

第三章 消化系统疾病病人的护理

第一节 消化系统解剖生理

1. 胃黏膜 B 细胞分泌胃酸和内因子，维生素 B12 需与内因子形成复合物后才能吸收。B 细胞减少致内因子减少导致恶性贫血。
2. **十二指肠球部**是十二指肠溃疡的好发部位。
3. **阑尾动脉**属无侧支的终末动脉，缺血时阑尾**易发生坏死**。
4. 在肝脏以维生素 K 为原料合成凝血因子 II、VIII、IX、X；肝功能障碍时，凝血因子合成减少易致出血。雌激素在肝脏灭活，**肝功能障碍时雌激素积聚，可致肝掌、蜘蛛痣**。
5. 胰岛 B 细胞分泌的胰岛素，主要作用是降低血糖。胰岛 A 细胞分泌的胰高血糖素可升高血糖。

第二节 口腔炎病人的护理

1. 鹅口疮为**白色念珠菌**感染所致，多见于新生儿和营养不良、腹泻患者以及长期应用广谱抗生素或激素者；疱疹性口腔炎为单纯疱疹病毒感染所致；溃疡性口腔炎为**链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎球菌**等感染所致。
2. 溃疡性口腔炎用 **3%过氧化氢溶液**或 **0.1%依沙吖啶(利凡诺)溶液**清洗溃疡面；鹅口疮者，餐后 1 小时用 **2%碳酸氢钠溶液**清洁口腔。
3. 鹅口疮患儿使用过的奶瓶、水瓶及奶头等，应放于 **5%碳酸氢钠溶液浸泡 30 分钟**后洗净再煮沸消毒。
4. 疱疹性口腔炎具有较强的传染性，应注意与健康儿隔离。

第三节 慢性胃炎病人的护理

1. 慢性胃炎最常见病因：**幽门螺杆菌感染**。
2. 慢性胃炎最可靠的确诊检查：**胃镜**。
3. 休息与饮食护理
 - (1) 急性发作期：卧床休息，无渣、半流质的温热饮食。
 - (2) 恢复期：劳逸结合，高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
 - (3) 避免食用过咸、过甜、辛辣、生冷等刺激性食物及浓茶、咖啡等饮料。戒烟、戒酒。
4. 有活动出血者可给予牛奶、米汤等，既能中和胃酸也有利于止血。
5. 药物护理

(1) 质子泵抑制剂是抑酸最强止痛最好的药物（**首选奥美拉唑**）。(2) 最佳服药时间：① 质子泵抑制剂和 H₂ 受体拮抗剂早晚各一次；② 铝碳酸镁**餐后 1~2h** 服；③ 硫糖铝在餐前 1 小时或睡前服用效果最好，如同时使用抑酸药，抑酸药需在硫糖铝服前半小时或服后 1 小时给予；④ 其他碱性抗酸药和保护胃黏膜药和促胃动力药均餐前服；⑤ 甲硝唑（替硝唑）对胃黏膜有刺激，宜饭后半小时服用。

第四节消化性溃疡病人的护理

1. **幽门螺杆菌（HP）感染**是消化性溃疡的重要发病原因。
2. 胃酸和胃蛋白酶对胃肠黏膜自身消化是重要的发病机制。胃酸分泌增多在十二指肠溃疡的发病机制中起主导作用。
3. 胃溃疡的疼痛特点是**进餐-疼痛-缓解（进食痛）**；十二指肠溃疡疼痛特点是**疼痛-进餐-缓解（空腹痛或饥饿痛）**。
4. 并发症

出血是消化性溃疡最常见的并发症**穿孔最常发生于十二指肠溃疡**，如溃疡疼痛变为持续性，进食或用抑酸药后疼痛长时间不能缓解，向背部或两侧上腹部放射，出现急性腹膜炎的体征时常提示可能出现穿孔幽门梗阻表现为餐后上腹部饱胀，频繁呕吐宿食，严重时可引起水和电解质紊乱癌变少数胃溃疡患者可发生癌变，尤其是 45 岁以上，十二指肠溃疡则少见

5. 首选检查方法是胃镜，与胃癌患者最可靠的鉴别检查是胃镜+活检。内科治疗方法包括抑制胃酸、保护胃黏膜、根除幽门螺杆菌等。

6. 术前并发症

① 并发急性穿孔者，有刀割样疼痛、腹膜刺激征；立位 X 线平片膈下可见游离的**新月型气体**；

② 并发大出血有呕血、黑粪、休克表现；③ 并发幽门梗阻有呕吐宿食，可见蠕动波等。

7. 术后护理要点是① 饮食与体位；② 术后观察：引流管、引流液、有无内出血、感染、梗阻、倾倒综合征。

胃溃疡=幽门螺杆菌+进食-疼痛-缓解。十二指肠溃疡=幽门螺杆菌+疼痛-进食-缓解。**上消化大出血=消化性溃疡病史+呕血、黑便。穿孔=消化性溃疡病史+腹膜刺激征。**

幽门梗阻=消化性溃疡病史+腹胀、呕吐隔夜食物。

第五节溃疡性结肠炎病人的护理

1. 溃疡性结肠炎的腹泻特点为黏液脓血便：**疼痛-便意-便后缓解，伴有里急后重感。**
2. 溃疡性结肠炎的**首选检查是结肠镜**；确诊检查是**结肠镜+活检**。

3. 溃疡性结肠炎并发中毒性巨结肠时，病人常出现腹胀。
4. 溃疡性结肠炎轻、中度**首选柳氮磺吡啶**；重度及暴发型**首选糖皮质激素**。灌肠给药时应抬高臀部，取左侧卧位。
5. 饮食为高热量、高蛋白、高营养、低纤维以及易消化的食物。

第六节小儿腹泻的护理

1. 小儿腹泻常见病因、临床特点：秋季腹泻最常见的病原体是**轮状病毒**，**呈蛋花汤样大便**；夏季 5~8 月份腹泻常见病原体是大肠埃希菌。腹泻可致脱水（严重者休克）、代谢性酸中毒、电解质紊乱（低钠、低钾、低钙）。
2. 传统口服补液盐（ORS）液，用于治疗轻、中度脱水，无明显腹胀、无明显呕吐者。张力为 2/3 张。
3. 2:1 混合液为等张溶液，用于扩容；等渗性脱水补 1/2 张溶液；低渗性补 2/3 张溶液。
4. **累计损失量=继续损失量+生理需要量**，应在 12~16 小时输入，滴速约每小时 5 mL/kg。
5. 静脉滴注氯化钾的浓度<0.3%，严禁静脉推注。
6. 轻度脱水丢失体液占体重 3%~5%、中度 5%~10%、重度>10%。
7. 小儿腹泻的饮食护理：①缩短每次喂乳时间，少量多次喂养；②人工喂养者可喂稀释的牛奶或米汤、脱脂奶等，③严重呕吐者暂禁食 4~6 小时（不禁水）。
8. 臀部护理：每次便后用温水清洗臀部，蘸干、涂油，保持会阴部及肛周皮肤干燥。
9. 健康指导：低脂、低纤维素饮食，避免长期应用广谱抗生素。

第七节肠梗阻病人的护理

1. 最常见的病因类型：是**粘连性肠梗阻**，多有腹部手术、创伤或感染史。
2. 最严重的类型：是**绞窄性肠梗阻**，有血运障碍、肠管坏死，需紧急手术。
3. 肠梗阻的典型症状：“**痛、吐、胀、闭**”。
4. 小儿肠套叠三大表现：**腹痛、果酱样黏液血便和腹部腊肠样肿块**。
5. 肠梗阻患者术后恢复进食的**标志为肠蠕动恢复，有肛门排气**；术后患者麻醉清醒血压平稳后应取半卧位，宜早期活动，促进肠蠕动恢复，避免肠粘连。
6. 最重要的护理措施是保持有效的胃肠减压。

第八节急性阑尾炎病人的护理

1. **阑尾管腔阻塞**是急性阑尾炎的主要病因。其典型表现为**转移性右下腹痛+右下腹麦氏点压痛、反跳痛**。

2. 阑尾炎的主要治疗是手术疗法，形成阑尾周围脓肿者，需先消炎处理脓肿三个月后行二期手术切除阑尾。

3. 鼓励手术病人术后早期活动，促进肠蠕动恢复，减少肠粘连发生。

4. 阑尾炎术后常见并发症是切口感染（术后 3~5 天高热）；最严重并发症是腹腔内大出血（术后 24 小时内，结扎线松脱）；腹腔脓肿（术后 5~7 天高热）；肠痿等。

第九节腹外疝病人的护理

1. 腹外疝的主要病因为腹壁薄弱和腹内压力增高。

2. 腹股沟斜疝是最常见的腹外疝；股疝多见于中老年妇女，是最易嵌顿和绞窄的疝；直疝一般不嵌顿，多见于老年男性。

3. 半岁以下婴幼儿腹股沟疝一般采用非手术治疗。

4. 腹外疝手术方法为单纯疝囊高位结扎术和疝囊高位结扎+疝修补术。

5. 腹外疝患者术后平卧位，腘窝下垫枕以减轻切口张力，利于切口愈合和减轻伤口疼痛，不宜过早活动；防止腹内压升高，术后注意保暖，防止受凉造成咳嗽，咳嗽时指导病人用手掌按压保护切口。保持排便通畅，防止便秘。

6. 斜疝修补术后，最主要的措施是用丁字带将阴囊托起，沙袋压迫切口 12~24 小时以预防阴囊肿胀。

7. 3 个月内应避免重体力劳动或提举重物。

8. 最常见的腹壁切口疝是经腹直肌切口疝，切口疝的疝环一般比较宽大，故很少发生嵌顿，以手术治疗为主。

第十节痔、肛瘘、直肠肛管周围脓肿病人的护理

1. 内痔位于齿状线以上，表面覆盖直肠黏膜，无痛；外痔位于齿状线下方，表面覆盖肛管皮肤，疼痛明显。血栓性外痔的特征是肛门处剧痛性暗紫色肿块。

2. 肛瘘不能自愈，必须手术。一般行挂线疗法或瘘管切开，避免损伤肛门括约肌。

3. 肛瘘的病因：直肠肛管周围脓肿切开或自行破溃后处理不当。

4. 直肠肛管周围脓肿的病因为肛窦炎和肛腺感染。

5. 直肠指诊是痔、肛瘘、直肠肛管周围脓肿的首选检查。

6. 肛瘘病人瘘管造影发现窦道存在即可确诊；直肠肛管周围脓肿局部穿刺抽到脓液则可确诊。

7. 1: 5 000 高锰酸钾溶液坐浴，每次 20~30 min，每日 2~3 次，是治疗直肠肛管周围疾病的有效方法，与排便、换药的顺序是排便—坐浴换药。

8. 内痔的主要表现为排便时无痛性出血和痔块脱出。内痔分期：I 期有血便，无脱出；II 期有血便，脱出后可自行回纳；III 期便血少，脱出后需手托回；IV 期痔块长期脱出。

9. 直肠肛管疾病术后护理：避免术后 3 日内解大便，有利于手术切口愈合。3 日后便秘者，口服液状石蜡等药物通便，但禁忌灌肠。

第十一节肝硬化病人的护理

1. 在我国，乙肝病毒性肝炎是引起肝硬化的最常见病因。基本病理改变是假小叶形成。
2. 肝功能减退者可有肝病面容、厌油、食欲缺乏、黄疸；肝掌、蜘蛛痣、出血倾向和贫血等。
3. 门静脉高压的有力证据是侧支循环的建立和开放（食道胃底静脉曲张）。
4. 上消化道大出血是最常见的并发症；肝性脑病是最严重并发症和常见的死亡原因。
5. 血清白蛋白下降，球蛋白上升，A/G 倒置，是对肝硬化肝功能判断最有意义的检测项目。
6. 肝功能显著损害或有血氨升高、性格行为改变等肝性脑病先兆时，应限制或禁食蛋白质。有腹水者应限盐在 2 g/d，进水量限制在 1 000 mL/d 以内。
7. 肝硬化易引起低钠血症、低钾低氯血症与代谢性碱中毒。
8. 门静脉高压症的三大表现：**脾大、侧支循环的建立和开放、腹水**。
9. **腹水**是肝硬化最突出的临床表现。
10. 肝硬化的饮食：高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物，避免进食油炸、粗糙、尖锐或刺激性的食物，应忌酒。

第十二节细菌性肝脓肿病人的护理

1. 细菌性肝脓肿的主要感染途径是**胆道上行性感染**；常见致病菌为大肠杆菌。
2. 早期临床特点是突然恶寒、高热，主要体征：肝大、肝区痛。
3. X 线、B 超、肝穿均可确诊。
4. 主要治疗手段：早期足量广谱抗生素治疗。

第十三节肝性脑病病人的护理

1. 肝炎后肝硬化是引起肝性脑病的最常见原因。
2. 急性肝性脑病常见于暴发性肝炎所致的急性肝衰竭；慢性肝性脑病以慢性反复发作与昏迷为突出表现。
3. 临床表现
一期（前驱期）轻度性格改变和行为异常；可有**扑翼样震颤**，脑电图多数正常二期（昏迷前期）以意识错乱、睡眠障碍、行为失常为主；腱反射亢进，肌张力增高，**巴宾斯基征阳性**，扑翼样震颤存在，脑电图异常三期（昏睡期）以昏睡和精神错乱为主；扑翼样震颤，脑电

图有异常四期（昏迷期）神志完全丧失，不能唤醒；腱反射消失，肌张力降低，脑电图明显异常。

4. 正常人空腹静脉血氨为 $6\sim 35\ \mu\text{mol/L}$ ，慢性肝性脑病人血氨增高，急性肝衰竭所致脑病血氨可正常。

5. 肝性脑病伴便秘者可口服或鼻饲 25%硫酸镁 30~60 mL 导泻，也可用生理盐水或弱酸溶液灌肠，忌用肥皂水灌肠。

6. 肝性脑病的饮食护理及药物护理：限制蛋白质入量，禁用肝毒性药物。

7. 辅助检查：简易智力测验是诊断早期肝性脑病、亚临床肝性脑病最有价值。

8. 诱因：高蛋白饮食，使血氨增高，诱发肝性脑病。

第十四节胆道疾病病人的护理

1. 胆道疾病的基本病因是结石：①胆囊结石+感染是胆囊炎；②胆管结石+感染是胆管炎。

2. 所有胆道疾病的首选检查都是 B 超。

3. 胆囊炎、胆囊结石的典型表现是胆绞痛（向右肩背部放射）+Murphy 征阳性。

4. 肝外胆管结石的典型表现是夏柯三联征（寒战发热+腹痛+黄疸）。

5. 急性梗阻性化脓性胆管炎的典型表现是雷诺五联征（夏柯三联征+血压下降+意识障碍）。

6. 胆道蛔虫病的典型表现是上腹部剑突下钻顶样疼痛，大便可找到蛔虫卵。

7. 重症胆管疾病的首选治疗是胆总管切开减压和 T 管引流。

8. 急性胆囊炎的主要病因为胆囊结石。

9. 急性胆囊炎起病常在饱餐、进油腻食物后，或在夜间发作。主要表现为右上腹阵发性绞痛，疼痛常放射至右肩或右背部。

第十五节急性胰腺炎病人的护理

1. 急性胰腺炎主要是胆道疾病，主要表现和首发症状是腹痛，常在暴饮暴食或饮酒后突然发生。

2. 淀粉酶测定是诊断胰腺炎最有意义的实验室检查。血清淀粉酶和尿淀粉酶超过正常值 3 倍可确诊急性胰腺炎；但淀粉酶的高低与胰腺坏死程度不平行。血钙低于 $2.0\ \text{mmol/L}$ 常提示病情严重。

3. 急性期禁食、胃肠减压，好转后从少量开始，宜低脂、低糖饮食。

4. 急性期应卧床休息，取弯腰屈膝侧卧位，禁用吗啡，以免引起 Oddi 括约肌痉挛。

5. 血清淀粉酶在发病 1~2 小时即开始增高，8~12 小时标本最有价值。

第十六节上消化道大出血病人的护理

1. 上消化道出血的常见病因依次为消化性溃疡、肝硬化门脉高压症、急性糜烂性胃炎等。
2. 出血量评估：粪隐血试验阳性提示每天出血量>5 mL；出现黑粪表明出血量在 50~100 mL 以上；胃内积血达 250~300 mL 时可引起呕血。
3. 内镜既是上消化道出血病因诊断的首选检查，也是急诊止血的首选措施。一般在上消化道出血后 24~48 小时内进行。
4. 非曲张静脉上消化道大量出血时临床上首选质子泵阻滞剂进行药物止血。
5. 上消化道出血病人应暂禁食，绝对卧床休息，平卧位或抬高下肢，头偏向一侧。
6. 肝硬化食管胃底静脉曲张破裂所致出血者，需要输血时，应输新鲜血液，库存血易诱发肝性脑病。
7. 大出血病人应绝对卧床休息，采取舒适的体位或平卧位，可将下肢略抬高，呕血时头偏向一侧，以免误吸，保证呼吸道通畅。
8. 对肝硬化引起的食管、胃底静脉曲张破裂出血者可应用气囊压迫止血。留置三（四）腔管期间，应定时测气囊内压力，以防压力不足达不到止血目的，或压力过高压迫组织引起坏死。持续放置 24 小时后应放气数分钟，再注气加压；间断应用气囊压迫一般以 3~4 天为限，继续出血者可适当延长。出血停止后，放出囊内气体，继续 24 小时，未再出血可考虑拔管，拔管前口服石蜡油 20~30 mL，润滑黏膜和管、囊外壁，抽尽囊内气体，以缓慢、轻巧的动作拔管。

第十八节急腹症病人的护理

1. 最常见的外科急腹症是阑尾炎。
2. 外科腹痛的特点是先有腹痛，后出现发热，常伴有腹膜刺激征。
3. 禁食、胃肠减压是治疗急腹症的重要措施之一。
4. 外科急腹症病人在没有明确诊断前，应严格执行五禁即：禁食、禁用止痛药、禁服泻药、禁止灌肠、禁热敷。
5. 腹痛的类型：
 - ①内脏性疼痛：对较强的张力和压力性刺激敏感；痛感弥散，定位不准确；
 - ②躯体性疼痛：能够准确反映病变刺激的部位，且感觉敏锐；
 - ③牵扯性疼痛。
6. 内科腹痛特点：先发热或先呕吐，后才腹痛，腹痛或压痛部位不固定。
7. 体位：一般情况下宜取半卧位，有大出血休克者给予平卧位。第四章呼吸系统疾病病人的护理