初发型，无既往史的首次发作；②慢性复发型，最常见，发作与缓解交替；③慢性持续型，症状持续 6 个月以上，间以症状加重；④急性暴发型，少见，起病急，病情重，全身毒血症状明显，可伴有各种并发症，易出血。上述各型可互相转化。

(2) 根据病情程度：①轻度，每日腹泻少于 4 次，便血轻或无，无发热、脉速，贫血轻或无，红细胞沉降率正常；②重度，腹泻每日 6 次以上，有明显黏液脓血便，体温高于 37.5℃，至少持续 2 日以上，脉搏 > 90 次/分，血红蛋白、白蛋白下降，红细胞沉降率升高，短期内体重明显下降；③中度，介于两者之间。

(3) 根据病变范围：可分为直肠炎、直肠乙状结肠炎、左半结肠炎、广泛性或全结肠炎。

(4) 根据病期分型：活动期和缓解期。

5. 并发症

(1) 中毒性巨结肠：多发生在暴发型或重症溃疡性结肠炎患者。临床表现为病情急剧恶化，毒血症明显，有脱水与电解质平衡紊乱，出现鼓肠、腹部压痛，肠鸣音消失。低钾、钡剂灌肠、使用抗胆碱能药物或阿片类制剂是其诱发因素。本并发症预后差，易致急性肠穿孔。

(2) 直肠结肠癌变：多见于广泛性结肠炎、幼年起病而病程漫长者。

(3) 其他并发症：如肠出血、肠穿孔、肠梗阻。

【辅助检查】

1. 血液检查 可有贫血，活动期白细胞增高，红细胞沉降率增快和 C-反应蛋白增高是





活动期的标志，严重而持久的患者血清白蛋白降低。

2. 大便检查 肉眼观察可见黏液、脓血，镜下可见红、白细胞，大便病原学检查，需至少连续3次检查，目的是排除感染性结肠炎。

3. 结肠镜检查 全结肠或乙状结肠镜检查对本病诊断有重要价值，是本病诊断和鉴别诊断的重要手段之一。内镜下可见黏膜多发性溃疡、充血、水肿，或黏膜表面粗糙呈颗粒状。黏膜血管模糊，脆且触之易出血。晚期可见假性息肉。

4. X线钡剂灌肠检查 可显示结肠袋变浅或消失，肠腔狭窄，肠壁变硬，肠管缩短、变细，可呈铅管状，当有伪息肉形成时可见多发性充盈缺损。重型或暴发型患者不宜做钡剂灌肠检查，以免诱发中毒性巨结肠或加重病情。

【治疗要点】

治疗的目的是控制发作，维持缓解，减少复发，防治并发症。

1. 一般治疗 急性期卧床休息，给流质饮食，需禁食者，给予静脉高营养。腹痛时给予解痉镇痛药。

2. 氨基水杨酸制剂 柳氮磺吡啶(SASP)为首选药物，适用于轻、中型及重型经治疗已有缓解者，发作时每日4~6g，分4次口服，病情缓解后改为每日2g维持，疗程1~2年。

3. 肾上腺皮质激素 适用于暴发型或重型或应用氨基水杨酸类药物无效的患者。常用氢化可的松每日200~300mg或地塞米松每日10mg静脉滴注，7~14天后改为口服泼尼松每日60mg。病情控制后逐渐减量，直至停药。

4. 免疫抑制剂 适用于对激素治疗效果不佳或对激素依赖的慢性持续型病例。

5. 手术治疗 适应于并发肠穿孔、大出血、重症患者特别是合并中毒性巨结肠经积极的内科治疗无效者。

【护理诊断/问题】

1. 腹泻 与炎症导致肠黏膜吸收障碍及肠管运动功能失常有关。

2. 疼痛：腹痛 与肠道黏膜的炎性浸润、溃疡有关。

3. 营养失调：低于机体需要量 与频繁腹泻、吸收障碍有关。

4. 焦虑 与病情反复、疾病迁延不愈有关。

5. 有体液不足的危险 与肠道炎症致频繁腹泻有关。

【护理措施】

1. 休息与体位 活动期患者应充分休息，减少精神和体力负担。给患者提供安静、舒适的休息环境，使患者得到身心全面的休息，以减少患者的胃肠蠕动，减轻症状。

2. 饮食护理 给予易消化、少纤维素，富含热量、高蛋白质、低渣软食，有利于肠道吸收。急性发作期和暴发型患者应进食无渣流质或半流质饮食，避免进食生冷及含纤维素多的食物，忌食牛乳和乳制品。病情严重者应暂禁食并行胃肠外营养，使肠道得以休息利于减轻炎症，控制症状。

3. 病情观察 观察患者腹泻的次数、量、性质，有无腹痛、发热、恶心、呕吐等伴随症状；观察有无口渴、疲乏无力、尿量减少等脱水表现；观察有无电解质紊乱、酸碱失衡的表现；还应观察进食情况，定期测量体重，监测大便检查结果和生化指标变化。

4. 对症护理 针对腹泻的护理：①休息，腹泻严重者需卧床休息，应安排患者离卫生间较近的房间，便于患者大小便，或室内留置便器；②饮食护理与病情观察同前；③静脉营养，遵医嘱及时给予补液、电解质、营养物质；④肛周皮肤护理，指导患者和其家属做好肛门及周围皮肤的护理，如手纸要柔软，擦拭动作宜轻柔，便后用肥皂与温水清洗肛门及周围皮肤，清洗后轻轻拭干局部，必要时局部涂抹无菌凡士林软膏或涂擦抗生素软膏以保护皮肤





的完整。

5. 药物护理 护理人员应向患者及其家属做好有关用药的解释工作,如药物的用法、作用、不良反应等,柳氮磺吡啶既可出现恶心、呕吐、食欲不振等消化系统不良反应,又可引起皮疹、粒细胞减少、自身免疫性溶血、再生障碍性贫血等,饭后服用可减少消化道症状;服药期间应定期复查血常规,出现不良反应要及时报告给医师。应用肾上腺皮质激素要注意激素用量和停药注意事项。对于采用灌肠疗法的患者,应指导患者尽量抬高臀部,从而延长药物在肠道内的停留时间。

6. 心理护理 由于溃疡性结肠炎病程较长,症状反复出现,患者缺乏战胜疾病的信心,思想顾虑较重,久而久之患者会有抑郁或焦虑。护理人员应耐心向患者做好宣传解释工作,使其认识到积极配合治疗,良好的心态调节可使症状得到较好控制和长期缓解,从而帮助患者树立战胜疾病的信心和勇气。

7. 结肠镜检查术的护理 结肠镜检查术主要用以诊断结肠的炎症性肠病以及肿瘤、出血、息肉等,并可行息肉切除、止血等治疗。

(1) 操作方法:①患者取左侧卧位,双下肢屈曲。②术者先做直肠指检,了解有无肿瘤、狭窄、痔疮、肛裂等。助手将镜前端涂上润滑剂(多用硅油,不可用液状石蜡)后,嘱患者张口呼吸,放松肛门括约肌,以右手示指按镜头,使镜头滑入肛门。此后按术者口令,逐渐缓慢插入肠镜。③根据情况可摄像或取活组织行细胞学等检查。④检查结束退镜时,应尽量抽气以减轻腹胀。

(2) 术前准备:①嘱患者检查前1天进流质饮食,检查当日晨禁食或饮少量糖水。②向患者详细讲解检查目的、方法、注意事项,解除其顾虑,取得配合。③做好肠道准备:肠道清洁有多种方法,现多用导泻法,用20%甘露醇500ml和5%葡萄糖生理盐水1000ml混合液于检查前4h口服,可产生渗透性腹泻,但对结肠黏膜无刺激作用,行内镜治疗的患者,禁用甘露醇清洁肠道,防止气体爆炸;检查前3~4h口服50%硫酸镁50~60ml,同时饮水1500~2000ml;口服含磷酸缓冲液的清肠液,饮水量不足1000ml即可达到同样的清肠效果;导泻效果不理想时,可用灌肠法。④根据医嘱术前给予患者肌内注射地西洋5~10mg,由于药物会使患者对疼痛的反应性降低,发生肠穿孔等并发症时腹部症状可不明显,应特别注意。术前30min用阿托品5mg或山莨菪碱10mg肌内注射。

(3) 术中配合:①协助患者采取合适的体位,叮嘱患者尽量保持身体不要摆动。②检查过程中,护士密切观察患者反应,如有腹胀不适,可嘱其缓慢深呼吸;如出现面色、呼吸、脉搏改变应停止插镜。

(4) 术后护理:①检查结束后,需观察15~30min再离去。嘱患者卧床休息,做好肛门清洁。术后3天内进少渣饮食。如行息肉摘除、止血治疗者,应给予抗生素治疗、半流质饮食和适当休息3~4天。②注意观察患者腹胀、腹痛及排便情况。腹胀明显者,可行内镜下排气;观察大便颜色,必要时行大便隐血试验,腹痛明显或排便便者应留院继续观察。如发现剧烈腹痛、腹胀、面色苍白、心率增快、血压下降、大便次数增多呈黑色,提示并发肠出血、肠穿孔,应及时报告医师,协助处理。③做好内镜的消毒工作,妥善保管,避免交叉感染。

【健康指导】

1. 指导患者合理休息与活动,生活规律,劳逸结合。避免过于紧张、焦虑、压力过大以免加重病情。

2. 合理饮食,选用多种维生素、少渣饮食,少量多餐,避免生冷、刺激、易过敏食物,摄入足够的营养。

3. 告诫患者坚持治疗,不要随意停药、换药。教会患者识别药物的不良反应,如出现皮疹、发热、黄疸等症状要及时就诊。



4. 本病呈慢性过程，缓解复发交替出现，不易彻底治愈，但大多数患者预后良好。

小结

1. 临床特点 溃疡性结肠炎是一种由环境、免疫、遗传和感染多种因素相互作用引起的直肠和结肠慢性非特异性炎性疾病。病变位于大肠，多数在直肠和乙状结肠，主要局限于大肠黏膜与黏膜下层，呈连续性弥漫性分布。主要临床表现是腹泻、大便有黏液脓血、腹痛及里急后重；严重的并发症为中毒性巨结肠；结肠镜检查对诊断有重要意义；治疗首选柳氮磺吡啶。

2. 护理要点 给予易消化、少纤维素，富含热量、高蛋白质、低渣软食，避免进食生冷及含纤维素多的食物，忌食牛乳和乳制品。腹泻严重者需卧床休息，安排患者离卫生间较近的房间，便于患者大小便，或室内留置便器；指导患者做好肛门及周围皮肤的护理；柳氮磺吡啶既可出现恶心、呕吐、食欲不振等消化不良反应，又可引起皮疹、粒细胞减少、自身免疫性溶血、再生障碍性贫血等，饭后服用可减少消化道症状，服药期间应定期复查血常规。

(张建欣)

第五节 肝硬化患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记肝硬化失代偿期临床表现。
2. 描述肝硬化的病因及治疗要点。

◆ 理解

1. 解释肝硬化辅助检查结果。
2. 归纳肝硬化的并发症。

◆ 运用

1. 按照护理程序对肝硬化患者进行评估并提出护理问题。
2. 对肝硬化患者实施整体护理。

肝硬化 (cirrhosis of liver) 是一种由不同病因长期或反复作用于肝，造成肝细胞变性坏死、假小叶和再生结节形成、肝组织弥漫性纤维化为特征的慢性肝病，以门静脉高压和肝功能损害为主要临床表现。晚期可出现上消化道出血、肝性脑病、继发感染等严重并发症。

【病因及发病机制】

引起肝硬化的病因很多，我国以病毒性肝炎最为常见，在欧美国家则以酒精中毒居多。

1. 病毒性肝炎 主要为乙型、丙型病毒或乙型加丁型病毒重叠感染。甲型和戊型病毒性





肝炎不发展为肝硬化。一般认为肝硬化是经过慢性肝炎演变而来。

2. 酒精中毒 长期大量酗酒引起酒精性肝炎,继而发展为肝硬化,主要是乙醇和其中间代谢产物乙醛的毒性作用。

3. 工业毒物或药物 长期接触四氯化碳、磷、砷等或服用甲基多巴、四环素、双醋酚汀等,可引起中毒性肝炎,最终演变为肝硬化。

4. 胆汁淤积 持续存在肝外胆管阻塞或肝内胆汁淤积时,高浓度的胆汁酸和胆红素对肝细胞有损害作用,导致肝硬化。

5. 循环障碍 慢性充血性心力衰竭、缩窄性心包炎、肝静脉和(或)下腔静脉阻塞,可使肝长期淤血,肝细胞发生缺氧、坏死和结缔组织增生,最终演变为淤血性肝硬化。

6. 遗传和代谢障碍 由于遗传或先天性酶缺陷,致使代谢产物积聚于肝,引起肝细胞坏死和结缔组织增生。

7. 营养障碍 食物中长期缺乏蛋白质、维生素,或脂肪堆积可引起吸收不良和营养失调、肝细胞脂肪变性和坏死,并降低肝对其他致病因素的抵抗力。

8. 血吸虫病 虫卵沉积于汇管区,引起纤维组织增生,导致窦前性门静脉高压。

9. 免疫紊乱 自身免疫性肝炎可演变为肝硬化。

10. 隐源性肝硬化 病因不明者占5%~10%,其中一部分有可能是非酒精性脂肪性肝炎发展而成的。

案例 4-5A

患者,男,50岁。食欲减退、乏力2个月,腹胀、下肢水肿1周。患者有乙肝病史10余年,2个月前出现食欲不振、全身乏力、消瘦等表现,1周前开始出现腹胀和下肢水肿,尿量减少。因病情迁延、反复发作、逐渐加重,患者对病情表示担心及忧虑,睡眠不佳。

护理体检: T 36.3°C, P 70次/分, R 20次/分, BP 120/70 mmHg, 消瘦,神志清楚,面色灰暗、无光泽,皮肤干燥,巩膜轻度黄染;肝掌(+),颈部、前胸部可见多个蜘蛛痣;心肺检查未见异常;腹部明显膨隆,可见腹壁静脉曲张,移动性浊音(+),肝肋下未触及,脾肋下3cm,双下肢中度水肿。

辅助检查:血液常规检查示 WBC $3.5 \times 10^9/L$, Hb 90g/L, PLT $90 \times 10^9/L$ 。肝功能及免疫标志物检查示 ALT 80U/L, 白蛋白 28g/L, 球蛋白 40g/L; HBsAg (+)。腹部B超检查示肝缩小、肝门静脉增宽、脾大、大量腹腔积液。

请同学们归纳这个病例有哪些症状、体征和有意义的实验室检查结果。同学们能否说出这是什么疾病?带着问题让我们继续学习。

【临床表现】

肝硬化起病隐匿,病程发展一般比较缓慢,病情亦较轻微,可潜伏3~5年或更长时间。临床上仍将肝硬化分为肝功能代偿期和失代偿期,两期的界限不明显。

1. 代偿期 症状轻,甚至无任何不适。早期以乏力、食欲不振较为突出,可伴有上腹部不适、腹胀、恶心、腹泻、厌油腻等,症状经休息或治疗可缓解。肝轻度增大,质偏硬,可有轻度压痛,脾轻、中度增大。肝功能正常或轻度异常。

2. 失代偿期 症状显著,主要为肝功能减退和门静脉高压引起的表现,同时有全身多系统症状。

(1) 肝功能减退的临床表现

1) 全身症状:患者一般情况及营养状况差,消瘦、乏力,面色灰暗无光泽,精神不振,





皮肤干而粗糙，有舌炎、口角炎，常有不规则低热及水肿。

2) 消化道症状：食欲明显减退，甚至厌食，进食后感上腹饱胀不适、恶心、呕吐等。对脂肪和蛋白质含量高的食物耐受差，稍进油腻食物即可引起腹泻。患者可因胃肠胀气和腹水终日腹胀。上述症状的产生与门静脉高压引起胃肠道淤血水肿、消化吸收障碍和胃肠道菌群失调有关。50%以上患者有轻度黄疸，少数可有中或重度黄疸，提示肝细胞有进行性或广泛坏死。

3) 出血倾向和贫血：可有鼻出血、牙龈出血、皮肤紫癜和胃肠出血倾向，系肝合成凝血因子减少、脾功能亢进和毛细血管脆性增加所致。患者常有不同程度的贫血，是由于肠道吸收障碍、营养不良、胃肠失血以及脾功能亢进等因素引起。

4) 内分泌失调：肝对雌激素的灭活功能减退，使雌激素增加，通过负反馈抑制腺垂体的分泌功能，从而影响垂体-性腺轴或垂体-肾上腺皮质轴的功能，致使雄激素和糖皮质激素减少，由于雌、雄激素平衡失调，男性患者常表现为性欲减退、睾丸萎缩、毛发脱落及乳房发育；女性患者有月经失调、闭经、不孕等。部分患者出现蜘蛛痣，主要分布在面颈部、上胸、肩背和上肢等上腔静脉引流区域；手掌大小鱼际和指端、腹侧部位皮肤发红称为肝掌，肝掌和蜘蛛痣的形成与雌激素增多有关。肝功能减退时，肝对醛固酮及抗利尿激素灭活作用减弱，导致继发醛固酮及抗利尿激素增多，致钠水潴留、水肿，促进和加重腹水的形成。肾上腺皮质功能减退，表现为面部和其他暴露部位皮肤色素沉着。

(2) 门静脉高压的临床表现：门静脉系统阻力增加和门静脉血流增多，是形成门静脉高压的发生机制。门静脉高压症的三大临床表现是脾大、侧支循环建立与开放、腹水。

1) 脾大、脾功能亢进：脾因长期淤血而增大，一般为轻、中度增大，上消化道大出血时脾可暂时缩小。晚期脾大常出现白细胞、红细胞、血小板计数的减少，称为脾功能亢进。

2) 侧支循环建立与开放：门静脉压力增高，超过 20mmH₂O 时，正常来自消化器官和脾的回心血液至肝受阻，致使门静脉系统许多部位与腔静脉之间建立门-体侧支循环（如图 4-1）：①食管和胃底静脉曲张，在门静脉压力持续增高的情况下，食管和胃底静脉曲张明显，常因恶心、呕吐、剧烈咳嗽等使腹腔压力增高，或因粗糙坚硬食物机械损伤，或因胃酸反流腐蚀损伤，导致曲张静脉破裂出血，临床上表现为呕血和黑便，严重者可有周围循环衰竭的表现；②腹壁静脉曲张，脐静脉重新开放，在脐周和腹壁可见以脐为中心向上及下腹延伸的迂曲静脉，脐周静脉曲张明显时，外观成水母状；③痔静脉曲张，形成痔核，破裂时引起便血。

3) 腹水：是肝硬化失代偿期最突出的临床表现，失代偿期患者 75% 以上有腹水，也是患者就医的主要原因。腹水形成与下列因素有关：①门静脉压力增高，使腹腔脏器毛细血管床静水压增高，组织间液回吸收减少而漏入腹腔。肝门静脉压力增高，肝静脉血流受阻，血浆自肝窦壁渗透致窦旁间隙，形成大量肝淋巴液，超过胸导管的引流能力，淋巴液自肝包膜表面和肝门淋巴管壁漏入腹腔。②血浆白蛋白降低，白蛋白低于 30g/L 时，血浆胶体渗透压降低，致使血液成分外渗。③有效循环血容量不足致肾血流量减少，肾小球滤过率降低，排尿减少。④抗利尿激素及继发醛固酮增多而引起水钠重吸收增多。

3. 肝触诊 肝大小与肝内脂肪浸润、再生结节、纤维化的程度有关。质地坚硬，早期表面光滑，晚期可触及结节或颗粒状，一般无压痛，在肝细胞进行性坏死或炎症时可有轻压痛。



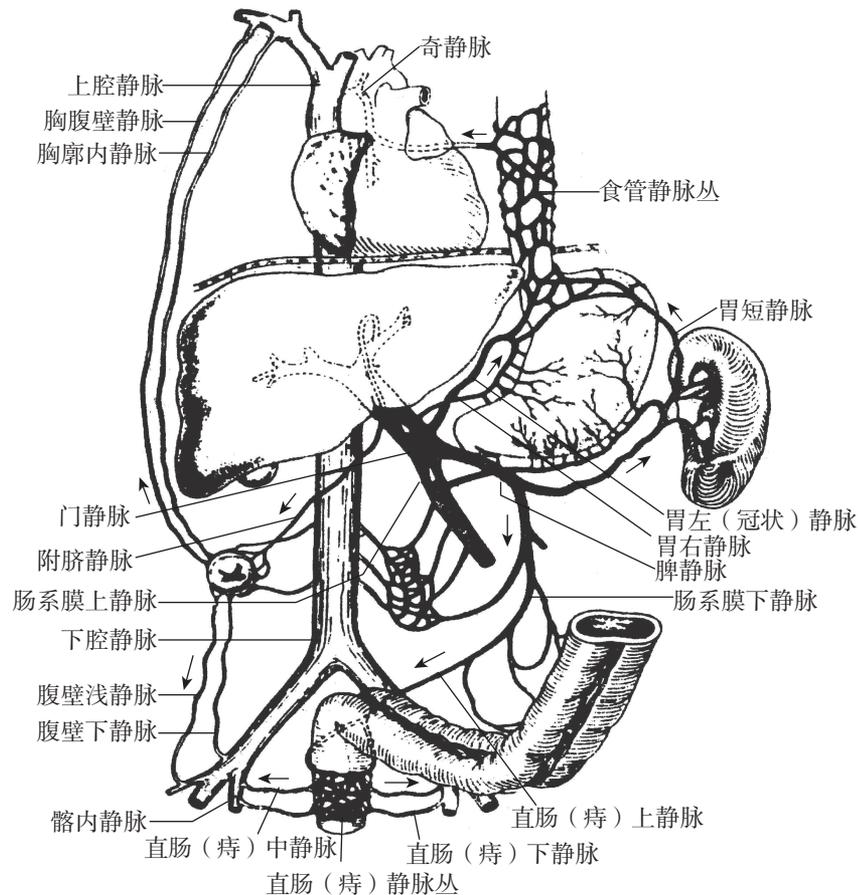


图 4-1 门静脉回流受阻时，侧支循环血流方向示意图

(引自叶任高, 陆再英. 内科学. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006.)

案例 4-5B

通过学习，上述病例诊断为乙型肝炎后肝硬化失代偿期。

该患者入院后因进食粗糙坚硬的食物，呕血、黑便 4 次后出现多言多语、躁动不安、吐词不清、神志恍惚等表现。

体格检查：T 36.3°C，P 90 次/分，R 22 次/分，BP 90/60mmHg；慢性肝病面容，嗜睡，回答问题不切题，理解力、计算力减退，定向力差；扑翼样震颤（+）。

辅助检查：血氨增高。

请同学们分析该患者病情加重的原因和诱因。

4. 并发症

(1) 上消化道出血：为本病最常见的并发症。多突然发生大量呕血或黑便，出血的原因为食管下端或胃底静脉曲张破裂或并发急性胃黏膜糜烂、消化性溃疡。出血量大可并发出血性休克或诱发肝性脑病，病死率很高。

(2) 肝性脑病：是晚期肝硬化的最严重并发症，也是最常见的死亡原因。主要临床表现为性格改变、行为失常、意识障碍、昏迷。

(3) 胆石症：肝硬化患者胆结石发生率增高，且随肝功能失代偿程度加重，胆石症发生





率随之增高。胆囊及肝外胆管结石均较常见。

(4) 感染：患者机体抵抗力低下，常并发肺炎、胆道感染、大肠埃希菌败血症和自发性腹膜炎等细菌感染。

(5) 原发性肝癌：患者如短期内出现肝迅速增大、持续性肝区疼痛、肝表面发现肿块或腹水呈血性等，应考虑并发原发性肝癌，需做进一步检查。

(6) 肝肾综合征：又称功能性肾衰竭，表现为自发性少尿或无尿、氮质血症、稀释性低钠血症和低尿钠，但肾无明显器质性损害。引起肝肾综合征的关键环节是肾血管收缩，导致肾皮质血流量减少，肾小球滤过率持续下降。

(7) 肝肺综合征：是指严重肝病、肺血管扩张和低氧血症组成的三联症。肝硬化时由于体内血管活性物质增多，使肺内毛细血管扩张，肺动静脉分流，动脉氧合不足，造成通气/血流比例失调。临床表现为卧位呼吸和直立性低氧血症。尚无理想治疗药物，肝移植可能为其根本治疗措施。

(8) 电解质和酸碱平衡失调：常见的电解质紊乱有：①低钠血症，是由于长期利尿和大量放腹水导致钠丢失、抗利尿激素增多致水潴留超过钠潴留、低盐饮食引起；②低钾低氯血症与代谢性碱中毒，如呕吐、腹泻、摄入不足、长期应用利尿剂或高渗葡萄糖溶液、继发性醛固酮增多等，均可导致或加重血钾和血氯的降低，低钾低氯血症可导致代谢性碱中毒。

【辅助检查】

1. 血常规 失代偿期可有贫血，脾功能亢进时白细胞计数和血小板计数减少。
2. 尿常规 并发肝肾综合征时可有管型、蛋白尿及血尿，有黄疸时可有胆红素和尿胆原增加。
3. 便常规 门脉高压性胃病引起的慢性出血，大便隐血试验阳性，消化道出血时出现肉眼可见的黑便。
4. 肝功能检查 代偿期正常或轻度异常，失代偿期患者肝功能检查有多项异常，血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）增高明显，肝细胞严重坏死时则血清门冬氨酸氨基转移酶（AST）活力常高于 ALT；血清总蛋白正常、降低或增高，但白蛋白降低， γ -球蛋白增高；失代偿期凝血酶原时间延长；重症患者血清胆红素有不同程度的增高。
5. 免疫功能检查 血清 IgG、IgA 均可增高，一般以 IgG 增高最为显著，与 γ -球蛋白的升高相平行；部分患者还可出现抗核抗体、抗平滑肌抗体、抗线粒体抗体等非特异性自身抗体；50% 患者 T 细胞数低于正常。
6. 腹水检查 为漏出液，并发自发性腹膜炎、结核性腹膜炎、癌变时腹水的性质也发生相应的改变。
7. 食管 X 线钡餐检查 可见食管下段或胃底静脉曲张呈虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损，纵行黏膜皱襞增宽，胃底静脉曲张时可见菊花样充盈缺损。
8. 超声检查 可显示肝大小和形态，脾大小，门静脉高压时可见门静脉、脾静脉直径增宽，有腹水时可见液性暗区。
9. 内镜检查 可直接看到静脉曲张的部位和程度。
10. 肝穿刺活组织检查 有假小叶形成，可确诊为肝硬化。
11. 腹腔镜检查 可直接观察肝情况，直视下可对病变明显处做肝穿刺活组织检查，对鉴别诊断很有帮助。

【治疗要点】

1. 保护或改善肝功能

(1) 去除或减轻病因

1) 抗 HBV 治疗：HBV 阳性的肝硬化失代偿期患者，无论 ALT 水平如何，当 HBV DNA 阳性时，均应给予抗 HBV 治疗。常用药物有阿德福韦、恩替卡韦及拉米夫定等口服核苷类似





物,无固定疗程,需长期应用。肝功能失代偿期患者不宜使用干扰素。

2) 抗 HCV 治疗:适用于肝功能代偿期的肝硬化患者,尽管对治疗的耐受性和效果有所降低,但为使病情稳定、延缓或阻止肝衰竭和 HCC 等并发症的发生,在严密观察下,使用聚乙二醇干扰素 α 联合利巴韦林或普通干扰素联合利巴韦林等方案。

3) 慎用损害肝的药物:避免使用疗效不明确的药物,以减轻肝代谢负担。

(2) 营养支持:尽量维持肠内营养,肠内营养是机体获取能量的最好方式,应进食易消化的食物,以碳水化合物为主,蛋白质摄入量以患者可耐受为宜,辅以多种维生素,可给予胰酶助消化。对于食欲减退、不能耐受食物者,可给予易消化的、蛋白质已水解为小肽段的肠内营养剂。肝衰竭或有肝性脑病先兆者,应限制蛋白质的摄入。

(3) 保护肝细胞:胆汁淤积时,微创方法解除胆道梗阻,可避免对肝功能的进一步损伤。也可口服熊去氧胆酸降低肝内鹅去氧胆酸的比例,减少其对肝细胞的破坏。其他保护肝细胞的药物有水飞蓟素、多烯磷脂酰胆碱、还原型谷胱甘肽及甘草酸二胺。

2. 腹水治疗 治疗腹水不但可以减轻症状,且可防止在腹水基础上发展的一系列并发症,如自发性细菌性腹膜炎、肝肾综合征等。

(1) 限制钠、水的摄入:钠摄入量限制在 500 ~ 800mg/d (相当于氯化钠 1.2 ~ 2g/d)。摄入量在 500 ~ 1000ml/d。

(2) 利尿剂:利尿剂的使用原则是联合、间歇、交替使用。常用保钾利尿剂螺内酯和排钾利尿剂呋塞米联合使用。利尿速度不宜过快、剂量不宜过大,以每天体重减轻不超过 0.5kg 为宜,以免诱发肝性脑病等。

(3) 经颈静脉肝内门体分流术 (transjugular intrahepatic portosystemic shunt, TIPS):是一种以血管介入的方法在肝内的门静脉分支与肝静脉分支间建立分流通道。此方法能有效降低门静脉压力,创伤小、安全性高,显著减少或消除腹水。如果能对因治疗,使肝功能稳定或有所改善,可较长期维持疗效,多数患者术后不需要限盐、限水及长期使用利尿剂,可减少对肝移植的需求。

(4) 排放腹水加补充白蛋白:用于不具备 TIPS 技术、对 TIPS 禁忌及失去 TIPS 机会顽固性腹水的姑息治疗。一般每放腹水 1000ml,同时输注白蛋白 80g。该方法缓解症状时间短,易于诱发肝性脑病、肝肾综合征。

3. 肝移植手术 是终末期肝硬化治疗的最佳选择。



知识链接

肝移植术是治疗终末期肝病的重要技术,是采用外科手术的方法,切除已经失去功能的病肝,然后把一个有生命活力的健康肝植入人体内,挽救濒危患者生命,这个过程就是肝移植。肝移植可以使终末期肝病患者肝功能得到良好恢复,使晚期肝病患者在绝境中重获新的生机。当各种急性或慢性肝病用其他内外科方法无法治愈,预计在短期内(6 ~ 12个月)无法避免死亡者,均可考虑进行移植术。

4. 并发症的治疗

(1) 上消化道出血:详见本章第九节“上消化道大量出血患者的护理”。

(2) 自发性腹膜炎:早期、足量、联合应用抗生素。一旦确诊,应立即治疗,不需等待





细菌培养结果。主要选用针对革兰阴性杆菌的抗生素，如环丙沙星、氧氟沙星、丁胺卡那等，或选用广谱抗生素如头孢噻肟钠、头孢曲松、头孢哌酮钠等。通常选择2~3种抗生素联合应用，然后根据治疗的反应和细菌培养结果调整抗生素，用药时间不得少于2周。

(3) 肝肾综合征：TIPS有助于防止缓进型转为急进型。肝移植是该并发症有效的治疗方法。在等待肝移植过程中，可以采取静脉输注白蛋白、使用血管加压素、TIPS、血液透析以及人工肝支持等方法。

案例 4-5C

该患者由于进食粗糙坚硬的饮食导致上消化道出血，上消化道出血又使肠道对氨的吸收增加导致患者出现肝性脑病，因此患者出现意识障碍、扑翼样震颤等表现。

为防止患者出现上述并发症，作为护理工作应如何对患者进行评估、采取哪些护理措施和健康教育。

【护理评估】

1. 健康史

(1) 寻找病因：详细询问患者有无肝炎或输血史、心力衰竭、胆道疾病史；是否在血吸虫病流行区生活；有无长期化学毒物接触史；有无长期使用对肝有损害药物或嗜酒，其用量和持续时间。

(2) 了解营养情况：询问患者饮食及消化情况，如食欲、进食量及食物种类、饮食习惯等；询问患者有无慢性肠道感染、消化不良、消瘦、黄疸、出血史。

(3) 病程与治疗情况：详细询问肝硬化的病程，疾病发展及治疗情况，此次就诊的主要症状，腹水的程度，有无呕血、黑便及神志变化等。

(4) 既往健康状况：询问有无其他系统疾病，有无手术、外伤史及药物过敏史，有无吸烟、饮酒史。

2. 身体评估

(1) 意识状态：注意观察患者的精神状态，对人物、时间、地点的定向力。如有表情淡漠、性格改变或行为异常多为并发肝性脑病。

(2) 营养状况：身高、体重及全身营养状况，是否消瘦及其程度，有无水肿，当有腹水或皮下水肿时，不能以体重判断患者的营养状况。

(3) 皮肤和黏膜：皮肤、黏膜有无黄染、出血点、蜘蛛痣、肝掌、腹壁静脉曲张。

(4) 肝脾：肝、脾触诊应注意其大小、质地、表面情况、有无压痛。

(5) 腹水体征：检查腹式呼吸是否减弱、有无腹部膨隆、脐疝、有无移动性浊音。腹水是否引起呼吸困难、心悸等症状，患者是否能平卧。

(6) 尿量及尿液的颜色：询问患者24h的尿量、颜色。

3. 心理-社会状况 肝硬化为慢性经过，随着病情进展，患者逐渐丧失工作能力，以及长期治病影响家庭生活、经济负担沉重等，使患者及其照顾者常出现各种心理问题和应对行为不足，甚至无效。评估时应注意患者的心理状态，有无性格、行为的改变，有无焦虑、抑郁、易怒、悲观等情绪。应注意鉴别患者是心理问题或并发肝性脑病时的精神障碍表现。注意患者及其家庭成员对疾病的认识程度及态度、家庭经济情况以及社会保障情况。

4. 辅助检查 评估患者：①肝功能检查有无异常及其程度；②有无全血细胞减少；③有





无电解质和酸碱平衡紊乱；④腹水的颜色、性质；⑤血氨是否增高，有无氮质血症；⑥X线钡餐检查有无食管下段和胃底静脉曲张；⑦超声波检查有无脾大、门静脉高压征象。

【护理诊断/问题】

1. 营养失调：低于机体需要量 与肝硬化所致的摄食量少及营养吸收障碍有关。
2. 体液过多 与肝硬化所致的门静脉高压、低白蛋白血症及水钠潴留有关。
3. 活动无耐力 与肝功能减退、大量腹水有关。
4. 有皮肤完整性受损的危险 与水肿、皮肤瘙痒、长期卧床有关。
5. 有感染的危险 与机体抵抗力低下有关。
6. 潜在并发症：上消化道出血、肝性脑病等。
7. 焦虑 与担心疾病预后、经济负担有关。

【护理目标】

1. 患者能描述营养不良的原因，遵循饮食计划，各种营养物质均衡摄入。
2. 患者能叙述腹水和水肿的主要原因，主动配合治疗，腹水和水肿有所减轻。
3. 患者无皮肤破损或感染的发生。
4. 患者活动耐力增加。
5. 患者未发生感染。
6. 避免患者出现并发症，一旦出现能及时报告，配合医师进行处理。
7. 患者焦虑感缓解或消除。

【护理措施】

1. 休息与体位 病室环境需整洁、安静舒适，根据病情合理安排患者休息和活动，代偿期患者可适当从事轻体力活动，失代偿期则要卧床休息，目的是降低肝的代谢活动，增加肝的血流量，以利于肝功能的恢复。

2. 饮食护理 给予高热量、高蛋白质、高维生素、易消化饮食，补充足够维生素，尤其是补充脂溶性维生素，新鲜蔬菜和水果含有丰富的维生素。蛋白质来源以豆制品、鸡蛋、牛奶、鸡肉、鱼肉、瘦猪肉为主。有肝性脑病先兆或血氨增高者应限制或禁食蛋白质，此时蛋白质选择主要以植物蛋白为主，如豆制品，待病情好转后逐渐增加蛋白质的摄入量。有腹水者应低盐或无盐饮食，钠限制在每日 500 ~ 800mg(氯化钠 1.2 ~ 2.0mg)，少食含钠食物，如咸肉、酱菜、酱油、含钠味精等；谷物、瓜茄、水果含钠较少；水果、硬壳果、干豆、肉类、马铃薯含钾多。饮水量每日在 1000ml 左右。进餐时要细嚼慢咽，避免进食刺激性强、粗纤维较多和较硬的食物，以防止损伤曲张的食管胃底静脉导致出血，嘱患者戒烟、戒酒。

3. 病情观察 观察生命体征、尿量等情况，注意有无并发症发生，出现异常情况及时通知医师，以便采取紧急措施。

4. 对症护理

(1) 腹水的护理

1) 体位：大量腹水患者取半卧位，以减轻呼吸困难；少量腹水患者取平卧位，以增加肝、肾血流量。注意预防褥疮的发生。

2) 遵医嘱严格限制水钠摄入，向患者及其家属讲明限制钠、水摄入有利于腹水消退。遵医嘱使用利尿剂，并注意观察电解质及酸碱平衡情况。

3) 准确记录 24h 出入液量，定期测量腹围和体重，以观察腹水消长情况，并教会患者正确的测量和记录方法。

4) 协助腹腔穿刺放液：术前向患者说明操作过程和注意事项，测量腹围、体重和生命体征，排空膀胱以免穿刺时损伤；术中及术后监测生命体征，观察不良反应；术毕用无菌敷料覆盖穿刺部位，并观察穿刺部位有无渗液，术后应缚紧腹带，防止腹腔穿刺后腹压骤降，记录腹





水量、颜色、性质，及时送检标本。

(2) 皮肤护理：肝硬化患者常伴有四肢水肿、皮肤干燥、瘙痒、机体抵抗力下降，因此，要注意皮肤的护理，每日可用温水擦浴，避免用力搓拭、使用刺激性的药皂或沐浴液、水温过高等；衣服宜柔软、宽松；床铺要平整、洁净；定时更换体位，以防局部组织长期受压、皮肤损伤，发生压疮或感染；皮肤瘙痒时勿搔抓，可涂抹止痒剂，以免皮肤破损和继发感染；向患者解释发生褥疮的危险因素和早期表现，指导患者及其家属学会预防的方法。

5. 用药护理 遵医嘱静脉补充营养，以提高血浆胶体渗透压。应用利尿剂时注意观察电解质情况。

6. 心理护理 肝硬化是慢性病，症状很难控制，预后不良，患者和其家属容易产生悲观情绪，护理人员要同情和关心患者，及时解答患者提出的疑问，安慰、理解、开导患者，使患者及其家属树立战胜疾病的信心。对有严重焦虑和抑郁的患者，应加强巡视并及时进行心理干预，以免发生意外。

7. 腹膜腔穿刺术 (abdominocentesis) 是为了诊断和治疗腹膜腔疾病，对有腹水的患者进行腹腔穿刺、抽取积液的操作过程。

(1) 操作方法：①协助患者采取合适的体位。根据需要可取平卧、半卧、稍左侧卧位或靠椅坐位。②选择适宜穿刺点。常选择脐与左髂前上棘连线的中外 1/3 交界处，也有选择脐与耻骨联合上缘间连线的中点上方 1cm 偏左或右 1 ~ 2cm 处，或脐平面与腋前线或腋中线交点处。对少量或包裹性腹水，需在 B 超定位下穿刺。③常规消毒穿刺部位皮肤，戴无菌手套，铺无菌孔巾，由皮肤至腹膜壁层以 2% 利多卡因做局部麻醉。④左手固定穿刺部皮肤，右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁，待针锋抵抗感突然消失时，示针尖已穿过腹膜壁层，抽取腹水，并留样送检。诊断性穿刺，可直接用 20ml 或 50ml 注射器及适当针头进行。大量放液时，可用 8 号或 9 号针头，接一橡皮管，以输液夹子调整速度，将腹水引入容器中计量并送化验检查。⑤腹腔放液速度不宜过快，量不宜过大。肝硬化患者一次放腹水一般不超过 3 000ml，过度放液易诱发肝性脑病和电解质紊乱，但在补充输注大量白蛋白的基础上，也可以大量放液。大量腹水伴有严重电解质紊乱者禁忌大量放腹水。⑥抽液完毕后拔出穿刺针，穿刺点用聚维酮碘（碘伏）消毒，覆盖无菌纱布，用胶布固定，稍用力压迫穿刺部位数分钟，并用多头绷带包扎腹部。

(2) 术前准备：①向患者说明穿刺的目的和大致过程，消除患者顾虑，争取充分合作；②测量血压、脉搏，量腹围，检查腹部体征；③备好腹腔穿刺用物，如穿刺包、麻醉药、消毒用品、无菌试管等；④嘱患者术前排尿，以防刺伤膀胱。

(3) 术中配合：①协助患者采取合适的体位；②检查过程中，护士应随时观察患者神志、面色、脉搏、呼吸等，如有异常，要告诫术者减缓放液速度甚至停止抽液，并适时解释。

(4) 术后护理：①大量放液后需束以多头腹带，以防腹压骤降、内脏血管扩张而引起休克。嘱患者卧床休息 24h。②测量血压、脉搏，量腹围，以便观察病情变化。③密切观察穿刺部位有无渗液、渗血，有无腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张的腹膜感染征象。

【护理评价】

1. 患者能遵循饮食计划，保证各种营养物质均衡摄入。
2. 患者能叙述减轻腹水和水肿的有关措施，腹水和水肿有所减轻。
3. 皮肤完整，无破损或感染的发生。
4. 活动耐力增加。
5. 未生感染，体温正常。
6. 无并发症出现。
7. 患者焦虑情绪缓解，能积极配合治疗。



**【健康指导】**

1. 知识普及 护士应帮助患者和其家属掌握本病的有关知识和自我护理方法，避免酗酒，积极治疗病毒性肝炎以防止肝硬化发生。

2. 休息与活动指导 代偿期宜适当减少活动，参加较轻的工作，避免劳累；病情加重或合并腹水、食管胃底静脉曲张，肝性脑病时，应卧床休息，腹水者取半卧位。

3. 饮食指导 帮助患者制订合理的营养食谱，遵循饮食治疗原则，以高热量、高蛋白、丰富维生素，适当脂肪且易消化饮食为宜。对病情严重或血氨偏高者，根据病情限制蛋白质的摄入，对于有腹水的患者，限制水、钠的摄入。此外，忌酒，避免进食粗糙、坚硬或辛辣的刺激食物，以防食管胃底静脉曲张破裂出血。

4. 用药指导 严格按医师处方用药，避免服药不当而加重肝负担和肝功能损害，教会患者观察药物疗效和不良反应，及时识别病情变化、药物不良反应，以便及时就诊。

5. 心理指导 告诉患者在疾病早期积极针对病因治疗和加强一般治疗，能使病情缓解及延长其代偿期。在失代偿期，积极对症治疗，让患者了解身心两方面休息对疾病的恢复很重要，要保持心情愉快，生活要有规律，尽可能帮助患者提高生活质量，改善其心身状态，以最佳心理状态积极配合治疗。

小 结

1. 临床特点 肝硬化是一种由不同病因长期或反复作用于肝，造成肝细胞变性坏死、假小叶和再生结节形成、肝组织弥漫性纤维化为特征的慢性肝病。常见病因为乙型病毒性肝炎。门静脉高压的临床表现为脾大和脾功能亢进、侧支循环的建立与开放、腹水。肝功能损害的主要临床表现为全身表现、消化道症状、出血倾向和贫血、内分泌功能失调等。晚期可出现上消化道出血、肝性脑病、继发感染等严重并发症。患者主要的死亡原因为肝性脑病。

2. 护理要点 ①饮食原则为高热量、高蛋白、高维生素、低盐、易消化饮食，有肝性脑病先兆或血氨增高者应限制或禁食蛋白质，此时蛋白质选择主要以植物蛋白为主，如豆制品。待病情好转后逐渐增加蛋白质的摄入量。进餐时要细嚼慢咽，避免进食刺激性强、粗纤维多和较坚硬的食物，以防损伤曲张的食管胃底静脉导致出血。嘱患者戒烟、戒酒。②腹水的护理。大量腹水患者取半卧位，以减轻呼吸困难；遵医嘱严格限制水盐摄入，使用利尿剂时注意观察电解质及酸碱平衡情况；准确记录24h出入液量，定期测量腹围和体重，以观察腹水消长情况，并教会患者正确的测量和记录方法；协助腹腔放液。③加强皮肤的护理。

(张建欣)





第六节 原发性肝癌患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记原发性肝癌的概念。
2. 说出原发性肝癌的病因、辅助检查。
3. 描述原发性肝癌的临床表现、转移途径、组织学分型及治疗原则。

◆ 理解

总结原发性肝癌的并发症。

◆ 运用

1. 用护理程序对肝动脉栓塞化疗患者进行护理。
2. 对原发性肝癌患者实施整体护理。

原发性肝癌 (primary carcinoma of the liver) 是指发生在肝细胞或肝内胆管上皮细胞的恶性肿瘤。其中肝细胞癌 (hepatocellular carcinoma, HCC) 占原发性肝癌中的绝大多数, 胆管细胞癌 (cholangiocarcinoma) 不足 5%。近年来原发性肝癌的发病率有所增加。2012 年全球约有 78.2 万人新发肝癌, 以东南亚及非洲撒哈拉以南地区发病率最高。我国原发性肝癌病例约占全球的 55%, 东南和东北地区发病率高。广西的扶绥和江苏的启东是高发区。肝癌多见于中年男性, 40 ~ 49 岁年龄组发病率最高, 男女之比为 3 ~ 4 : 1。本病恶性程度高, 浸润和转移性强, 远期疗效取决于能否早期诊断及早期治疗。

【病因与发病机制】

原发性肝癌的病因和发病机制尚未完全明确, 根据高发区流行病学调查, 以下因素与原发性肝癌的发病有关。

1. 病毒性肝炎和肝硬化 病毒性肝炎是导致原发性肝癌的最主要因素。80% 的肝细胞癌是由于慢性乙型和丙型肝炎所致。我国肝癌患者中 HBV 的检出率高达 90%。HBV 的致癌机制很复杂, 目前多认为是由于 HBV DNA 与宿主 DNA 整合、HBV 游离复制型缺陷病毒及其某些基因产物导致宿主基因组丧失稳定性, 激活或抑制包括细胞生长调控基因的表达, 进而促进肝细胞癌变。HCV 的致癌机制则可能是通过表达基因产物, 间接影响细胞的增殖分化而诱发肝细胞恶变。

约 70% 的原发性肝癌是在肝硬化基础上发生。每年约有 3% ~ 6% 的乙型肝炎肝硬化和 1% ~ 7% 的丙型肝炎肝硬化患者发展为肝癌。我国原发性肝癌主要是在病毒性肝炎后肝硬化基础上发生; 而在欧美等病毒性肝炎发病率低的国家, 肝癌常发生在酒精性肝硬化的基础上。

2. 黄曲霉毒素 黄曲霉毒素 B₁ (aflatoxin B₁, AFB₁) 对肝有强烈的致癌作用。流行病学资料表明食物中黄曲霉毒素 B₁ 的含量与肝癌的发生率呈正相关。HBV 感染和黄曲霉毒素在原发性肝癌的发生与发展中发挥协同作用, 同时暴露于这两个危险因素则原发性肝癌的发生率是单纯 HBV 感染的 3 倍。黄曲霉毒素 B₁ 可能通过影响抑癌基因 P53 的表达而引起肝癌的发生。

3. 其他因素 肥胖可通过引起脂肪性肝病增加肝细胞癌的危险性。华支睾吸虫感染可刺激胆管上皮增生, 为导致原发性胆管细胞癌的原因之一。5% ~ 10% 的原发性硬化性胆管炎有可





能发展为胆管细胞肝癌。糖尿病、吸烟也会增加原发性肝癌的危险性。此外,遗传因素也与肝癌发病有关,一些化学物质如亚硝胺类、偶氮芥类、有机氯农药、乙醇(酒精)等均是可疑的致肝癌物质。



知识链接

黄曲霉毒素是黄曲霉和寄生曲霉的代谢产物,是一种剧毒物质,对肝组织有破坏作用,可导致肝癌的发生。1993年被WHO划定为1类致癌物。黄曲霉毒素主要污染粮油食品,如花生、玉米、大米、小麦、豆类、坚果类、肉类、乳制品等。黄曲霉毒素加热至280℃以上才开始分解,因而普通加热并不能破坏毒素。为有效防止其危害,应认真做好粮油食品的防霉去毒工作,关键在于控制粮油食品中的含水量,尤其是高温高湿地区。当含水量在13%以下,真菌就不容易繁殖。

【病理】

1. 分型 根据癌肿大体形态可分为:①块状型,最多见,呈单个、多个或融合成块,直径5~10cm。>10cm者称巨块型。此型易坏死、液化及出血,故常出现肝破裂、腹腔内出血等并发症。②结节型,较多见,有大小和数目不等的癌结节,一般直径不超过5cm,常伴有肝硬化,与周围肝组织的分界不如块状型清楚。③弥漫型,最少见,米粒至黄豆大的癌结节弥漫地分布于全肝,不易与肝硬化区分。

按组织学分型可分为:①肝细胞型,最多见,约占原发性肝癌的90%;②胆管细胞型,较少见;③混合型,最少见,具有肝细胞癌和胆管细胞癌两种结构,或呈过渡状态。

2. 转移途径 肝癌可经血行转移、淋巴转移、移植转移等扩散。肝内血行转移发生最早、最常见,也是肝癌术后早期复发的主要原因。肝组织有丰富的血窦,癌细胞有向血窦生长的趋势且极易侵犯门静脉分支,形成门静脉癌栓,导致肝内播散。肝外血行转移以肺最常见,此外还可累及肾、肾上腺、骨、脑等器官而出现相应症状。淋巴转移中以肝门淋巴结转移最常见。种植转移较少见,可种植在腹膜、横膈、盆腔、结肠、卵巢等处。

【临床表现】

原发性肝癌起病隐匿,早期症状多不明显。经AFP普查检出的肝癌可无任何症状和体征,称为亚临床肝癌。一旦出现典型症状和体征时,病程大多已进入中、晚期。

1. 症状

(1) 肝区疼痛:是肝癌最常见的症状和首发症状,多呈持续性胀痛或钝痛。疼痛是因癌肿生长过快、牵拉肝包膜所致。如癌肿生长缓慢,或位于肝实质深部,可完全无痛或仅有轻微钝痛。若肿瘤位于肝右叶,则疼痛多在右季肋部;肿瘤位于左叶时常表现为上腹痛;如肿瘤侵犯肝右叶膈顶部,疼痛可牵涉右肩或右背部;若肝表面的癌结节破裂,可导致剧烈腹痛,从肝区开始迅速延至全腹,产生急腹症的表现,出血量大时可导致休克。

(2) 消化道症状:患者常有食欲不振、反酸、嗝气、恶心、呕吐等胃肠道症状。

(3) 恶性肿瘤的全身性表现:有发热、乏力、进行性消瘦、营养不良和恶病质等。

(4) 伴癌综合征:指机体在肝癌组织自身所产生的异位激素或某些活性物质影响下而出现的内分泌或代谢异常为主的一组症候群。主要表现为自发性低血糖症、红细胞增多症,有时还可伴有高钙血症、高脂血症、类癌综合征、血小板增多、高纤维蛋白原血症等。





2. 体征

(1) 肝大：为中晚期肝癌的主要体征。可在肋缘下或剑突下触及，质地坚硬，表面凹凸不平，常有大小不等的结节，可伴不同程度的压痛。

(2) 黄疸：一般为晚期征象，多因癌肿压迫或侵犯胆管或肝门转移性淋巴结肿大压迫胆管造成阻塞而致阻塞性黄疸，少数为肝细胞性黄疸。

(3) 脾大：常为合并肝硬化所致，或癌肿压迫或门静脉、脾静脉癌栓也可引起淤血性脾大。

(4) 腹水：腹水一般为漏出液，草黄色或血性。腹水多是在肝硬化的基础上合并肝静脉或门静脉癌栓所致，也可是肝癌侵犯腹膜所致。

3. 并发症

(1) 肝性脑病：是肝癌终末期的最严重并发症，约 1/3 的患者因此死亡。

(2) 上消化道出血：占肝癌死亡原因的 15%，大量出血可加重肝功能损害，诱发肝性脑病。

(3) 肝癌结节破裂出血：约 10% 的肝癌患者可发生癌结节破裂出血。肝癌结节可自发破裂，也可在外力作用下破裂。若出血局限于肝包膜下，可产生急剧疼痛、肝迅速增大；若破入腹腔可引起急性腹痛和腹膜刺激征。大量出血可致休克，少量出血则表现为血性腹水。

(4) 继发感染：患者因长期消耗或化疗、放疗后白细胞下降等，抵抗力减弱，容易并发肺炎、肠道感染、败血症等。

【辅助检查】

1. 肝癌标志物检测

(1) 甲胎蛋白 (alpha fetoprotein, AFP)：AFP 是最具有诊断价值的肝癌标志物，现已广泛用于原发性肝癌的普查、诊断、判断治疗效果及预测复发。在排除妊娠、肝炎和生殖腺胚胎瘤的基础上，血清 AFP $> 400\mu\text{g/L}$ 是诊断肝癌的条件之一。若 AFP 在 $200\mu\text{g/L}$ 以上的中等水平持续 8 周以上或 AFP 逐渐升高不降，应综合影像学和肝功能变化做动态观察或综合分析。

(2) 其他肝癌标志物：血清岩藻糖苷酶 (AFu)、 γ -谷氨酰转氨酶同工酶 II (GGT₂)、异常凝血酶原 (APT)、碱性磷酸酶同工酶 (ALP-I) 等有助于 AFP 阴性的原发性肝癌的诊断和鉴别诊断。

2. 影像学检查

(1) 超声显像：超声是目前肝癌筛查的首选方法，具有无创方便、价格低廉等优点，能确定肝内 $> 1\text{cm}$ 的占位性病变，并判断肝静脉、门静脉有无癌栓等。利用彩色多普勒和超声造影还可了解占位性病变的血供情况，判断其良恶性，并有助于引导肝穿刺活检。

(2) 增强 CT：CT 分辨率更高，能更敏感地发现肝癌， 1cm 左右的肝癌检出率可 $> 80\%$ ，且能显示病变范围、数目、大小及其与邻近器官和重要血管的关系等，是肝癌诊断的重要手段，列为临床疑诊肝癌者和确诊为肝癌拟行手术治疗者的常规检查。增强 CT 扫描可进一步提高肝癌诊断的准确性及早期诊断率。

(3) 磁共振成像 (MRI)：为非放射性检查，无需增强即能显示门静脉和肝静脉的分支；有利于肝血管瘤、囊性病灶、结节性增生灶等的鉴别。

(4) 选择性肝动脉造影：对直径 $1 \sim 2\text{cm}$ 的小肝癌可以做出更精确的诊断，正确率 $> 90\%$ ，是肝癌诊断的重要补充手段。

3. 肝穿刺活体组织检查 超声或 CT 引导下细针穿刺行组织学检查是确诊肝癌的最可靠方法，属侵入性检查，偶有出血或针道转移的风险，且需注意与临床相结合。

【治疗要点】

治疗方案的选择应根据疾病的分期进行。早期肝癌尽量手术切除，不能切除者应采取综合治疗的模式。

1. 手术治疗 手术切除仍是目前根治原发性肝癌的首选方法。能否进行手术切除及切除





的疗效不仅与肿瘤大小及数目有关,更重要的是与肝功能、肝硬化分期、肿瘤部位、肿瘤界限、包膜完整程度及有无静脉癌栓密切相关。凡有手术指征者均应积极争取手术切除。

2. 肝动脉化疗栓塞治疗(transcatheter arterial chemoembolization, TACE)为原发性肝癌非手术治疗的首选方案,具有靶向性好,创伤小,可重复的特点,适用于不能手术切除的中晚期患者及由于其他原因不能或不愿意接受手术者。TACE是将抗肿瘤药或栓塞剂注入滋养肿瘤的肝动脉内,阻断肿瘤的供血,使其缺血坏死。行TACE治疗的关键是超选择插管,因其更有利于控制肿瘤的生长,保护正常肝组织。除多发结节外,均应强调超选择插管。

3. 无水乙醇注射疗法(percutaneous ethanol injection, PEI)在超声引导下,将无水乙醇直接注入肿瘤组织内,使肿瘤脱水、变性、坏死。适用于肿瘤直径 $< 3\text{cm}$,结节数在3个以内伴有肝硬化而不能手术治疗的患者。

4. 物理疗法 在超声或开腹下,将电极插入肝癌组织内,应用电流热效应等多种物理方法使肿瘤细胞变性、坏死。常见的方法有微波组织凝固技术、射频消融等。另外,冷冻疗法也可以达到杀伤肝癌细胞的作用。

5. 肝移植 适合于仅有孤立病灶者 $\leq 5\text{cm}$ 或不超过3个病灶且每个病灶 $\leq 3\text{cm}$ 者。已出现静脉癌栓、肝内播散或肝外器官转移者不适合肝移植。

6. 其他治疗 全身化疗、放射治疗、生物和免疫治疗等也有一定疗效。

【护理诊断/问题】

1. 疼痛:上腹痛 与肿瘤生长牵拉包膜或肝动脉栓塞化疗后产生栓塞后综合征有关。
2. 营养不良:低于机体需要量 与恶性肿瘤对机体的慢性消耗、化疗所致胃肠道反应有关。
3. 预感性悲哀 与担忧疾病预后和生存期限有关。
4. 潜在并发症:上消化道大出血、肝性脑病、癌结节破裂出血。

【护理措施】

1. 休息与活动 患者适当卧床休息,注意生活规律、劳逸结合,避免过度劳累和熬夜。
2. 饮食护理 宜选用高蛋白、适当热量、高维生素的清淡、易消化饮食,避免高脂食物和刺激性食物摄入,戒烟酒。若有肝性脑病先兆,应减少蛋白质摄入。食欲欠佳时可少量多餐,必要时可给予营养支持、输血、输白蛋白等。
3. 症状护理 加强对患者腹痛的护理。

(1) 腹痛的监测:严密观察患者腹痛的部位、性质、程度、持续时间以及伴随症状。及时了解腹痛的变化情况,若患者腹痛突然加剧、肝迅速增大,出现腹膜刺激症状,应警惕癌结节破裂出血的可能,应及时通知医师,积极配合抢救。告诫患者避免碰撞肝,避免剧烈咳嗽、用力排便等致腹内压骤升的动作,以防癌结节破裂。

(2) 减轻疼痛:对轻度疼痛,指导患者通过转移注意力、音乐疗法等方法减轻疼痛。对于中重度以上疼痛者,采用WHO疼痛三阶梯镇痛法,遵医嘱采用镇静、镇痛药物,注意观察药物疗效和不良反应。

4. 病情观察 密切观察患者生命体征、面色、呕吐物及粪便的颜色、性状和量,以便及时发现上消化道出血和感染等并发症。注意观察患者神志、行为情况,若患者出现欣快感、表情淡漠、行为异常或扑翼样震颤时,有可能是肝性脑病的早期症状,及时通知医师。

5. 肝动脉栓塞化疗的护理

(1) 术前准备:①向患者解释介入治疗的目的、方法及注意事项,帮助患者消除紧张、恐惧。向患者解释肝动脉插管化疗的目的。②做好术前各种检查,包括碘过敏试验、出凝血时间、血常规、肝功能、肾功能、心电图等。③行术前准备,术前1天摄入易消化饮食,术前4~6h禁食,清洁两侧腹股沟处及会阴部的皮肤,备好所需物品及药品,嘱患者





练习床上排便。

(2) 术后护理

1) 预防出血：嘱患者卧床休息 24h，穿刺侧肢体伸直制动 8h，局部加压包扎。加强生活护理，注意观察穿刺侧肢体皮肤的颜色、温度及足背动脉搏动，观察穿刺点有无出血现象。24h 后拆除绷带，可下床活动。

2) 栓塞后综合征的护理：肝动脉栓塞化疗后多数患者可出现发热、腹痛、恶心、呕吐、肝功能异常、血象异常、白蛋白下降等，称为栓塞后综合征。①术后多数患者体温波动在 37.5 ~ 38.8℃，可能与肿瘤坏死产生致热原影响中枢散热调节有关，一般不需特殊处理。但须密切监测体温的变化，如果体温超过 39℃，应报告医师，必要时给予解热镇痛药。②腹痛的观察。大部分患者出现不同程度腹痛，通常是由于化疗药物刺激肝包膜或腹膜所致。应密切观察腹痛的部位、性质及程度等情况。疼痛严重者，应报告医师适当使用镇痛药物。③恶心、呕吐为化疗药物的反应，可给予适当药物镇吐。嘱患者多喝水，以排泄药物的代谢产物和细菌产生的毒素。能进食者，以清淡、易消化、高蛋白质、高维生素饮食为主，少食刺激性食物，反应明显、不能进食者给予输液支持治疗。④化疗药物氟尿嘧啶 (5-Fu)、丝裂霉素对骨髓有抑制作用，可致白细胞、血小板减少，术后要定期检查血象。对白细胞减少明显的患者，必要时给予升白细胞药。⑤因栓塞后肝缺血，可导致肝功能损害，术后应加强保肝、护肝治疗。此外手术可影响肝糖原储存和蛋白质合成，易发生低血糖、低蛋白血症，应遵医嘱给予血浆、白蛋白、葡萄糖溶液等。⑥密切观察生命体征和腹部体征，若因胃、胆、胰、脾动脉栓塞而出现上消化道出血及胆囊坏死等并发症时，及时通知医师并协助处理。

6. 肝穿刺活组织检查术的护理

(1) 术前护理：①操作前应了解患者的基本情况，向患者解释穿刺的目的、意义及注意事项，消除患者紧张心理，征得患者及其家属的同意，并在手术同意书上签字。训练患者屏气呼吸方法（深吸气、呼气，憋住气片刻），以利术中配合。②术前遵医嘱检查肝功能、血常规、出凝血时间、凝血酶原时间，验血型，以备必要时输血。并行胸部 X 线检查等观察有无肺气肿、胸膜肥厚。大量腹水者，可在术前放液治疗。③穿刺前测量血压、脉搏，情绪紧张者术前 1h 口服地西洋 5mg。④准备好用物，如无菌肝穿刺包、无菌橡皮手套、无菌纱布和胶布、消毒棉签、2% 利多卡因注射液、2% 碘酒或聚维酮碘（碘伏）、75% 乙醇、标本瓶等。

(2) 术中操作及配合：①患者取仰卧位，身体右侧靠近床缘，背部右侧肋下垫一枕头，右臂屈置于头后。②穿刺部位，一般穿刺取右侧腋中线第 8 ~ 9 肋间、肝实音处穿刺。疑为肝癌者，宜选择较突出的结节处在超声定位下穿刺。③常规消毒皮肤，铺无菌洞巾，并用 2% 利多卡因由皮肤至肝被膜进行局部麻醉。④备好快速穿刺套针，根据穿刺目的选择合适穿刺针。将肝穿刺针用橡皮管连接 1 支 10 ~ 20ml 注射器，检查各部是否衔接严密。确定不漏气时，抽吸无菌生理盐水 3 ~ 5ml，排净注射器内的气体。⑤先用穿刺锥在穿刺点皮肤上刺孔，再用肝穿针由刺孔沿肋骨上缘与胸壁呈垂直方向刺入 0.5 ~ 1.0cm，然后将注射器内生理盐水注入 0.5 ~ 1.0ml，以冲出针腔内可能存留的皮肤及皮下组织，以免针头堵塞。⑥抽吸针栓至注射器 5 ~ 6ml 刻度处，造成并保持针内负压。同时嘱患者先深吸气，然后于深呼气末屏气片刻。在患者屏气开始时，将穿刺针与皮肤垂直，迅速刺入肝组织，并立即拔出，此动作一般在 1s 左右完成。绝对不能搅动穿刺针，穿刺深度一般 4 ~ 6cm，总穿刺深度不超过 6cm。⑦拔出肝穿针后立即以无菌纱布覆盖，按压穿刺部位 5 ~ 10min，再用胶布固定，以多头腹带缚紧 12h，并置沙袋加压压迫 4h。⑧用生理盐水从套针内冲出取得的肝组织置于弯盘中，挑出注入标本瓶内固定并送检。⑨穿刺完毕，安置好患者，清理用物。

(3) 术后护理：①术后患者应绝对卧床 24h；②密切观察病情，术后 4h 内每 15 ~ 30min 测量血压、脉搏 1 次，如有脉搏增快细弱、血压下降、烦躁不安、面色苍白、出冷汗等内出血





现象,应紧急处理;③注意观察穿刺部位有无伤口渗血、红肿、疼痛。如局部疼痛,应仔细查找原因,若为一般组织创伤性疼痛,可给镇痛药;若发生气胸、胸膜性休克或胆汁性腹膜炎,应及时处理。

7. 心理护理 不良的心理因素可加重病情,应评估患者的心理反应,告知患者有关肝癌的治疗新进展,增加患者的信心。患者悲痛时,提供一种开放式且支持性的环境,尊重患者,表示同情和理解,并让家属了解发泄的重要性。鼓励家属与患者多做沟通交流。

【健康指导】

1. 疾病预防指导 注意饮食和饮水卫生,做好粮油保管,不吃霉变食物,少吃腌制食品。预防病毒性肝炎,有肝炎肝硬化病史者和肝癌高发区人群应定期做 AFP 测定、B 超检查,以早期发现肝癌。

2. 休息与活动指导 指导患者适当卧床休息,保证充足的睡眠,生活要有规律,劳逸结合。保持乐观的心境和稳定的情绪,避免精神过度紧张。

3. 饮食指导 合理饮食,多吃高蛋白、清淡、易消化食物,多吃新鲜蔬菜、水果,避免油腻、高脂肪食物摄入,戒烟酒。保持粪便通畅,防止便秘,有肝性脑病倾向者,减少蛋白质摄入。

4. 出院指导 嘱患者定期复查,每 2~3 个月复查 AFP、X 线胸片和 B 超检查,了解疾病有无复发。

小 结

1. 临床特点 原发性肝癌是发生在肝细胞或肝内胆管上皮细胞的恶性肿瘤。病毒性肝炎、肝硬化及黄曲霉素是导致原发性肝癌的主要因素。其最常见的组织类型是肝细胞癌,最易发生肝内血行转移。常见临床表现为肝区疼痛、肝大、黄疸、腹水。AFP、B 超、CT 等检查有助于发现肝癌,而肝穿刺活体组织检查是确诊肝癌的最可靠方法。治疗首选手术切除,不能切除者采取肝动脉化疗栓塞治疗、射频消融等综合治疗的模式。

2. 护理要点 患者的主要护理问题是肝动脉栓塞化疗的护理。应完善术前准备。术后患者卧床休息、穿刺肢体制动 8h 以预防出血;术后应密切观察患者有无发热、腹痛、恶心、呕吐、肝功能异常等栓塞后综合征的表现,嘱患者多饮水,少食刺激性食物,加强保肝、护肝治疗,必要时给予解热镇痛药等对症处理。

(王笑蕾)





第七节 肝性脑病患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记肝性脑病的概念。
2. 识别肝性脑病的病因及诱因。
3. 描述肝性脑病的临床表现及治疗原则。

◆ 理解

解释肝性脑病的发病机制。

◆ 运用

1. 对肝性脑病患者实施整体护理并给予人文关怀。
2. 利用所学知识对患者及其家属进行健康指导。

肝性脑病 (hepatic encephalopathy, HE)，是由严重肝病或门体分流引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合征，其主要临床表现是意识障碍、行为失常和昏迷。若脑病的发生是由于门静脉高压，门静脉与腔静脉间存在侧支循环所致，则称为门体分流性脑病 (porto-systemic encephalopathy, PSE)。对于有严重肝病而无明显肝性脑病的临床表现，需用精细的智力测验或电生理检测发现异常情况者，称为轻微肝性脑病，是肝性脑病发病过程中的一个阶段，这些患者的反应力常降低，不宜驾车及高空作业。

【病因与发病机制】

1. 病因与诱因 任何严重肝病均可导致肝性脑病的发生，其中最常见的是肝硬化。其他如重症肝炎、暴发性肝衰竭、原发性肝癌、严重胆道感染及妊娠期急性脂肪肝均可引起肝性脑病。大多数肝性脑病的发病通常都可以找到诱发因素。它们通过促进毒素产生、加重肝功能损害或增强毒素对神经系统的毒性作用而诱发肝性脑病的发生。常见诱发因素有消化道出血、高蛋白饮食、低钾性碱中毒、低血容量与缺氧、感染、镇静催眠麻醉药、便秘、低血糖。

2. 发病机制 肝性脑病的发病机制尚未完全明确。一般认为本病产生的病理生理基础是肝衰竭和(或)门体侧支分流，来自肠道的正常情况下能被肝有效代谢的毒性产物，未被肝解毒便进入体循环，透过血-脑屏障而到脑部，导致大脑功能紊乱。关于肝性脑病的发病机制目前主要有如下假说。

(1) 神经毒素：氨是导致肝性脑病发生的最主要的神经毒素。研究发现 90% 的肝性脑病患者动脉血氨明显升高，而降低血氨的措施对部分肝性脑病患者有效。

1) 氨的形成和代谢：体内氨主要来自于肠道、肾、骨骼肌，但是胃肠道是氨产生的主要部位。正常人胃肠道每天产氨约 4g，其主要来源于：①肠道细菌对含氮物质(摄入的蛋白质及分泌的尿素)的分解(尿素 \rightarrow $\text{NH}_3 + \text{CO}_2$)；②谷氨酰胺在肠上皮细胞代谢后产生(谷氨酰胺 \rightarrow $\text{NH}_3 +$ 谷氨酸)。氨有非离子型氨(NH_3)和离子型氨(NH_4^+)两种形式存在。氨在肠道主要以 NH_3 弥散入肠黏膜而吸收，并通过门静脉进入体循环。非离子型氨具有毒性，可以直接透过血-脑屏障；离子型氨则不能透过血-脑屏障，相对无毒。两者的互相转化受 pH 梯度影响($\text{NH}_3 + \text{H}^+ \rightleftharpoons \text{NH}_4^+$)。当结肠内 $\text{pH} > 6$ 时， NH_3 大量弥散入血； $\text{pH} < 6$ 时，则 NH_3





从血液转至肠腔，随粪排出。

氨的清除途径主要如下：①绝大部分氨是肝通过鸟氨酸循环将其代谢为尿素，经肾排出；②在肝、脑、肾等组织消耗氨合成谷氨酸和谷氨酰胺；③从肺部呼出少量。

2) 肝性脑病时血氨升高的原因：肝衰竭时，肝对氨的代谢能力明显减退；当有门体分流存在时，肠道的氨不经肝代谢而直接进入体循环，血氨增高。此外，前述的许多诱因均可致氨的生成和吸收增加，使血氨更进一步增高。

3) 氨对中枢神经系统的毒性作用：氨对脑功能的影响是多方面的：①干扰脑细胞三羧酸循环，使脑细胞的能量供应不足；②增加脑对中性氨基酸如酪氨酸、苯丙氨酸、色氨酸的摄取，这些物质对脑功能具有抑制作用；③脑星形胶质细胞含有谷氨酰胺合成酶，可促进氨与谷氨酸合成为谷氨酰胺。谷氨酰胺是一种很强的细胞内渗透剂，其增加导致星形胶质细胞和神经元细胞肿胀，导致脑水肿发生；④氨还可直接干扰神经的电活动。

(2) 神经递质的变化

1) γ -氨基丁酸/苯二氮草 (GABA/BZ) 神经递质： γ -氨基丁酸 (gamma amino-butyric acid, GABA) 是脑中主要的抑制性神经递质。大脑神经元表面 GABA 受体与 BZ 受体及巴比妥受体紧密相连，组成 GABA/BZ 复合体，共同调节氯离子通道。复合体中任何一个受体被激活均可促使氯离子内流而使神经传导被抑制。大量实验表明，脑内 GABA/BZ 的浓度在 HE 时并没有改变，但弥散入大脑的氨可使脑星形胶质细胞上调 BZ 受体表达而引发肝性脑病。临床上肝功能衰竭患者对苯二氮草类镇静药及巴比妥类催眠药极为敏感，而 BZ 拮抗剂如氟马西尼对部分肝性脑病患者具有苏醒作用，支持这一假说。

2) 假性神经递质：神经冲动的传导是通过递质来完成的。神经递质分兴奋和抑制两类，正常时两者保持生理平衡。兴奋性神经递质包括多巴胺和去甲肾上腺素、谷氨酸和门冬氨酸等。食物中的芳香族氨基酸如酪氨酸、苯丙氨酸等经肠菌脱羧酶的作用分别转变为酪胺和苯乙胺。若肝衰竭或门体分流时，肝对两者清除障碍，导致此两种胺进入脑组织，在脑内形成 β 羟酪胺和苯乙醇胺。两者的化学结构与兴奋性神经递质去甲肾上腺素相似，但不能传递神经冲动或作用很弱，因此称为假性神经递质。当假性神经递质被脑细胞摄取并取代了突触中的正常递质，则神经传导发生障碍而发生肝性脑病。

3) 色氨酸：正常情况下色氨酸与白蛋白结合不易通过血-脑屏障，肝病时白蛋白合成降低，且血浆中还有其他物质对白蛋白竞争性结合，造成游离的色氨酸增多。游离的色氨酸可通过血-脑屏障，在大脑中代谢生成 5-羟色胺 (5-HT) 和 5-羟吲哚乙酸，两者都是抑制性神经递质，参与肝性脑病的发生，与早期睡眠方式及昼夜节律改变有关。

【临床表现】

肝性脑病主要表现为高级神经中枢的功能紊乱（如性格改变、智力下降、行为失常、意识障碍等）以及运动和反射异常（如扑翼样震颤、肌阵挛、反射亢进和病理反射等）。根据意识障碍程度、神经系统体征和脑电图改变，可将肝性脑病的临床过程分为 5 期（表 4-2）。

肝性脑病的临床过程常因原有肝病的性质、肝功能损害严重程度及诱因不同而有所差异。急性肝衰竭所致的肝性脑病往往诱因不明显，患者在起病后很快进入昏迷至死亡。慢性肝性脑病多是门体分流性脑病，起病缓慢，常有诱因，反复发作，逐渐转入昏迷至死亡。

【辅助检查】

1. 血生化

(1) 氨：慢性肝性脑病尤其是门体分流性脑病患者多有血氨升高，急性肝性脑病患者血氨可以正常。

(2) 氨基酸：正常人血中支链氨基酸与芳香族氨基酸的比值 > 3 ，而门体分流型脑病患者两者比值 < 1 。





表4-2 肝性脑病分期

分期	各级神经中枢功能紊乱	神经系统体征	脑电图
0期 (潜伏期)	轻微肝性脑病, 无行为、性格异常, 仅心理测试或智力测试时有轻微异常	无神经系统体征	正常
1期 (前驱期)	轻度性格改变和行为异常, 焦虑、欣快、激动、淡漠、睡眠倒错、健忘等, 易被忽略	可有扑翼样震颤	多正常
2期 (昏迷前期)	意识错乱和行为失常, 如衣冠不整或随地大小便, 嗜睡或昼睡夜醒, 定向力和理解力均减退, 对时间、地点、人物的概念混乱, 言语不清、书写障碍	腱反射亢进、肌张力增高、踝阵挛及 Babinski 征阳性, 有扑翼样震颤, 可出现不随意运动及运动失调	异常
3期 (昏睡期)	以昏睡和精神错乱为主, 但可唤醒, 常伴神志不清和幻觉	肌张力高, 腱反射亢进, 锥体束征常阳性, 有扑翼样震颤	异常
4期 (昏迷期)	昏迷, 神志完全丧失, 不能唤醒	由于患者不能合作, 扑翼样震颤无法引出。浅昏迷时, 腱反射和肌张力仍亢进; 深昏迷时, 各种反射消失, 肌张力降低, 可出现阵发性惊厥、阵挛	异常

2. 脑电图 正常人的脑电图呈 α 波, 每秒 8 ~ 13 次。肝性脑病患者的脑电图表现为节律变慢。2 ~ 3 期患者表现为每秒 4 ~ 7 次的 δ 波或三相波; 昏迷时表现为每秒少于 4 次的高波幅的 δ 波。脑电图的改变特异性不强, 尿毒症、呼吸衰竭、低血糖等均可有类似改变, 且对 0 ~ 1 期肝性脑病诊断价值较小。

3. 心理智能测验 一般将木块图试验、数字连接试验及数字符号试验联合应用, 适合于肝性脑病的早期诊断和轻微肝性脑病的筛选。方法简便, 但容易受年龄、教育程度的影响。

4. 影像学检查 进行头部 CT 或 MRI 检查时急性肝性脑病患者可发现脑水肿, 慢性肝性脑病患者则可发现有不同程度的脑萎缩。

【治疗】 目前无特效疗法, 采取综合治疗措施。治疗要点包括: 去除诱因、防止肝功能进一步损伤、治疗氨中毒及调节神经递质。

1. 及早识别及去除肝性脑病发作的诱因 如慎用镇静药, 若患者出现烦躁、抽搐时禁用巴比妥类、苯二氮草类镇静剂, 可试用异丙嗪、氯苯那敏(扑尔敏)等抗组胺药; 监测血清电解质, 及时纠正低血钾或碱中毒等。利尿剂的剂量不宜过大, 避免大量排放腹水和大量输液。预防上消化道出血, 一旦发生, 积极止血并清除肠道积血; 预防和控制感染, 注意防治便秘、低血糖等。

2. 减少肠内氨的产生与吸收 ①灌肠或导泻: 特别适用于上消化道出血或便秘患者。可采用生理盐水或弱酸液(如稀醋酸溶液)清洁灌肠, 25% 硫酸镁口服或鼻饲导泻。②乳果糖或乳梨醇: 乳果糖是一种合成的双糖, 口服后在小肠不分解, 到达结肠后被肠道细菌分解为乳酸、乙酸, 降低肠道的 pH, 使肠道细菌所产的氨减少, 且肠道酸性环境可减少氨的吸收, 并促进血液中的氨渗入肠道排出。剂量为每日 30 ~ 60g, 分 3 次口服, 调整至患者每天排出 2 ~ 3 次软便为宜, 亦可用乳果糖保留灌肠。疗效确切, 可用于各期肝性脑病及轻微肝性脑病的治疗。乳梨醇的疗效与乳果糖相似, 但较之口感好, 不良反应较少。③抑制肠道细菌生长: 口服新霉素、甲硝唑、利福昔明等抗生素, 可抑制肠道细菌, 减少氨的生成。新霉素的剂量为每日 2 ~ 8g, 分 4 次口服; 甲硝唑每日口服 0.8g; 利福昔明每日剂量为 1.2g。④益生菌制剂: 可调节菌群结构, 抑制产氨和产尿素酶细菌的生长, 对减少氨的生成有一定作用。





3. 促进体内氨的代谢 目前常用L-鸟氨酸-L-门冬氨酸(OA),能促进体内的尿素循环(鸟氨酸循环)而降低血氨。每日静脉注射20g可降低血氨,改善症状。其他如谷氨酸钠/钾、精氨酸等药物,理论上具降血氨作用,但至今尚无证据肯定其疗效,故近年来已少用。

4. 调节神经递质 ①GABA/BZ复合受体拮抗剂:氟马西尼可以拮抗内源性苯二氮草所致的神经抑制,对部分3~4期患者具有促醒作用,其用量为0.5~1mg静脉注射或1mg/h持续静脉滴注。②减少或拮抗假神经递质:支链氨基酸制剂是一种以亮氨酸、异亮氨酸、缬氨酸等为主的复合氨基酸,可以竞争性抑制芳香族氨基酸进入大脑,减少假性神经递质的形成,其疗效存在争议,但对于不能耐受蛋白质的营养不良者,有助于改善其氮平衡。

5. 人工肝 血浆置换、血液透析、血液灌流、分子吸附再循环系统(molecular absorbent recycling system, MARS)等人工肝支持治疗方式,可清除肝性脑病患者血液中部分有毒物质,对肝性脑病有一定程度的疗效,尤适用于急性肝功能衰竭患者,可为肝移植赢取准备时间。

6. 肝移植 肝移植是治疗各种终末期肝病的一种有效手段。

【护理诊断/问题】

1. 意识障碍 与血氨升高、干扰脑细胞能量代谢和神经传导有关。
2. 营养失调:低于机体需要量 与肝功能减退、限制蛋白质饮食等有关。
3. 活动无耐力 与肝功能减退、营养摄入不足有关。
4. 有感染的危险 与营养失调、抵抗力下降有关。

【护理措施】

1. 休息与活动 患者以卧床休息为主,以利于肝细胞再生。尽量安排专人护理,加强巡视,及早发现异常情况。对烦躁患者应加床栏,必要时使用约束带,防止坠床或撞伤发生。

2. 消除诱因,避免诱发和加重肝性脑病 ①清除胃肠道内积血,减少氨的产生。上消化道出血是血氨升高的最常见诱因,可用温盐水1000ml灌肠或弱酸200ml保留灌肠(忌用肥皂水)。②预防低钾性碱中毒。使用排钾利尿剂、大量放腹水、呕吐、腹泻或进食过少等均可导致低钾血症,从而使细胞内钾外移而细胞外液 $[H^+]$ 减少,有利于 NH_3 通过血-脑屏障。③避免应用催眠镇静药、麻醉药。若患者狂躁不安或抽搐时,禁用鸦片类、巴比妥类、苯二氮草类镇静药,可试用异丙嗪、氯苯那敏(扑尔敏)等抗组胺药。必要时减量使用地西洋、东莨菪碱,并减少给药次数。④预防及控制感染。感染促进组织分解代谢,增加血氨的生成。应严格无菌操作,减少探视,避免交叉感染。密切监测体温,及早发现感染,积极配合医师使用有效抗生素控制感染。⑤保持粪便通畅,防止便秘,因便秘利于肠道毒物吸收。⑥其他,如预防低血容量、低血糖、缺氧等。低血容量、低血糖、缺氧时脑细胞缺氧,大脑能量供应不足,导致脑内去氨活动停滞,且对氨毒性作用的耐受性下降。避免输入库存血,以防血氨增加。

3. 饮食护理 ①蛋白质的摄入:急性起病数日内禁食蛋白质,但1~2期肝性脑病患者蛋白质可限制在20g/d以内,并给予足量葡萄糖保证能量供应,昏迷者可鼻饲。神志清楚后从蛋白质20g/d开始逐渐增加至1g/(kg·d)。慢性肝性脑病无禁食蛋白质必要。因植物蛋白含芳香族氨基酸少,所含非吸收性纤维被肠菌酵解后有利于氨的排除,因此植物蛋白优于动物蛋白。②高热量饮食:因热量供应不足,可导致内源性蛋白质分解代谢增强,产氨增加,故应保证每天热量供应1200~1600kcal。③维持水、电解质和酸碱失衡:入液总量以不超过2500ml/d为宜,肝硬化腹水患者一般以尿量加1000ml为标准控制入液量,以免血液稀释,血钠过低。注意纠正低钾和碱中毒,多补充含钾高的食物如鲜蘑菇、橘子等。④其他:不宜用维生素 B_6 ,因其可使多巴在外周神经处转为多巴胺,影响多巴进入脑组织,减少大脑兴奋性神经递质多巴胺的产生。

4. 症状护理 昏迷患者取仰卧位,头偏向一侧,尤应注意保持呼吸道通畅。做好基础护理,定时协助患者翻身,防止压疮等。帮助患者被动运动,以防静脉血栓形成及肌肉萎缩。可





用冰帽降低颅内温度，保护脑细胞功能。静脉滴注高渗葡萄糖、甘露醇等脱水剂防治脑水肿。

5. 病情观察 密切注意肝性脑病的早期征象，如患者有无淡漠或欣快，理解力和近期记忆力减退，行为异常及扑翼样震颤。监测并记录患者血压、脉搏、呼吸、体重及瞳孔的变化。定期复查血氨、肝功能、肾功能、电解质变化，有情况及时通知医师进行处理。重度肝性脑病特别是暴发性肝衰竭患者，应置患者于重症监护病房，严密监护并积极防治各种并发症。保持呼吸道通畅，对深昏迷者，应做气管切开排痰并给氧。

6. 用药护理 ①少数患者长期使用新霉素可出现听力或肾功能损害，故新霉素使用不宜超过1个月，用药期间应做好听力和肾功能监测。②乳果糖服用后肠内产气较多，可引起腹胀、腹绞痛、恶心、呕吐及电解质紊乱等，应从小剂量开始。③因精氨酸呈酸性，含氯离子，不宜与碱性溶液配伍使用。滴注速度不宜过快，否则可出现流涎、呕吐、面色潮红等反应。④应用谷氨酸钾/钠时，应根据血清钾钠浓度和病情而选择，患者尿少时少用钾剂，明显腹水和水肿时慎用钠剂，谷氨酸盐呈碱性，使用前可先注射3~5g维生素C，碱血症者不宜使用。⑤大量输注葡萄糖溶液时，需警惕低钾血症和心力衰竭的发生。

7. 心理护理 多与患者及其家属沟通，给予关心与支持，提高家庭的应对能力，缓解患者亲属的焦虑。对烦躁、性格异常患者的异常表现和行为应给予理解，帮助患者树立正确面对疾病的心态，积极配合各项治疗和护理工作，建立良好的生活方式。

【健康指导】

1. 疾病预防指导 指导患者及其家属认识肝性脑病的诱发因素，避免各种诱发因素的发生，如便秘、预防上消化道出血、私自增减利尿剂的剂量等。

2. 疾病知识指导 向患者及其家属介绍肝性脑病的有关知识，指导家属学会观察患者思维、性格、行为及睡眠等方面的改变，以早期发现肝性脑病，及时入院治疗。

3. 饮食指导 慢性肝性脑病应定期监测肝功能，肝功能很差时注意保肝治疗，适当控制蛋白质摄入，尤其是减少动物蛋白摄入，防止肝性脑病发生。恢复蛋白质饮食时，应多吃植物蛋白。

4. 用药指导 指导患者遵医嘱用药，避免使用对肝有损害的药物。

小结

1. 临床特点 肝性脑病是由严重肝病或门体分流引起的中枢神经系统功能失调的综合征。最常见病因是肝硬化，发生的病理生理基础是肝衰竭和（或）门体侧支分流，主要临床表现是意识障碍、行为失常和昏迷。可分为潜伏期、前驱期、昏迷前期、昏睡期和昏迷期5期。治疗要点包括去除诱因、治疗氨中毒及调节神经递质。

2. 护理要点 意识障碍和营养失调是患者的主要护理问题，要密切观察病情变化，尤其是神志变化。消除上消化道出血、低钾血症、催眠镇静药、麻醉药、便秘等诱因，加强用药护理和生活护理。急性起病数日内禁食蛋白质，但1~2期肝性脑病患者蛋白质可限制在20g/d以内，并给予足量葡萄糖保证能量供应，慢性肝性脑病患者无禁食必要。注意维持水电解质和酸碱失衡。避免使用维生素B₆。昏迷患者注意预防压疮和肌肉萎缩。

(王笑蕾)



第八节 急性胰腺炎患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记急性胰腺炎的概念。
2. 说出急性胰腺炎的病因、辅助检查。
3. 描述急性胰腺炎的临床表现、治疗原则。

◆ 理解

解释急性胰腺炎的发病机制。

◆ 运用

1. 按照护理程序对急性胰腺炎患者进行评估并提出护理问题。
2. 对急性胰腺炎患者实施护理措施。

案例 4-8A

患者，男性，39岁，商人，因上腹部疼痛2h急诊入院。2h前患者饮酒后出现上腹痛，为持续性腹痛，伴有腹胀，向腰背部放射性疼痛。伴有恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物。无发热、畏寒，无腹泻、反酸、嗝气，无胸闷、心悸、呼吸困难等。

查体：T 37.1℃，P 78次/分，R 19次/分，BP 148/82mmHg。神志清，精神差，全身淋巴结无肿大，心肺（-），上腹部压痛，肌紧张，无反跳痛，肝脾未触及，肠鸣音减弱。肾区无叩击痛，双下肢无水肿。

既往史：体健，无病毒性肝炎、结核等传染病病史，无高血压、冠心病病史。3年前因腹痛于当地医院诊断为“胰腺炎”，住院治疗好转出院。期间发现“高血脂、高血糖”。患者无手术史、无输血史、无药物、食物过敏史。生于本地，无外地居住史。嗜烟酒，吸烟20余年，每日吸烟约20支。饮酒20余年，每日饮酒约白酒2两。

辅助检查：急查血淀粉酶为584U/L。

请问：该患者可能患了什么疾病？诱发他发病的主要因素是什么？

急性胰腺炎（acute pancreatitis, AP）是多种病因导致胰酶在胰腺内被激活引起胰腺组织自身消化而导致胰腺水肿、出血甚至坏死的炎症反应。临床主要表现为急性上腹痛和淀粉酶升高。病变程度轻重不等，临床以轻症急性胰腺炎（mild acute pancreatitis, MAP）多见，以胰腺水肿为主，呈自限性，预后良好。少数患者胰腺出血坏死，常继发感染、腹膜炎和休克等多种并发症，病死率高，称为重症急性胰腺炎（severe acute pancreatitis, SAP）。国外统计年发病率在（4.8～24）/10万，成人人居多，平均发病年龄55岁。

【病因与发病机制】

1. 病因 引起急性胰腺炎的病因较多，在我国50%以上由胆道系统疾病所致，西方国家胆道疾病和酗酒分别占急性胰腺炎病因的40%和35%。其中有15%～20%病因不明，称为





特发性胰腺炎。

(1) 胆道系统疾病：胆石症、胆道感染或胆道蛔虫等疾病是急性胰腺炎发病的主要病因。70% ~ 80% 的胰管与胆总管汇合成共同通道共同开口于十二指肠壶腹部。若结石、蛔虫嵌顿在壶腹部，胆管内炎症或胆石移行时易损伤 Oddi 括约肌。其具体机制可能为：①胆石、感染、蛔虫等因素致 Oddi 括约肌水肿、痉挛，使十二指肠壶腹部出口梗阻，胆道内压力高于胰管内压力，胆汁逆流入胰管，引起急性胰腺炎；②当胆道感染时细菌经过胆、胰共同的淋巴管回流入胰腺，再加之十二指肠壶腹部有不同程度的狭窄，而引起胰腺炎的发生。

(2) 饮酒：大量饮酒可致胰液分泌增加，并刺激 Oddi 括约肌痉挛，十二指肠乳头水肿，使胰管内压力增高，胰液排出受阻，引起急性胰腺炎。慢性嗜酒者常有胰液蛋白沉淀，形成蛋白栓堵塞胰管，致使胰液排出障碍。

(3) 胰管堵塞：胰管结石、蛔虫、肿瘤可引起胰管阻塞和胰管内压力升高，使胰管小分支和胰腺腺泡破裂，胰液外溢到间质而引发。

(4) 代谢障碍：高三酰甘油血症可通过脂肪微栓影响微循环及胰酶分解三酰甘油致毒性脂肪酸损伤细胞而导致胰腺炎的发生。高钙血症可致胰管钙化、促进胰酶提前活化而致病。

(5) 其他：流行性腮腺炎、甲型流感等急性传染病、腹部手术、内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)、噻嗪类利尿剂、硫唑嘌呤、糖皮质激素等药物均可导致胰腺炎的发生。

此外，进食荤食或暴饮暴食常是急性胰腺炎的诱因。

2. 发病机制 急性胰腺炎的发病机制尚未完全阐明。但胰酶在胰管内提前被激活是引起胰腺局部炎症的先决条件，胰酶被激活后对胰腺自我消化，产生一系列的病理生理过程，从而引发一系列器官的功能障碍。①各种胰酶损伤腺泡细胞，引发炎症反应，释放大量炎症介质如肿瘤坏死因子、白介素-1、花生四烯酸代谢产物等，增加血管通透性，导致大量炎症渗出；②炎症反应导致血管壁损伤、微血栓形成，胰腺微循环障碍，使胰腺出血、坏死。

炎症过程中的众多因素通过正反馈方式，使炎症逐级放大，引发全身炎症反应综合征。胰酶、活性物质和坏死组织液，经血液循环、淋巴管转移至全身，引起全身多脏器损害，甚至出现器官衰竭。

【临床表现】

1. 症状

(1) 腹痛：为本病的首发表现和主要表现，往往在暴饮暴食或极度疲劳之后发生。常突然起病，程度轻重不一，可为刀割样、钝痛、锐痛或绞痛，多为持续性，不能用一般胃肠解痉药缓解，进食后疼痛加剧。疼痛多在中上腹，50% 患者有向腰背部放射的束带状痛，弯腰抱膝或前倾坐位可能会轻微减轻疼痛。轻症腹痛 3 ~ 5 天即缓解，重症患者腹痛剧烈，持续时间较长。少数年老体弱患者可无腹痛，突然休克或昏迷，甚至猝死，往往是 SAP 终末期表现。

(2) 恶心、呕吐及腹胀：起病后多伴频繁而持久的恶心、呕吐，可吐出食物和胆汁，但呕吐后腹痛并不减轻。常伴腹胀，甚至出现麻痹性肠梗阻。

(3) 发热：多数患者有中度以上发热，一般持续 3 ~ 5 天，若持续发热 1 周以上并伴有白细胞升高，应怀疑有胰腺脓肿或胆道炎症等继发感染。

(4) 水、电解质及酸碱平衡紊乱：患者多有轻重不等的脱水，呕吐频繁者可有代谢性碱中毒。重症者可伴血钾、血镁、血钙降低，部分可有血糖增高，偶可发生糖尿病酮症酸中毒或高渗昏迷。

(5) 低血压和休克：多见于 SAP。原因可能是：①频繁呕吐丢失体液和电解质；②血液和血浆大量渗出；③血中缓激肽增多，引起血管扩张和血管通透性增加；④并发消化道出血等使有效循环血量不足所致。





2. 体征

(1) 轻症急性胰腺炎：腹部体征较轻，仅有上腹轻压痛，多无腹肌紧张、反跳痛，可有腹胀和肠鸣音减少。多与主诉腹痛程度不十分相符。

(2) 重症急性胰腺炎：①上腹部压痛明显，腹膜炎时出现全腹压痛、反跳痛、肌紧张。胰腺与胰周大片坏死渗出时出现移动性浊音。大量坏死组织积聚于小网膜囊内，在上腹可触及边界不清的包块，有压痛。②腹胀明显，肠鸣音减弱或消失。③腹部皮肤颜色改变，血液、胰酶及坏死组织液穿过筋膜与肌层深入腹壁时，可见两侧腰部皮肤呈灰紫色斑称之为 Grey-Turner 征，而脐周皮肤青紫称 Cullen 征，多提示预后差。④低血钙可致手足抽搐。⑤增大的胰头压迫胆总管可造成暂时性阻塞性黄疸。⑥并发假性囊肿或脓肿时，上腹可扪及肿块。

3. 并发症

(1) 局部并发症：胰腺脓肿、假性囊肿，多见于 SAP。

(2) 全身并发症：SAP 常并发不同程度的多器官功能衰竭，如急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)、急性肾衰竭、心力衰竭、心律失常、消化道出血、弥散性血管内凝血 (DIC)、胰性脑病、高血糖、败血症等。

【辅助检查】

1. 血液检查 多有白细胞计数增高及中性粒细胞核左移。

2. 淀粉酶测定 是诊断急性胰腺炎最常用的指标。

(1) 血清(胰)淀粉酶：在起病后 6 ~ 12h 开始升高，75% 的患者淀粉酶 24h 内超过正常上限 3 倍，48h 后逐渐下降。淀粉酶的高低不一定反映病情轻重，SAP 淀粉酶值可正常或低于正常，其他急腹症如消化性溃疡穿孔、肠系膜梗死、胆石症、胆囊炎、肠梗阻等都可有血清淀粉酶升高，但一般不超过正常值 3 倍。

(2) 尿淀粉酶：在起病后 12 ~ 24h 开始升高，持续 1 ~ 2 周。

(3) 胰源性腹水和胸腔积液中的淀粉酶显著升高，可作为急性胰腺炎的诊断依据。

3. 血清脂肪酶测定 在起病后 24 ~ 72h 开始升高，持续 7 ~ 10 天，特异性较高，对病后就诊较晚的急性胰腺炎患者有诊断价值。

4. C-反应蛋白 在胰腺坏死时明显升高。

5. 生化检查 低血钙程度与病情严重程度平行，若低于 1.5mmol/L 则预后不良。暂时性血糖升高可能与胰岛素释放减少和胰高血糖素释放增加有关，持续空腹血糖高于 10mmol/L 反映胰腺坏死，提示预后不良。此外还可出现血清 AST、LDH、胆红素、三酰甘油等升高。

6. 影像学检查 腹部 B 超、CT 有助于急性胰腺炎的诊断。腹部 X 线片可排除肠穿孔或提示肠梗阻。

案例 4-8B

患者入院后进一步完善辅助检查，结果如下：血常规 RBC $5.2 \times 10^{12}/L$ ，WBC $10.7 \times 10^9/L$ ，PLT $178 \times 10^9/L$ 。血钾 4.18 mmol/L，钠 135 mmol/L，钙 2.0 mmol/L，空腹血糖 16.6 mmol/L，HbA1c 10.6%， β 羟丁酸 0.87 mmol/L。血脂由于重度脂血症，无法测得。CT 示胰腺模糊，周围大量渗出。

请问：该患者急性胰腺炎的类型？该如何配合医师治疗？

【治疗要点】

治疗原则：减少胰腺分泌，减轻疼痛，防治并发症。因手术创伤会加重全身炎症反应，增加病死率，故即使是 SAP 也应尽可能采取内科和内镜治疗。





1. 监护 所有患者应在入院 3 天内进行监护, 以早期发现 SAP。

2. 减少胰液分泌

(1) 禁食与胃肠减压: 短期禁饮食。恢复饮食的条件为症状消失、体征缓解、肠鸣音恢复正常、出现饥饿感, 不需要等待淀粉酶完全恢复正常。有严重麻痹性肠梗阻者可给予鼻胃管持续胃肠减压。

(2) 抑制胃酸: H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂可减少胰液量, 缓解胰管内高压。

(3) 生长抑素及其类似物(奥曲肽): 可抑制胰泌素和缩胆囊素刺激的胰液基础分泌。生长抑素 250 ~ 500 μ g/h, 奥曲肽 25 ~ 50 μ g/h 持续静脉滴注, 疗程 3 ~ 7 天。

3. 止痛 腹痛剧烈者可给哌替啶, 禁用吗啡(因可诱发 Oddi 括约肌痉挛)或胆碱能受体拮抗剂(可诱发或加重肠麻痹)。

4. 预防及抗感染 急性胰腺炎在病程中极易发生感染, 使病情向重症发展。其感染常来自于肠道。故预防感染可采取以下措施来预防: ①口服大黄、硫酸镁、乳果糖等药物导泻或口服肠道不吸收的抗生素, 可防止肠道黏膜屏障功能受损, 减少肠内细菌生长。也可使用微生态制剂如双歧杆菌、乳酸杆菌等调节肠道菌群。②尽快恢复肠内营养, 减少细菌移位。

感染时可静脉给予左氧氟沙星、甲硝唑等针对革兰阴性和厌氧菌的抗生素治疗。

5. 营养支持 对于 MAP 患者, 因禁食时间短, 只通过静脉补液提供能量即可。SAP 时, 先施行肠外营养, 病情缓解后应尽早实施肠内营养。将鼻饲管放置于 Treitz 韧带以下, 肠内营养可维持肠道黏膜屏障功能、防止肠内细菌移位。

6. 液体复苏 静脉补液是最重要的支持治疗, 如心功能允许, 发病 48h 内每小时补液 200 ~ 250ml。首选晶体溶液, 同时补充适量的胶体溶液、维生素及微量元素, 维持水电解质和酸碱平衡。注意控制血糖、维持电解质和酸碱平衡。必要时输全血、血浆、白蛋白等。

7. 抑制胰酶活性 对于 SAP, 可早期、足量应用加贝酯(Gabexate)或抑肽酶(Aprotinin)抑制蛋白酶活性, 但临床疗效尚待进一步证实。

8. 其他治疗 ①积极处理并发症; ②内镜下胆道紧急减压引流及去除嵌顿胆石对胆源性 SAP 有效; ③腹腔灌洗; ④手术治疗。

【护理评估】

1. 健康史 详细询问患者与发病有关的因素, 如有无胆石症、胆囊炎、高脂血症、高钙血症等病史; 有无暴饮暴食及饮酒史; 有无服用可致胰腺炎的药物等。评估腹痛的性质、特点、持续时间, 缓解或加重的因素, 有无伴随症状如恶心、呕吐、休克等; 发病后患者的睡眠、饮食状况, 患病后已行的检查和治疗经过, 目前用药情况和腹痛控制情况等。

2. 心理-社会情况 了解患者及其家属对胰腺炎的认识程度, 对目前治疗的接受程度和执行情况, 有无焦虑和抑郁情绪等。

3. 身体评估 重点评估患者的生命体征、精神和神志状态, 有无脱水表现、腹膜炎、肠麻痹等 SAP 的表现, 有无心力衰竭、急性肾衰竭、消化道出血等严重并发症。

4. 辅助检查 了解患者目前血淀粉酶、脂肪酶、血生化及影像学检查等情况。

【护理诊断/问题】

1. 疼痛: 腹痛 与胰腺及其周围组织炎症、水肿或出血坏死有关。

2. 有体液不足的危险 与呕吐、禁食、胃肠减压或出血有关。

3. 营养失调: 低于机体需要量 与禁食有关。

4. 潜在并发症: 急性肾衰竭、心功能不全、DIC、ARDS、败血症。

5. 恐惧 与起病急、腹痛剧烈有关。

【护理目标】

1. 患者腹痛缓解或明显减轻。





2. 患者能及时得到水电解质的补充, 未发生脱水及酸碱平衡紊乱。
3. 患者能合理进食, 未发生营养不良等情况, 能描述本病饮食诱因。
4. 患者未发生急性肾衰竭、ARDS、败血症等并发症。
5. 患者情绪稳定, 能配合治疗, 对治疗有信心。

案例 4-8C

通过学习, 同学们明确该病例诊断为重症急性胰腺炎。

入院后医师即刻嘱患者禁饮食、持续胃肠减压, 给予镇痛, 抗炎、补液、营养支持、减少胰腺分泌、对症等综合治疗, 2 周后患者疼痛消失, 无明显腹胀、腹痛, 无恶心、呕吐。护理体检: 腹部柔软, 肠鸣音 4 次/分。患者诉说有饥饿感, 特别想吃点东西, 并询问能否进食?

护士应如何回答? 如何指导患者合理进食?

【护理措施】

1. 休息与体位 患者卧床休息, 以减轻胰腺负担和增加脏器血流量, 促进组织修复和体力恢复。患者因疼痛辗转反复时, 加床档, 防止坠床。

2. 饮食及营养支持护理 ①禁饮食和胃肠减压: 轻症患者禁饮食 1~3 天, 重症患者禁食 1 周甚至更长时间, 明显腹胀者需行胃肠减压。向家属及患者解释禁饮食的意义, 患者口渴时可含漱或湿润口唇, 并做好口腔护理。②迅速建立有效静脉通路, 输入液体及电解质, 以维持有效循环血量。禁食患者遵医嘱给予胃肠外营养或肠内营养。每天的液体入量常需达到 3000ml 以上, 注意纠正酸碱平衡紊乱。注意根据患者脱水程度、年龄和心肺功能调节输液速度, 防止肺水肿。③症状消失、体征缓解、肠鸣音恢复正常时可逐渐恢复进食, 从少量无脂、低蛋白流质饮食, 逐渐过渡到半流质, 并增加食量和蛋白质的量, 直至恢复到正常饮食, 应避免刺激强、产气多的食物。

3. 症状护理 腹痛时, 协助患者取弯腰屈膝侧卧位, 以减轻疼痛。应用转移注意力法、音乐疗法等缓解疼痛; 腹痛剧烈者可遵医嘱给予哌替啶等。禁用吗啡, 以防 Oddi 括约肌痉挛加重病情。注意及时评估疼痛部位、性质、特点及缓解情况。

4. 病情观察 SAP 患者应收住 ICU, 严密监测患者生命体征, 注意有无多器官功能衰竭的表现。注意观察呕吐物的量及性质; 胃肠减压者, 观察并记录引流液的量及性质。准确记录 24h 出入量。观察患者皮肤黏膜的色泽与弹性有无变化, 注意监测血、尿淀粉酶、血糖、血清电解质。

5. 用药护理 ①阿托品或山莨菪碱有可能加重腹胀或肠麻痹, 故严重腹胀和肠麻痹时禁用; ②生长抑素类药物应避免滴速过快, 以防患者发生恶心、眩晕、脸红等反应; ③左氧氟沙星等抗生素可引起恶心、呕吐、胃烧灼感、眩晕等副作用, 需注意观察。

6. 心理护理 患者因疼痛剧烈常可恐惧, 及时解答患者疑问, 指导患者通过分散注意力缓解疼痛, 关心安慰患者, 减轻患者紧张恐惧心理。

【护理评价】

1. 患者诉腹痛减轻。
2. 患者及时得到水电解质的补充, 未发生水、电解质、酸碱平衡紊乱。
3. 患者能合理进食, 未发生营养不良, 能描述并避免本病饮食诱发因素。
4. 患者情绪稳定, 配合治疗。





5. 患者没有并发症出现。

案例 4-8D

经过 2 周左右时间，患者康复出院，为预防胰腺炎再次发生，护士应如何对患者进行健康指导？

【健康指导】

1. 疾病预防指导 向患者及其家属介绍本病的主要诱发因素和疾病过程，教育患者积极治疗高脂血症、高钙血症及各种胆道及胰腺疾病，预防胰腺炎发生。
2. 饮食指导 指导患者及其家属养成规律进食习惯，避免暴饮暴食、大量饮酒。症状缓解后，应从少量无脂、低蛋白质流质饮食，逐渐恢复正常饮食，避免刺激性强、产气多、高脂肪和高蛋白食物，戒除烟酒，防止复发。

小 结

1. 临床特点 急性胰腺炎是由于胰酶自身消化胰腺组织所致。其血尿淀粉酶常明显升高。发生与胆道疾病、酗酒、高脂血症等有关。其主要表现为腹痛。重症胰腺炎可有压痛、反跳痛等腹膜炎体征及肠鸣音减弱、黄疸、Grey-Turner 征、Cullen 征等体征。治疗要点为禁饮食和胃肠减压，应用生长抑素、抑制胃酸分泌药等减少胰腺分泌，应用哌替啶等减轻疼痛。

2. 护理要点 腹痛和体液不足、营养失调是患者的主要护理问题。协助患者采取弯腰屈膝侧卧位，以减轻疼痛。可给予哌替啶镇痛，禁用吗啡。患者应禁饮食和胃肠减压，但应迅速补充液体及电解质。必要时给予全胃肠外营养或空肠内营养。症状缓解后，应从少量无脂、低蛋白流质饮食逐渐恢复正常饮食，避免暴饮暴食，戒除烟酒。

(王笑蕾)





第九节 上消化道大量出血患者的护理



学习目标

通过本节内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 熟记上消化道大量出血的概念。
2. 说出上消化道大量出血的病因、辅助检查。
3. 描述上消化道大量出血的临床表现及治疗原则。

◆ 运用

1. 能够按照护理程序对上消化道出血患者进行护理评估，尤其是评估出血量及判断出血是否停止。
2. 能够对上消化道出血患者实施整体护理。

上消化道出血 (upper gastrointestinal hemorrhage) 是指发生在屈氏韧带以上的消化道出血，包括食管、胃、十二指肠和胰、胆等的出血，以及胃空肠吻合术后的空肠出血。特征性临床表现为呕血和（或）黑便。上消化道出血根据出血速度可分为慢性失血和急性失血。若上消化道短时间内大量失血，超过 1000ml 或循环血容量 20% 称为上消化道大量出血 (upper gastrointestinal massive hemorrhage)，常伴有血容量减少引起的急性周围循环障碍，为临床常见急症。

【病因】

上消化出血病因很多，但最常见的病因是消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性糜烂出血性胃炎和胃癌，占上消化道出血的 80% ~ 90%。食管贲门黏膜撕裂综合征 (Mallory-Weiss syndrome) 引起的出血也不少见。

1. 上消化道疾病

(1) 食管疾病和损伤：食管疾病如反流性食管炎、食管溃疡、食管肿瘤、食管憩室炎；食管损伤如食管贲门黏膜撕裂综合征、器械检查、异物等所致物理损伤，强酸、强碱等所致化学损伤。

(2) 胃、十二指肠疾病和损伤：消化性溃疡、胃泌素瘤 (Zollinger-Ellison 综合征)、急性糜烂出血性胃炎、胃癌及其他肿瘤 (胃息肉、平滑肌瘤、淋巴瘤等)、胃血管异常 (血管瘤、动静脉畸形)、胃黏膜脱垂、急性胃扩张、胃扭转、十二指肠憩室炎、急性糜烂性十二指肠炎、胃手术后病变 (吻合口溃疡、糜烂及残胃癌)、其他病变 (如重度钩虫病、胃血吸虫病) 及内镜诊断或治疗操作引起的损伤。

2. 门静脉高压引起的食管胃底静脉曲张破裂或门静脉高压性胃病

3. 上消化道邻近器官或组织的疾病

(1) 胆道出血：胆管或胆囊结石、胆道蛔虫病、胆囊或胆管癌、胆总管引流管造成的胆道受压坏死、肝癌、肝脓肿或肝血管瘤破裂入胆道。

(2) 胰腺疾病：胰腺癌、急性胰腺炎并发脓肿溃破入十二指肠。

(3) 其他：主动脉瘤破入食管、胃或十二指肠，纵隔肿瘤或脓肿破入食管。





4. 全身性疾病

(1) 血管性疾病：过敏性紫癜、遗传性出血性毛细血管扩张、动脉粥样硬化等。

(2) 血液病：血友病、血小板减少性紫癜、白血病、弥散性血管内凝血及其他凝血机制障碍。

(3) 应激相关胃黏膜损伤：各种严重疾病如严重感染、休克、创伤、手术、脑血管意外等应激状态下，机体发生的急性糜烂性出血性胃炎、应激性溃疡，统称为应激相关胃黏膜损伤(stress-related gastric mucosal injury)。

(4) 结缔组织病：结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮或其他血管炎。

(5) 急性感染：流行性出血热、钩端螺旋体病、登革热等。

(6) 其他：如尿毒症。

【临床表现】

上消化道出血的临床表现主要取决于出血部位、出血量及出血速度，并与患者的年龄，出血前的全身状况如有无贫血及心、肝、肾功能有关。

1. 呕血与黑便 是上消化道出血的特征性表现。上消化道大量出血可有黑便但不一定有呕血。出血部位在幽门以上者常呕血。若出血量较少、速度慢亦可无呕血。出血部位在幽门以下者，多数仅表现为黑便。但若出血量大、速度快，也可因血液反流入胃引起恶心、呕吐而表现为呕血。呕血一般为棕褐色、咖啡渣样，是由于血液在胃内停留时间较长，经胃酸作用变成酸化血红蛋白所致；若出血速度快、出血量大，血液在胃内停留时间短，未与胃酸充分混合即呕出，则为鲜红色或有血块。柏油样黑便黏稠而发亮，是血红蛋白的铁经肠内硫化物作用形成硫化铁所致。若出血量大、出血速度快，血液在肠道内停留时间短，粪便可呈暗红色甚至鲜红色。

2. 失血性周围循环衰竭 急性大量失血由于循环血容量迅速减少而发生急性周围循环衰竭，多见于短时间内出血量 $> 1000\text{ml}$ 患者，一般表现为头晕、心悸、乏力，出汗、口渴、平卧突然起立时发生晕厥、心率加快、血压偏低等，严重者呈休克状态。

老年患者常因器官储备功能低下，且常伴有脑动脉硬化、高血压病、冠心病、慢性支气管炎等基础疾病，即使出血量不大也可引起多器官功能衰竭，病死率增加，需注意。

3. 贫血及血象变化 急性大量出血后均有失血性贫血。但在出血的早期因有周围血管收缩和红细胞重新分布等生理调节，血红蛋白浓度、红细胞计数与血细胞比容可无明显变化。在出血后，经过 $3 \sim 4\text{h}$ 或以上，组织液慢慢渗入血管内，使血液稀释，才出现贫血。一般出血后 $24 \sim 72\text{h}$ 血液稀释到最大限度。

急性出血患者为正细胞正色素性贫血，出血后骨髓有明显代偿性增生。出血 24h 内网织红细胞即可见增高，至出血后 $4 \sim 7$ 天可高达 $5\% \sim 15\%$ ，以后逐渐降至正常。如出血未止，网织红细胞则持续升高。白细胞计数在出血 $2 \sim 5\text{h}$ ，可升达 $(10 \sim 20) \times 10^9/\text{L}$ ，出血停止后 $2 \sim 3$ 天恢复正常。肝硬化伴有脾功能亢进患者，白细胞计数可不升高。

4. 发热 大量出血后多数患者在 24h 内即可出现发热，一般不超过 38.5°C ，持续 $3 \sim 5$ 天降至正常。引起发热的原因尚不清楚，可能与循环血量减少、贫血、周围循环衰竭，导致体温调节中枢的功能障碍有关。分析发热原因时，要注意寻找有无并发感染。

5. 氮质血症 大量出血后，由于肠道中大量血液的蛋白质消化产物被吸收，血中尿素氮浓度可暂时增高，称为肠源性氮质血症。血尿素氮多在出血后数小时开始上升， $24 \sim 48\text{h}$ 达高峰，大多不超过 14.3mmol/L (40mg/dl)，出血停止后 $3 \sim 4$ 天恢复正常。

【辅助检查】

1. 血常规 出血 $3 \sim 4\text{h}$ 红细胞计数、血红蛋白浓度、血细胞比容下降，白细胞增高。肝硬化出血，由于脾功能亢进，白细胞数增高可不明显。

2. 大便隐血试验 阳性。





3. 胃镜检查 是目前诊断上消化道出血病因的首选检查方法,可直接观察出血的部位、病因及出血情况,并可进行内镜下止血治疗。为提高病因诊断的准确性,多主张在出血后24~48h进行。

4. X线钡餐检查 主要适用于有胃镜检查禁忌证或不愿进行胃镜检查者,对经胃镜检查出血原因未明,怀疑病变在十二指肠降段以下的出血有特殊诊断价值。一般在出血停止数天后进行。

5. 其他检查 选择性腹腔动脉造影、放射性核素扫描、胶囊内镜及小肠镜检查等,主要适用于不明原因消化道出血。

【治疗要点】

上消化道大量出血病情急、变化快,严重者可危及生命,应采取积极措施进行抢救。抗休克、迅速补充血容量应放在一切治疗措施的首位。

1. 一般急救措施 患者卧床休息,保持呼吸道通畅,避免呕血引起窒息。严密观察生命体征,如心率、血压、呼吸、尿量及神志变化;观察呕血与黑便情况,记录出入量;定期复查血常规与血尿素氮;必要时行中心静脉压测定。

2. 积极补充血容量 立即检查血型并配血,尽快给予输血。下列情况为紧急输血指征:①体位改变时出现晕厥、血压下降和心率加快;②失血性休克;③血红蛋白低于70g/L或红细胞比容低于25%。等待配血时,可先输平衡液或葡萄糖盐水。一般输浓缩红细胞,严重活动性大出血可输全血。应避免因输液、输血过快、过多而引起急性肺水肿,原有心脏病或老年患者必要时可根据中心静脉压调节输入量。对肝硬化门静脉高压的患者要防止因输血导致门静脉压力增加引起的再出血。

3. 止血措施

(1) 非曲张静脉上消化道大出血:指除食管胃底静脉曲张破裂出血之外的其他病因引起的上消化道大出血,其中以消化性溃疡所致出血最常见。止血措施主要如下。

1) 药物治疗:血小板聚集及血浆凝血功能需在 $\text{pH} > 6.0$ 时才能有效发挥,且新形成的凝血块在 $\text{pH} < 5.0$ 的胃液中会迅速被消化。因此,对消化性溃疡和急性胃黏膜损害所引起的出血,常规给予 H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂,以抑制胃酸分泌,提高胃内 pH 。

2) 内镜治疗:内镜如见有活动性出血或暴露血管的溃疡应进行内镜止血,如高频电灼、激光、注射疗法或上止血夹等。

3) 其他治疗:内科积极治疗仍出血不止,危及患者生命,可给予手术治疗。若无法耐受手术,可考虑在选择性肠系膜动脉造影找到出血灶的同时进行血管栓塞治疗。

(2) 食管胃底静脉曲张破裂大出血:本病往往出血量大、再出血率高、病死率高,在止血措施上有其特殊性。

1) 药物治疗:①血管加压素,通过对内脏血管的收缩作用,减少门静脉血流量,降低门静脉压。血管加压素的推荐疗法是 $0.2\text{U}/\text{min}$ 静脉持续滴注,可逐渐增加剂量至 $0.4\text{U}/\text{min}$ 。②生长抑素及其拟似物,可明显减少门静脉及其侧支循环血流量,止血效果肯定,是近年治疗食管胃底静脉曲张出血的最常用药物。14肽天然生长抑素,首剂负荷量 $250\mu\text{g}$ 静脉缓注,继以 $250\mu\text{g}/\text{h}$ 持续静脉滴注。因该药半衰期极短,故滴注过程中不能中断,若中断超过 5min ,应重新注射 $250\mu\text{g}$ 负荷量。奥曲肽是8肽的生长抑素拟似物,常用量为首剂 $100\mu\text{g}$ 静脉缓注,继以 $25\sim 50\mu\text{g}/\text{h}$ 持续静脉滴注。

2) 气囊压迫止血:经鼻腔或口插入三(四)腔二囊管,将气体注入胃囊、食管囊,压迫食管、胃底曲张静脉而止血(图4-2和图4-3)。气囊压迫止血效果肯定,但缺点是患者痛苦大、并发症多(如吸入性肺炎、窒息、食管黏膜坏死等)、再出血率高,目前已不推荐为首选止血措施,仅用于药物不能控制出血时的暂时止血,以争取时间去准备内镜止血等止血措施。



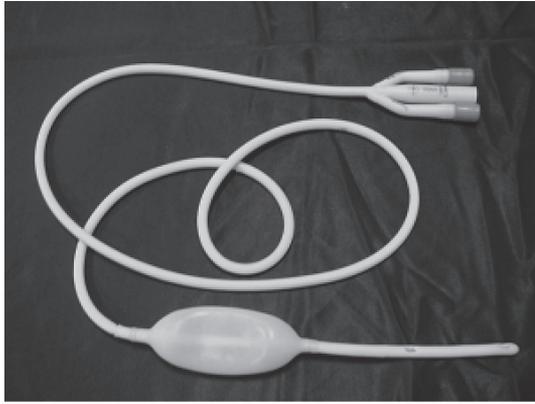


图 4-2 三腔气囊管

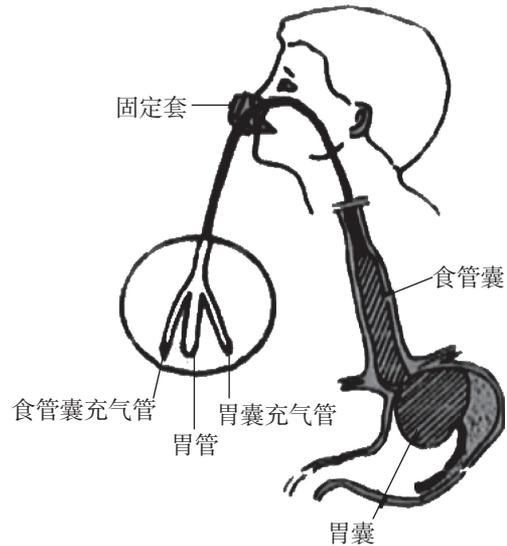


图 4-3 三腔气囊管示意图

3) 其他治疗: 内镜直视下注射硬化剂或组织黏合剂于曲张静脉, 或用皮圈套扎曲张静脉, 不但能达到止血目的, 而且可有效防止早期再出血, 是目前治疗食管胃底静脉曲张破裂出血的重要手段。若上述方法治疗无效时, 可进行外科手术。

【护理诊断 / 问题】

1. 潜在并发症: 失血性休克。
2. 有受伤的危险 如创伤、窒息、误吸, 与气囊压迫使食管胃底黏膜长时间受压、气囊阻塞气道等有关。
3. 活动无耐力 与上消化道出血、器官组织体缺氧有关。
4. 恐惧 与生命或健康受到威胁有关。
5. 知识缺乏 缺乏有关引起上消化道出血的疾病及其预防知识。

【护理措施】

1. 休息与活动 ①立即安排患者入住重症监护病房或抢救室, 协助患者去除污染衣物, 保暖。②大出血时患者绝对卧床休息, 取平卧位, 呕血时头偏向一侧, 防止误吸。休克时取仰卧中凹位。轻症患者可入厕所大小便, 但应避免排便时或便后起立时晕厥。指导患者坐下、起立时动作要缓慢。③保持呼吸道通畅, 及时清除口鼻腔内血块及食物残渣, 必要时用吸引器吸出。必要时吸氧。

2. 饮食 大出血需禁食, 小量出血者应鼓励患者进食温凉、清淡的高热量、高蛋白、高维生素流质或半流质饮食, 但食管胃底静脉曲张破裂出血即使少量出血也应禁食, 且出血停止后仍要禁食 1 ~ 2 天。进食时注意细嚼慢咽, 少食多餐, 避免进食鱼、排骨、花生、核桃等粗糙坚硬的食物, 避免摄入生冷辛辣、刺激性饮料或食物。病情平稳后改为软食, 逐步过渡到正常饮食。

3. 治疗配合及用药护理 立即配血, 建立两条静脉通道, 按医嘱给予输血、输液、止血药等。输液应先快后慢, 注意输血量及速度, 避免因输血、输液过多、过快引起急性肺水肿和再出血; 肝硬化患者宜输入新鲜血, 以免引起肝性脑病。肝病患者忌用吗啡、巴比妥类药物。在静脉滴注生长抑素、血管加压素时, 滴速要慢, 以减少药物副作用的发生; 如血管加压素滴速过快可引起腹痛、血压升高、心律失常和心绞痛, 严重时可诱发心肌梗死, 因此应同时使用硝酸甘油, 以减少其不良反应。药物外渗可致局部组织缺血坏死, 故需加强巡视; 生长抑素使





用必须使用输液泵控制速度，原则要 24h 缓慢均匀输入。

4. 病情观察

(1) 监测指标：密切观察患者的神志、脉搏、呼吸、血压、尿量、皮肤和甲床的色泽、肢端温度、周围静脉的充盈度，呕血和黑便的颜色、性状、气味、次数、量，必要时行心电监护，测定中心静脉压。

(2) 出血量的估计：对出血量的估计，最有价值的是血容量减少所致周围循环衰竭的临床表现，其中血压和心率是关键指标，需动态观察。可通过观察体位变换时血压、心率及患者临床表现来估计出血量。如果患者由平卧位改为坐位时出现血压下降 $> 15 \sim 20\text{mmHg}$ 、心率加快 > 10 次/分，伴有头晕、出汗、甚至晕厥，提示血容量已明显不足，是紧急输血的指征。如收缩压低于 90mmHg 、心率 > 120 次/分，伴有面色苍白、四肢湿冷、烦躁不安或神志不清则已进入休克状态，属严重大量出血，需积极抢救。

呕血与黑便的次数和量及全身症状的有无虽不能对出血量做出精确的判断，但仍有一定帮助。①大便隐血试验阳性反应提示每天出血量 $5 \sim 10\text{ml}$ 或以上；②黑便提示每天出血量达 $50 \sim 100\text{ml}$ 或以上；③胃内积血量达 $250 \sim 300\text{ml}$ 时可引起呕血；④一次出血量在 400ml 以下时，不出现全身症状；⑤出血量达 $400 \sim 500\text{ml}$ 或以上，患者可有头晕、乏力、心动过速和血压偏低等表现；⑥出血量 $> 1000\text{ml}$ ，可出现急性周围循环衰竭的表现，甚至引起出血性休克。

(3) 继续或再次出血的判断：出现以下征象可认为继续出血或再出血。①反复呕血，甚至呕血由咖啡色转为鲜红色；②黑便次数增多，粪质稀薄，变成暗红色，伴肠鸣音亢进；③虽经输血、补液，临床观察或中心静脉压监护发现周围循环衰竭未能改善或虽暂时好转而又恶化；④红细胞计数、血红蛋白测定与血细胞比容继续下降，网织红细胞计数持续增加；⑤补液充足及尿量正常的情况下，血氮质血症持续升高超过 $3 \sim 4$ 天或再次升高；⑥门静脉高压症患者原有脾大，在出血后常暂时缩小，如脾大未见恢复，亦提示出血未止。一般来说，一次出血后 48h 以上未再出血，再出血的可能性小；而过去有多次大量出血史、本次出血量大、24h 内反复大量出血、出血原因为食管胃底静脉曲张破裂者，再出血可能性较大。

5. 用药护理 血管加压素有收缩血管和刺激子宫平滑肌收缩的作用，用药前需询问有无冠心病、高血压、心力衰竭、妊娠病史，如有应禁用。药物滴注速度要准确，用药后密切观察患者是否有腹痛、血压升高、心律失常、心肌缺血等表现。可预防性舌下含服硝酸甘油。

6. 三（四）腔二囊管的护理

(1) 插管：①插管前应严格检查三（四）腔二囊管，确保胃管、食管囊管、胃囊管及食管引流管通畅，并做好标记，检查气囊有无漏气后抽尽囊内气体备用。②向患者及其家属解释说明使用三（四）腔二囊管的目的，以取得合作。③协助患者取平卧位头偏向一侧或半卧位，口服液状石蜡 10ml 。配合医师做好鼻腔、咽喉部局部麻醉，经口腔或鼻腔插管。插管至 65cm 时抽取胃液，检查胃管是否在胃内。④先向胃囊内注气 $150 \sim 200\text{ml}$ ，使其压力维持在 $40 \sim 50\text{mmHg}$ ，封闭胃气囊管口，牵拉。若出血不止，再向食管气囊注气 100ml ，使其压力维持在 40mmHg ，牵拉、固定。必要时连接 0.5kg 重物牵引。

(2) 插管期间护理：①做好口腔护理，定时抽取胃液，观察出血是否停止。②定时测量胃囊、食管囊压力，避免压力过小或过大。注意观察气囊是否破损，避免食管囊或胃囊移动阻塞喉部而发生窒息。③气囊加压充气 $12 \sim 24\text{h}$ 后，应放气 $15 \sim 30\text{min}$ 。若出血未止，再注气加压，以免食管胃底黏膜因受压时间过长而缺血坏死，以后每隔 12h 放气 1 次。④应用四腔管时，经食管引流管抽吸口腔分泌物，以预防误吸。应用三腔管时，嘱患者勿吞咽唾液等分泌物，必要时可插管进行抽吸。

(3) 拔管：①三（四）腔二囊管放置 $48 \sim 72\text{h}$ 后，若无活动性出血，可先将气囊放气，





保留管道观察 24h, 如确已止血, 方可拔管; ②拔管前让患者口服液状石蜡 20 ~ 30 ml, 以润滑黏膜及管道; ③放松牵引线, 先抽尽食管气囊内气体, 再抽尽胃囊内气体; ④气囊压迫一般以 3 ~ 4 天为限, 继续出血者可适当延长。

7. 心理护理 上消化道出血患者大多紧张、恐惧, 护士应尽快清除血迹或黑便, 嘱患者绝对卧床休息, 保持安静, 以利止血。关心安慰患者, 准许陪护, 使患者有安全感, 消除恐惧心理。各项操作要轻柔, 忙而不乱。留置三腔二囊管时往往给患者带来明显不适, 应多鼓励、安慰患者, 以取得患者配合。

【健康指导】

1. 疾病预防指导 向患者及其家属讲解上消化道出血的病因、诱因, 以减少再出血。
2. 饮食指导 告诉患者避免粗糙、刺激性食物, 避免过冷、过热、产气多的食物、饮料, 戒烟酒。
3. 疾病监测指导 指导患者及其家属识别出血早期征象及应急措施, 如出现头晕、呕吐、黑便时立即卧床休息, 保持安静, 并尽早就诊。

小 结

1. 临床特点 上消化道大量出血是指发生在屈氏韧带以上的消化道失血, 出血量超过 1000ml 或循环血容量 20%。其最常见的病因是消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性糜烂出血性胃炎和胃癌。临床表现为呕血与黑便、失血性周围循环衰竭、血象变化、发热、氮质血症。迅速补充血容量应放在一切治疗措施的首位, 同时采用药物止血、内镜治疗。食管胃底静脉曲张破裂大出血时多给予生长抑素、血管加压素, 必要时给予三腔二囊管止血。非曲张静脉上消化道大出血时多给予抑制胃酸分泌药。

2. 护理要点 失血性休克是患者的主要护理问题。应协助患者取平卧位, 头偏向一侧。立即建立两条静脉通道, 按医嘱给予输血、输液、止血药等。注意做好病情观察, 特别注意监测血压、心率、神志及呕血和黑便次数、量、性质等, 评估出血量, 观察有无继续出血或再次出血征象。食管胃底静脉曲张破裂出血者应做好三(四)腔二囊管的护理, 尤其注意预防窒息和黏膜坏死等不良反应。

(王笑蕾)

自 测 题

一、名词解释

1. 消化性溃疡
2. 溃疡性结肠炎
3. 肝性脑病
4. 上消化道大量出血

二、选择题

1. 慢性胃炎的主要病因是
 - A. 衣原体
 - B. 肺炎球菌
 - C. 病毒
 - D. 支原体
 - E. 幽门螺杆菌
2. 消化性溃疡最常见的并发症是
 - A. 癌变
 - B. 幽门梗阻
 - C. 消化道出血





- D. 胃肠道穿孔
E. 电解质紊乱
3. 肝硬化患者肝功能失代偿期最典型的临床表现是
A. 食欲不振
B. 恶心、呕吐
C. 蜘蛛痣
D. 肝掌
E. 腹水
4. 与蜘蛛痣形成有关的因素是
A. 酗酒
B. 雌激素过多
C. 血糖过高
D. 血小板减少
E. 严重感染
5. 患者, 男, 32岁, 反复间歇性上腹痛2年, 诊断为十二指肠球部溃疡。缓解腹痛正确的措施是
A. 睡前加餐
B. 腹部热敷
C. 取平卧体位
D. 服用镇痛药物
E. 尽早手术治疗
6. 肝硬化患者出现全血细胞减少的最主要原因是
A. 血液稀释
B. 脾功能亢进
C. 肝肾综合征
D. 营养吸收障碍
E. 上消化道出血
7. 肠结核的好发部位
A. 回盲部
B. 回肠末端
C. 乙状结肠
D. 直肠
E. 横结肠
8. 溃疡性结肠炎的好发部位
A. 回盲部
B. 回肠末端
C. 直肠及乙状结肠
D. 十二指肠
E. 横结肠
9. 溃疡性结肠炎的疼痛特点是
A. 疼痛—进食—疼痛
B. 疼痛—进食—缓解
C. 进食—疼痛—疼痛
D. 进食—疼痛—缓解
E. 腹痛—便意—便后缓解
10. 目前治疗消化性溃疡强而有力的抑酸药是
A. 雷尼替丁
B. 奥美拉唑
C. 西咪替丁
D. 法莫替丁
E. 丙谷胺
11. 肝硬化引起上消化道出血首选的药物是
A. 垂体加压素
B. 奥美拉唑
C. 甲氧氯普胺
D. 丙谷胺
E. 生长抑素
12. 诊断慢性胃炎最有意义的检查手段是
A. 大便潜血试验
B. X线钡餐检查
C. 腹部B超检查
D. 胃镜及活体组织检查
E. 腹部CT检查
13. 肝硬化患者既往曾有上消化道出血病史, 护士嘱其禁食硬食、油炸、粗纤维食物是因为
A. 减少肠道氨的吸收
B. 严格限制钠的摄入
C. 抑制假性神经递质
D. 减轻肝解毒功能
E. 以防损伤食道黏膜而出血
14. 肝硬化最严重的并发症是
A. 上消化道出血
B. 肝性脑病
C. 肝肾综合征
D. 电解质紊乱
E. 感染
15. 应激和药物引起的急性胃炎主要的临床表现是
A. 食欲不振
B. 恶心、呕吐





- C. 呕血、黑便
D. 肝掌
E. 腹水
16. 原发性肝癌最早、最常见的转移方式是
A. 淋巴转移
B. 肝内血行转移
C. 肝外血行转移
D. 种植转移
E. 直接蔓延
17. 诊断原发性肝癌最敏感的指标是
A. γ -GT
B. AFP
C. LPH
D. ALT
E. AST
18. 原发性肝癌最有效的治疗是
A. 放射性治疗
B. 免疫治疗
C. 抗癌药物局部治疗
D. 手术治疗
E. 冷冻治疗
19. 慢性肝病患者出现精神神经症状、肝臭、扑翼样震颤，应考虑
A. 肝硬化
B. 肝肾综合征
C. 肝性脑病
D. 感染
E. 继发性肝癌
20. 治疗肝性脑病正确的措施是
A. 高蛋白饮食
B. 肥皂水清洁灌肠
C. 静脉注射多巴胺
D. 口服抗酸药
E. 口服乳果糖
21. 不符合急性出血坏死型胰腺炎表现的是
A. Grey-Turner 征
B. 血钙降低
C. 腹痛
D. 血糖升高
E. 肠鸣音亢进
22. 急性水肿型胰腺炎腹痛时常伴有
A. 血淀粉酶升高
B. 休克
C. 血钙降低
D. 血糖升高
E. 急性腹膜炎
23. 我国急性胰腺炎最常见的病因
A. 暴饮暴食
B. ERCP
C. 高脂血症
D. 胆石症
E. 胰管阻塞
24. 上消化道出血应用三腔二囊管压迫止血，气囊放气的时间是术后
A. 1 ~ 11h
B. 12 ~ 24h
C. 1 ~ 2天
D. 2 ~ 3天
E. 3 ~ 4天
25. 上消化道大出血伴休克时的首要护理措施为
A. 准备急救用品和药物
B. 立即建立静脉输液
C. 迅速配血备用
D. 立即遵医嘱应用止血药
E. 立即吸氧
26. 关于上消化道大出血的饮食护理错误的是
A. 急性大出血伴恶心、呕吐者应禁食
B. 少量出血无呕吐者可进清淡流食
C. 食管胃底静脉曲张患者出血停止后可进温凉流食
D. 留置三腔二囊管患者需禁食
E. 消化性溃疡少量出血应尽早进食

三、填空题

1. 消化性溃疡的主要临床表现是_____。
2. 引起急性胃炎的药物是_____。





3. 溃疡性结肠炎的粪便典型表现为_____。
4. 肠结核的关键治疗是_____。
5. 肝硬化有大量腹水是应采取的体位是_____。
6. 原发性肝癌最常见的组织学分型是_____。肝癌终末期最严重的并发症是_____。
7. 肝性脑病主要临床表现为_____、_____、_____。
8. 急性胰腺炎的首发表现和主要表现为_____。急性胰腺炎最常用的诊断指标是_____。
9. 上消化道出血最常见的病因是_____、_____、_____、_____。
10. 上消化道出血特征性表现是_____。

四、简答题

1. 简述肝硬化的饮食护理。
2. 简述消化性溃疡的临床表现和并发症。
3. 简述肝性脑病的诱发因素。
4. 简述急性胰腺炎的饮食护理。
5. 如何判断上消化道出血未停止或发生再出血?

五、案例分析题

1. 患者,男,36岁。间断上腹痛4年,再发1周。

患者4年来每于季节交替时出现阵发性上腹烧灼样痛,饥饿时、夜间发生,进食后可缓解。伴有反酸、胃灼热,无恶心、呕吐,大便正常。间断服用“雷尼替丁”症状可缓解。未予系统诊治。1周末劳累后上述症状再次发作,腹痛性质同前,大便每日1次,成形黄软便,未服药。既往体健。无药物过敏史。

护理体检:T 36.8℃,神志清楚、表情焦虑。巩膜无黄染,结膜无苍白。双肺呼吸音清。心律齐,未闻及杂音。腹软,剑突下轻压痛,无反跳痛、肌紧张。肝脾未触及,麦氏点无压痛。Murphy征阴性。肝肾区无叩痛。肠鸣音正常。

- (1) 该患者可能的医疗诊断是什么?进一步确诊需要做什么检查?
- (2) 目前该患者主要的护理问题有哪些?
- (3) 请说出主要的护理措施。

2. 患者,男,56岁,乏力、食欲缺乏6个月。近2个月出现腹胀,进行性加重,体重无明显减轻。2天前参加朋友婚礼后出现黑便,每天1次,软便,每次量约50ml。昨晚始出现神志模糊。体格检查:T 37.4℃,P 92次/分,R 20次/分,Bp 100/60mmHg,神志欠清,能喊醒、不能正确回答问题。肝病面容,肝掌,巩膜轻度黄染,胸前可见2个蜘蛛痣,腹膨隆,腹水征(+),双下肢无水肿。B超示肝缩小,脾大,腹腔大量积液。血常规检查:血红蛋白76g/L,红细胞计数 $3.23 \times 10^{12}/L$,白细胞计数 $3.46 \times 10^9/L$,血小板计数 $83 \times 10^9/L$ 。患者既往乙型肝炎病史5年。

- (1) 该患者的医疗诊断是什么?
- (2) 目前该患者存在的主要护理诊断/问题有哪些?
- (3) 应采取哪些护理措施?

(张建欣 王笑蕾)

