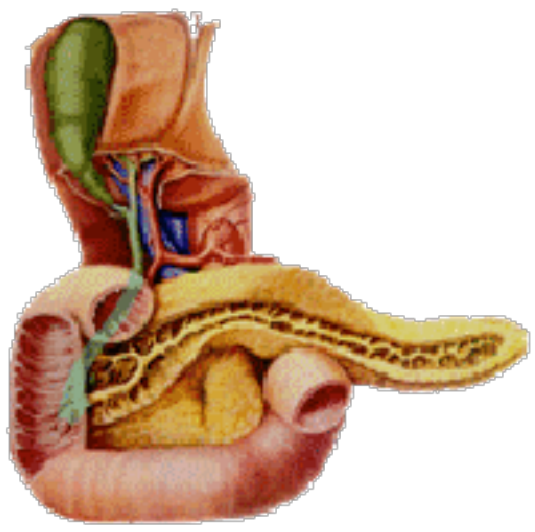
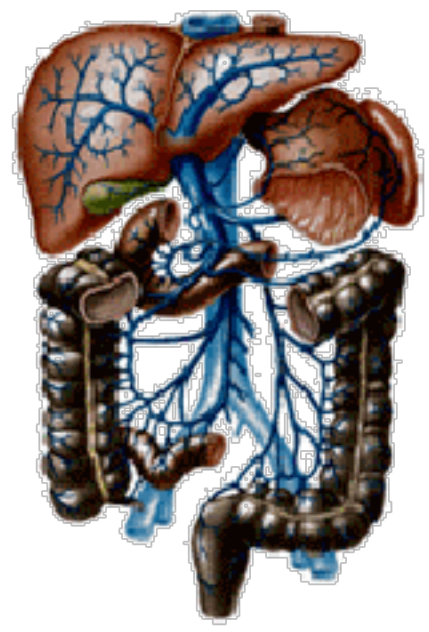
消化系统疾病病人的护理

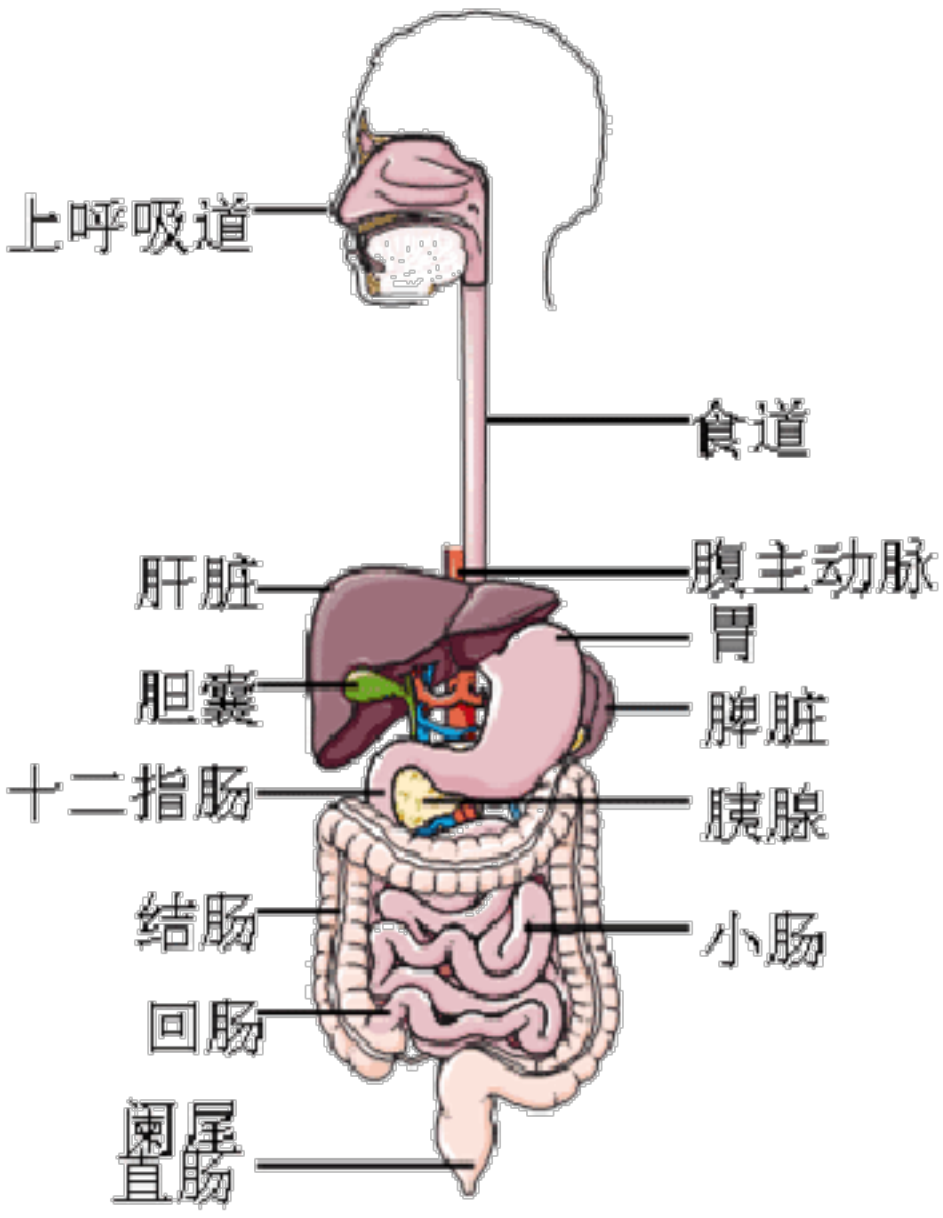
本章节目录

常见症状护理
胃炎病人的护理
消化性溃疡病人的护理
溃疡性结肠炎病人的护理









肝硬化病人的护理
原发性肝癌病人的护理
肝性脑病病人的护理
急性胰腺炎病人的护理
结核性腹膜炎病人的护理
上消化道大量出血病人的护理

常见症状护理

一、恶心、呕吐的护理

病因	原因广泛，消化系统中胃部及十二指肠疾病常见	
临床表现	急性胃炎	呕吐后恶心、呕吐缓解，慢性胃炎恶心更明显
	幽门梗阻	呕吐重，而且呕吐量大，为隔夜食物及腐臭味
	急性肠炎	伴有腹泻
	其它	肠梗阻、急性阑尾炎时也可发生恶心、呕吐。肝、胆、胰腺疾病，均有恶心、呕吐表现
	后果	脱水、电解质紊乱及营养障碍

护理措施

观察	生命体征，有无乏力、口渴、皮肤黏膜干燥、弹性减低等。注意观察呕吐的特点，记录呕吐的量、次数、性质、颜色及气味。注意预防直立性低血压和因持续性呕吐致大量胃液丢失而发生代谢性碱中毒
记出入量	积极补充水及电解质
生活护理	呕吐时注意将病人头偏向一侧，以免误吸
心理护理	转移注意力，减少呕吐

二、腹胀的护理

病因	急、慢性胃炎，消化性溃疡，肠炎，肠梗阻，肠麻痹，低钾血症等，肠内气体通过障碍均可导致胃肠道胀气。此外，腹水或腹部肿瘤时也可出现腹胀	
临床表现	消化系统	腹部胀满、膨隆的不适感觉、嗳气、肛门排气过多，可伴恶心、呕吐、畏食等
	其它系统	可有水肿、呼吸困难等

护理措施

通便排气	以肛管排气、灌肠或软便剂导泻及应用薄荷油腹部热敷的方法等减轻腹胀
胃肠减压	严重腹胀可禁食、胃肠减压
运动	鼓励多运动，饭后适当活动
饮食	少食多餐，多食蔬菜、高纤维食品，限制易产气食品（豆类、牛奶、坚果、干果等），有腹水的病人应食用高蛋白、高热量、高维生素、低钠饮食。一般腹水病人不需限制饮水量，而当血钠在 130mmol/L 时，限饮＜1500ml/d
记录	腹围和体重，出入量等。应用利尿药期间，要准确记录出入量，观察病人用药后的反应，防止水、电解质紊乱的发生
腹穿	在操作中应观察病人生命体征、神志和面色；严格无菌操作，预防感染，腹穿后穿刺部位应用无菌纱布覆盖，同时注意有无液体渗出；详细记录腹水颜色、性状和量，每次放腹水不宜过多，应＜3000ml/ 次；大量放腹水后应卧床休息 8～12h

三、腹痛的护理

病因	急性腹痛	多见于炎症（急性胃肠炎、急性胰腺炎等）还有各种肠梗阻，胃肠穿孔等
	慢性腹痛	消化性溃疡、溃疡性结肠炎、肿瘤等
临床表现	实质性脏器	持续性疼痛，进行性加重
	空腔脏器	阵发性绞痛
	胃、十二指肠	中上腹部隐痛、灼痛或不适，伴恶心、呕吐、嗳气、反酸、畏食等

护理措施

观察	疼痛变化，生命体征、神志等
一般护理	采取减轻疼痛体位，防止坠床
诊断不清	予以禁食，禁用强效镇痛药或激素
局部护理	局部热敷，针灸等，急腹症时不能热敷
健康教育	缓解或预防腹痛的方法，讲解诱因

四、腹泻的护理

病因	概念	大便＞3 次/日＋水多＋稀薄
	原因	肠黏膜炎症，消化/吸收不良，水电解质分泌过多或吸收受抑制（霍乱）
临床表现	腹泻、腹痛	炎症、溃疡→渗出↑→腹泻伴腹痛、发热
	胃肝胆胰疾病	（消化不良）粪便有不消化食物、泡沫及恶臭，多不伴腹痛，禁食后腹泻可缓解
	霍乱	水样便，量大，无脓血、黏液
	其它	长期腹泻→营养不良、体重下降、水肿

护理措施

记录、观察	记出入量、排便次数、性质和量，观察有无脱水体征等
饮食护理	少渣、低脂、易消化、低纤维素的流食、半流食，避免刺激。多饮水
一般护理	保暖，保护肛周皮肤，嘱病人便后使用软纸擦拭，每日用温水清洗肛门，并涂凡士林保护皮肤

五、呕血与黑便的护理

病因	上消出血	食管、胃、十二指肠及胆道系统的出血是上消化道出血的常见部位，其中消化性溃疡出血、食管胃底静脉曲张破裂出血、胃黏膜病变及胃癌出血等是常见疾病
出血量	隐血阳性	呕血一般都伴有黑便，但黑便不一定伴有呕血。呕血与黑便的颜色取决于上消化道出血的量及速度，上消化道出血量 5ml 左右，即可使粪便隐血试验呈阳性
	黑便	出血量达 50～70ml 时可产生黑便。当出血量大而迅速，血液在肠道内推进较快，也可使粪便呈暗红色甚至鲜红色
临床表现	特征性	呕血与黑便是上消出血特征性表现
	出血量＞500ml	头晕、心悸、出汗、四肢发凉，精神委靡、烦躁不安，甚至出现意识模糊等循环衰竭症状。实验室检查会有血红蛋白下降

护理措施

观察病情	观察呕血持续时间、频率、量、颜色、血常规、电解质等，监测生命体征
药品	建立通道，补液＋止血药
一般护理	禁食，禁食期间保持口腔清洁，保持胃管通畅，注意休息，减少活动

六、黄疸的护理

病因	概念	总胆＞2.0mg/dl （34.2μmol/L）
	肝细胞性	肝炎、肝硬化、肝癌
	阻塞性	如炎症、水肿、结石、肿瘤、蛔虫等
临表	巩膜、黏膜和皮肤黄染，可有全身皮肤瘙痒。伴随肝功能的下降，病人可出现乏力、发热、食欲减退、恶心、呕吐、厌油、腹胀、便秘或腹泻、消瘦	

护理措施

1.密切注意观察病情变化，注意黄染的分布、深浅和尿、便的颜色。

2.保证病人充足的休息，作好皮肤护理，减少刺激，增加舒适感。保持大便通畅，养成定时排便的好习惯，帮助减轻黄疸症状。

3.根据病因，合理安排饮食，保证营养的摄取，适当进食粗纤维食品。

胃炎病人的护理

一、急性胃炎

	急性单纯性	急性糜烂性	急性腐蚀性
病因	细菌毒素或微生物感染：食用被细菌或细菌毒素污染的食物。（沙门菌、嗜盐菌最多，毒素以金葡毒素最多） HP感染症状常不明显，如不治疗，可长期存在并发展为慢性胃炎	饮用烈性酒：酒具有亲酯性和溶酯性，高浓度酒可直接破坏胃黏膜,胃腔内的氢离子进入胃黏膜内,进一步加重胃黏膜的损害，最终导致胃黏膜糜烂和出血。 长期服用某些药物:可破坏胃黏膜而发生糜烂、出血。如非甾体抗炎药可直接损伤胃黏膜上皮层,抑制胃黏膜生理性前列腺素的产生;某些抗肿瘤药物对胃肠道黏膜细胞产生明显的细胞毒性作用。 严重创伤、大面积烧伤、大手术后、颅内病变、休克及重要器官衰竭等均可使机体处于应激状态而引起急性胃黏膜缺血、缺氧，黏膜屏障受损，临床表现为出血。	吞服强酸、强碱等
临表	进食后24h内出现中上腹痛＋食欲减退＋恶心、呕吐＋腹泻（伴肠炎时）=上腹部或脐部压痛＋肠鸣音亢进	上消出血（呕血＋黑便）为主要表现，常呈间歇性发作，可自止。部分病人可有上腹部不适、腹痛、恶心、呕吐等症状，一部分病人症状很轻或无症状	口腔、咽喉、胸骨后及上腹部剧痛，并伴有吞咽疼痛（困难） 可有频繁的恶心、呕吐，呕吐物为出血性黏膜腐片。可因服用腐蚀剂不同，在唇、

			口腔、咽喉部黏膜上呈现不同颜色的灼痂，如硫酸为黑色痂、盐酸为灰棕色痂、硝酸呈深黄色痂、醋酸或草酸为白色痂，强碱呈透明水肿
辅检	粪便检查：胃肠炎便常规有阳性发现	潜血阳性；胃镜（出血后 24～48h 内进行）胃黏膜多发性糜烂、出血和水肿，表面可附有黏液和炎性渗出物	-
治疗	去病因，卧床休息（可暂禁食 1～2 顿或予以清淡流质食物,多饮水）；腹痛剧烈局部热敷或解痉；频繁呕吐或腹泻时及时补液；伴肠炎抗炎	积极治疗原发病，去除诱发； 抑酸（雷尼替丁、西咪替丁或法莫替丁等）； 保护胃黏膜（硫糖铝、胶体铋等）	禁食,一般禁洗胃； 休克症状（首先抢救）； 有针对性的解毒。吞服强酸—牛奶、蛋清或弱碱（镁乳、氢氧化铝）。吞服碱性物——稀释的食醋或果汁； 予广谱抗生素； 食管狭窄者—食管扩张术

二、慢性胃炎

三部曲

慢性胃炎→消化性溃疡→胃癌（HP)

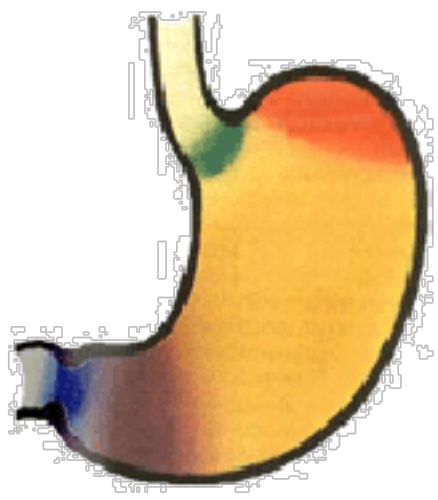
肝炎→肝硬化→肝癌（病毒）

慢支→肺气肿→COPD



（一）病因和发病机制（☆）

幽门螺杆菌	慢性胃炎约 90%由 HP感染引起，幽门螺杆菌具有鞭毛，能穿过胃的黏液层到胃黏膜，通过其产氨作用、分泌空泡毒素 A等物质引起细胞损害；其细胞毒素相关基因蛋白能引起炎性反应；幽门螺杆菌细胞壁可作为抗原诱导免疫反应。以上因素长期存在致使胃黏膜发生慢性炎症
自身免疫反应	胃体和胃底萎缩为主，壁细胞损伤刺激机体→壁细胞抗体→胃酸分泌↓和内因子↓→VB_{12}吸收障碍→恶性贫血
理化因素	胆汁反流、长期服用非甾体药、长期饮用浓茶、酒、咖啡以及食用过冷、过热、过于粗糙的食物等因素，均可引起胃黏膜损害
其他	有人认为慢性胃炎是老年性改变，可能与黏膜退行性变，使其营养不良、分泌功能下降、屏障功能减低有关



（二）临床表现

多数为上腹部隐痛或不适、反酸、上腹部饱胀、嗳气、食欲缺乏、恶心、呕吐等，少数病人有呕血与黑便；自身免疫性胃炎病人可有舌炎及贫血。

（三）辅助检查

1. 胃液分析　自身免疫性胃炎病人有胃酸缺乏。

2. 血清学检查血　清促胃液素水平可降低或正常，可存在抗壁细胞抗体，但滴度低。自身免疫性胃炎病人血清促胃液素水平常明显升高，可有抗壁细胞抗体和抗内因子抗体。

3. 胃镜及活组织检查 胃镜检查——是最可靠的确诊方法。活组织检查可进行病理诊断。

4. 幽门螺杆菌检测　活组织病理检查时可同时检测，也可通过 ^{13}C 或 ^{14}C 尿素呼气试验检测。



（四）治疗原则——抗 HP+保护胃黏膜

抗幽门螺杆菌治疗	2 种抗生素	阿莫西林、克拉霉素、替硝唑
	1 种抑酸药	奥美拉唑
保护胃黏膜	硫糖铝	餐前 1h 与睡前服用效果最好，如需同时使用抑酸药，抑酸药应在硫糖铝服前半小时或服后 1 小时给予
促进胃动力	多潘立酮	应在饭前服用，不宜与阿托品联用
生活习惯	戒烟酒	
恶性贫血者	注射维生素 B_{12} 加以纠正	

（五）护理措施

急性发作期		卧床休息
恢复期		规律生活，避免劳累
饮食护理	急性期	无渣、半流质的温热饮食,如病人有少量出血可予牛奶、米汤等,以中和胃酸,利于黏膜恢复。剧烈呕吐、呕血的病人应禁食,静脉营养
	恢复期	高热量、蛋白、维生素，易消化的饮食，避免食用过咸、过甜、辛辣、生冷等刺激性食物。定时进餐、少量多餐、细嚼慢咽，养成良好的饮食卫生习惯。如胃酸缺乏者可酌情食用酸性食物如山楂、食醋、浓肉汤、鸡汤
疼痛的护理		局部热敷、按摩等或给止痛药物等缓解疼痛
心理护理		消除紧张、恐惧，使其精神放松
定期复查		10%病人转为胃癌，定期复查，防止病情进展

消化性溃疡病人的护理

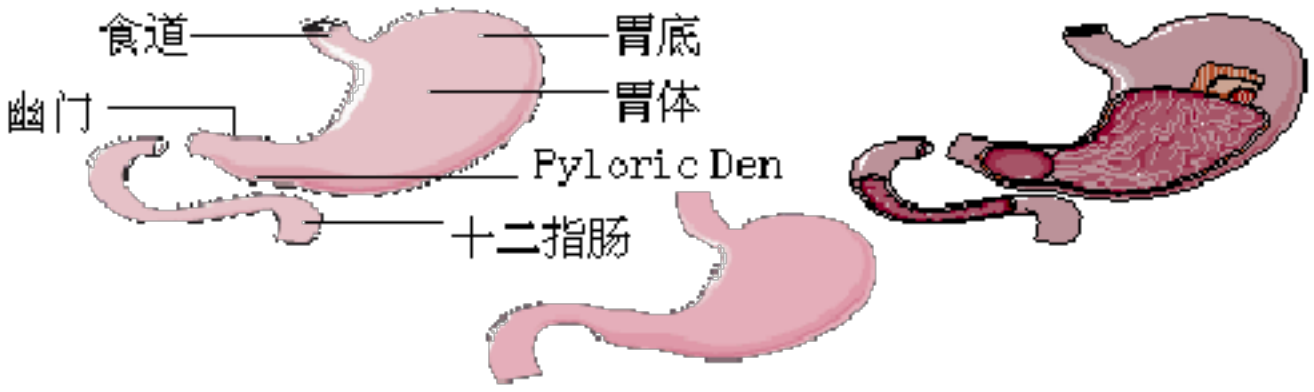

（一）病因

pH	胃酸和胃蛋白酶（起主导地位）
Hp	Hp感染重要发病原因
非甾体药	抑制前列腺素合成，也急性胃炎的发病机制
其他因素	吸烟，遗传，急性应激，精神紧张，饮食习惯不良。吸烟等
粘膜防卫因子	粘膜屏障、粘液 HCO_3^- 盐屏障、粘膜血流量、细胞更新、前列腺素和表皮生长因子

（二）临床表现（重点）

	十二指肠溃疡（DU）	胃溃疡（GU）
因素	侵袭因素增强为主好发球部前壁或后壁	保护因素减弱为主好发胃小弯



续表——慢性、周期性、节律性上腹痛

	十二指肠溃疡	胃溃疡
年龄	30 岁左右、男性多	40～50 岁、男性多
发作	进餐后 1～3 小时，也常发生在午夜至凌晨	进食后 30～60 分钟，疼痛较少发生于夜晚
持续时间	饭后 2～4 小时，到下次进餐后为止	1～2 小时
规律	疼痛—进食—缓解	进食—疼痛—缓解
压痛	上腹正中或稍偏右	剑突下正中或偏左
癌变	无	＜1%

并发症

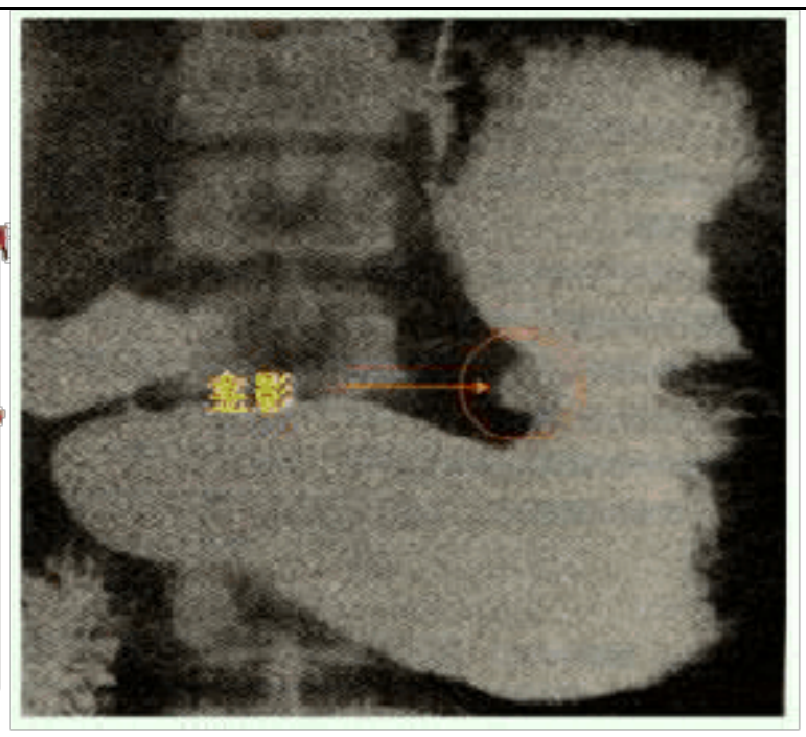
出血 	消化性溃疡最常见的并发症，十二指肠溃疡比胃溃疡易发生。可表现为呕血与黑便。出血量大时甚至可排鲜血便	
穿孔	十二指肠溃疡多发，主要表现腹部剧痛和具有急性腹膜炎的体征	
幽门梗阻	频繁呕吐宿食	
癌变	少数 GU发生癌变,DU少见	



（三）辅助检查

胃镜＋活检	有确诊价值，首选	
X线钡餐	龛影——直接征象，确诊的重要依据	
HP检测 （了解）	侵入	快速尿素酶实验、Hp培养等
	非侵	13C/14C尿素呼气试验（首选）
胃液分析	胃酸分泌：GU≤正常人；DU增高	
便潜血	持续阳性，考虑有癌变的可能	





（四）治疗原则

目的	消除病因，缓解疼痛，促进溃疡愈合，减少复发，避免并发症的发生
一般 治疗	生活有规律，避免过度劳累和精神紧张。注意饮食规律，戒烟、酒
药物	根除幽门螺杆菌，抑制胃酸和保护胃黏膜 质子泵抑制剂（抑酸最强）＋两种抗生素 胃粘膜保护剂——硫糖铝、枸橼酸铋钾（保护胃黏膜＋抑制 HP）和前列腺素类药物
手术	穿孔、幽门梗阻、大量出血和恶性溃疡

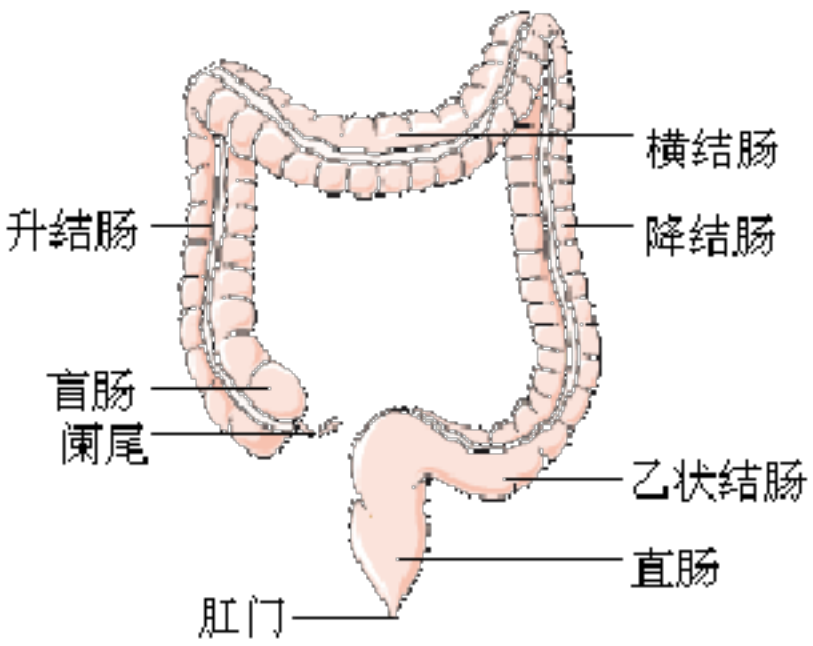
（五）护理措施



观察	疼痛特点，有无放射痛、恶心、呕吐等伴随症状	
休息	较重病人-休息；病情较轻-劳逸结合	
饮食护理	定时进餐，少量多餐，溃疡活动期病人每天可进餐 5～6 顿，以清淡、富有营养的饮食为主（面食为主食），避免粗糙、过冷、过热、刺激性食物或饮料	
药物护理	抗酸药	餐后 1h 及睡前服用，避免与牛奶同用
	多潘立酮	餐前 1 小时及睡前 1 小时服用
其它	关心病人心理变，较轻焦虑等	
随诊	年龄偏大的胃溃疡病人门诊复查，防止癌变	

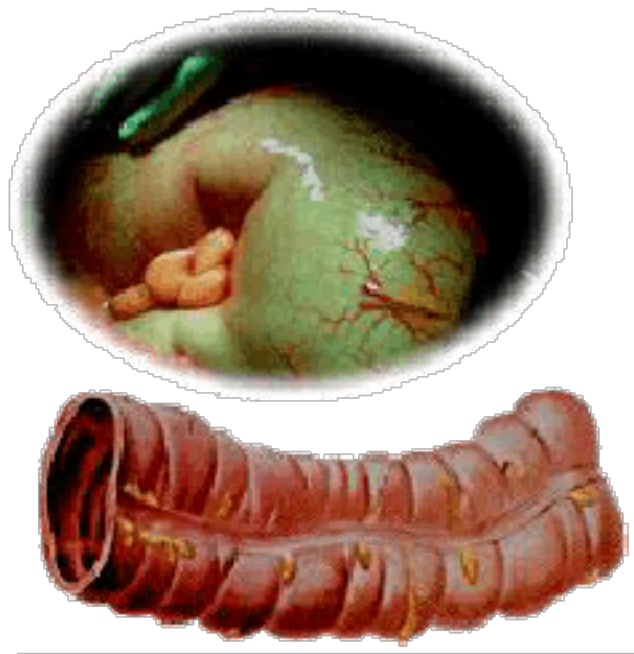
溃疡性结肠炎病人的护理

（一）病因病理



病因	遗传、感染、精神因素和免疫异常
好发部位	直肠，乙状结肠
里急后重	病变在直肠可有
结肠镜	病变呈连续性、弥漫性分布，可见粘膜弥漫性充血、水肿，弥漫性糜烂或多发性浅溃疡

（二）临床表现



症状	消化系统	腹泻（粘液脓血便）＋里急后重＋左下腹或下腹痛（排便后缓解）
	全身表现	发热＋贫血＋消瘦＋皮肤节红斑、关节痛、脾大、口腔黏膜溃疡等
体征	一般体征	慢性面容＋消瘦、贫血貌
	消化系统	出现反跳痛、腹肌紧张、肠鸣音减弱等。对于重病人应警惕中毒性结肠扩张（结肠袋消失）、肠穿孔的发生
并发症	中毒性巨结肠	见于重症患者
	直肠结肠癌变	病程长且重的患者
	其它	出血、肠梗阻、肠穿孔等

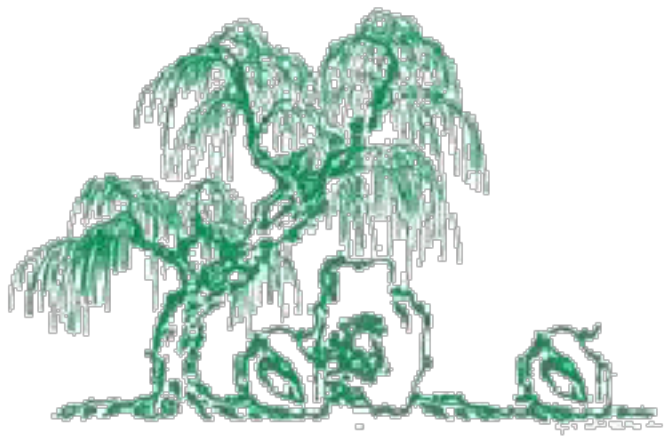
（三）辅助检查

血液检查	Hb降低，WBC升高，血沉加快，C反应蛋白增高（活动期标志）
便常规	黏液脓血便，镜下可见红、白细胞

X线钡剂灌肠	对中、重症者诊断有一定意义
结肠镜检查	本病诊断、确定病变范围有重要价值

（四）治疗原则

目的	控制急性发作、缓解病情、减少复发、防止并发症	
药物	柳氮磺吡啶	首选，适用于轻、中型或重型，使用糖皮质激素治疗已有缓解者
	氢化可的松	暴发或重型病人首选
	免疫抑制剂	激素依赖或效果不佳者
手术	药物无效，有严重合并症者	



（五）护理措施（了解）

休息	规律生活，减少胃肠蠕动及体力消耗
观察病情	监测生命体征，观察腹泻,腹部压痛，肠鸣音等
饮食护理	高热量、富营养而少纤维、易消化、软食物，禁食生、冷食物及含纤维素多的蔬菜水果，忌食牛乳和乳制品
腹泻护理	注意肛门周围皮肤的护理，观察粪便性质和量
用药护理	解释药物相关副作用
心理护理	鼓励患者，建立信心和勇气

肝硬化病人的护理

一、病因 三部曲 慢性乙肝→肝硬化→肝癌

病毒感染	乙、丙或与丁型肝炎病毒感染（我国最常见）
酒精中毒	长期大量饮酒,乙醇及其中间代谢产物（乙醛等）毒性作用引发酒精肝→肝硬化（国外最常见）
胆汁淤积	持续肝内胆汁淤积、外胆管阻塞引起
毒物药物	长期接触工业毒物→中毒性肝炎→肝硬化
循环障碍	慢性充血性心衰、缩窄性心包炎、肝 V或下腔 V阻塞致肝 C长期淤血、缺氧、坏死和纤维组织增生导致

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/556235023234010141