2018年护士考试备考第四章记忆诀窍：消化系统疾病病人的护理

历年常考口炎病人的护理，消化性溃疡病人的护理，肝性脑病、急性胰腺炎、上消化道出血、

小儿腹泻、腹外疝、溃疡性结肠炎病人的护理。考生应着重掌握常考的知识点。2017年大纲新增肠套叠、肠扭转、肠粘连。最后，祝愿各位考生能顺利通过2018年护士执业资格考试。

1口炎病人的护理

1.病因

(1)鹅口疮:又称雪口病,白色念珠菌感染所致,常见于新生儿和营养不良、腹泻以及长期应用广谱抗生素或激素的患儿。

(2)疱疹性口腔炎:单纯疱疹病毒感染所致。

2.临床表现

（1）鹅口疮:口腔黏膜表面出现白色乳凝块样物,初期呈点状或小片状,可逐渐融合成大片,不宜擦去，患儿一般无全身症状，且不痛、不流涎、不影响进食。

（2）疱疹性口腔炎:多见于婴幼儿，起病时发热，常在牙龈、舌、唇、颊黏膜等处出现散在或成簇的小疱疹，局部疼痛、流涎、常伴颌下淋巴结肿大。

3.护理措施

(1)促进口腔黏膜愈合

1)保持口腔清洁:①3%过氧化氢溶液或0.1%依沙吖啶(利凡诺)溶液清洗溃疡面,较大儿童可用含漱剂;②鹅口疮:2%碳酸氢钠溶液清洁口腔,每日2~4次,以餐后1小时左右为宜。

2)局部用药:涂药前应先清洗口腔，涂药后嘱患儿闭口10 min再去除隔离唾液的纱布或棉球，嘱患儿不可立即漱口、饮水或进食。鹅口疮患儿局部涂制霉菌素鱼肝油混悬溶液；疱疹性口腔炎患儿局部可涂典苷。

(2)防止继发感染及交叉感染

鹅口疮患儿使用过的奶瓶、水瓶及奶头应放于5%碳酸氢钠溶液浸泡30分钟后洗净再煮沸消毒。

2慢性胃炎病人的护理

1.病因

幽门螺杆菌感染:是慢性胃炎的主要病因。

2.临床表现

慢性胃炎病程进展缓慢。部分患者可有上腹隐痛、餐后饱胀感、反酸、嗳气、恶心及食欲缺乏等非特异性消化不良表现。自身免疫性胃炎患者可有舌炎及贫血。

3.辅助检查

胃镜检查为最可靠的确诊方法。

4.治疗原则

(1)抗幽门螺杆菌感染:目前多采用一种铋剂或一种质子泵抑制剂加上两种抗菌药物的三联疗法。常用抗生素为阿莫西林、克拉霉素、替硝唑等。

(2)对症治疗:有胆汁反流者,可用考来烯胺或氢氧化铝凝胶吸附。如因药物引起者,应立即停服并用抑酸剂或硫糖铝等胃黏膜保护药,硫糖铝在餐前1小时或睡前服用效果最好。

5.护理措施

重点是饮食护理,急性发作期患者应注意休息,给予无渣、半流质的温热饮食。少量出血者可给予牛奶、米汤等中和胃酸,多有利于黏膜的修复。

3消化性溃疡病人的护理

1.病因

幽门螺杆菌感染是消化性溃疡的主要发病病因。

2.临床表现

以慢性病程、周期性发作、节律性上腹痛为特点。胃溃疡疼痛多在进食后0.5～1 h出现，疼痛特点为进食→疼痛→缓解。十二指肠溃疡病人疼痛为饥饿痛或空腹痛，疼痛节律为疼痛→进食→缓解。

3.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

少数溃疡患者可发生癌变，尤其是45岁以上，且粪便隐血试验持续阳性的患者

4.辅助检查

胃镜检查对消化性溃疡有确诊价值,是首选检查方法。X线钡餐检查的直接征象为龛影,是诊断溃疡的重要依据。

5.治疗原则

根除幽门螺杆菌的药物:质子泵阻滞剂或胶体铋剂与两种抗菌药物(如氨苄西林、甲硝唑、克拉霉索等)三联治疗。

6.护理措施

①观察病情；②病情较重患者卧床休息；③嘱患者定时进餐，少食多餐；④正确用药；⑤注意观察病人心理变化。

溃疡胃镜幽门螺，规律腹痛奥拉唑；内科首选三四联，奶米中酸利止血。

穿孔形成腹膜炎，梗阻腹胀呕隔夜；胃1 肠2 做手术，早期下床莫耽搁。

药物护理要熟记，餐前动力保黏膜；铝镁餐后2 时服，拉唑替丁早晚各。

4溃疡性结肠炎病人的护理

1.临床表现

(1)消化系统表现:主要表现为腹泻、黏液脓血便,轻者每日排便2~3次,重者每日10次以上,有疼痛→便意→便后缓解的规律，常有里急后重感，还可有腹胀、食欲减退、恶心、呕吐。

(2)体征:慢性病容,精神差,重者呈消瘦、贫血貌。轻型患者有左下腹轻压痛;重症及暴发型患者常有明显腹膜刺激征，如出现反跳痛、腹肌紧张、肠鸣音减弱等。

2.治疗原则

（1）柳氮磺吡啶(SASP):为首选药物,适用于轻、中型或重型,使用糖皮质激素治疗已有缓解者。

（2）肾上腺皮质激素：适用于暴发型或重型病人，常用氢化可的松。

（3）免疫抑制剂：用于糖皮质激素治疗效果不佳者。

3.护理措施

腹泻护理:指导做好肛门及周围皮肤的护理,便后用肥皂与温水清洗肛门及周围皮肤,清洗后轻轻拭干,必要时给予凡士林或抗生素软膏涂擦,以防皮肤破损。

5小儿腹泻的护理

1.病因

易感因素：①婴幼儿消化系统发育不完善；②生长发育快；③机体防御功能较差；④肠道菌群失调；⑤人工喂养。

感染因素:主要由病毒、细菌引起。病毒感染以轮状病毒感染最为常见;细菌感染以致病性大肠杆菌为主。

2.临床表现

(1)根据腹泻的急缓程度可分为：急性腹泻(病程<2周)、迁延性腹泻(病程2周~2个月)、慢性腹泻(病程>2个月)。

(2)据病情可分为:轻型腹泻、重型腹泻。

轻型腹泻：主要是胃肠道症状，大便次数增加，通常<10次/日，大便量不多，一般为黄色或黄绿色稀水样，常见白色或黄白色奶瓣和泡沫。

重型腹泻:除了腹泻外,还有食欲不振、呕吐、腹泻,大便每日10余次至数10次,多为黄水样便或蛋花汤样便,量多,有少量黏液。

不同程度脱水的临床表现

分类

轻度

中度

重度

失水占体重百分比

3%~5%

5%~10%

>10%

精神状态

稍差,略烦躁

烦躁或萎靡

昏睡甚至昏迷

皮肤弹性

稍差

差

极差

口腔黏膜

稍干燥

干燥

极干燥

眼窝及前囟

稍凹陷

明显凹陷

深凹陷,眼睑不能闭合

(3)不同病因所致腹泻的临床特点：

分类

发病特点

全身症状

大便特点

轮状病毒肠炎

(秋季腹泻)

多发生在秋冬季

节,以6~24个月婴幼儿为多

常伴上呼吸道感染症

状,感染中毒症状不明显,常伴脱水、酸中毒

黄色水样或蛋花汤样,含少量黏液,无腥臭味,每日几次到几十次,量多

生理性腹泻

多见于6个月以下婴儿,生后不久即腹泻,不需特殊治疗,不影响生长发育

外观虚胖,常有湿疹,精神、食欲好,体重增长正常

除大便次数增多外,无其他症状,添加辅食后,大便即逐渐转为正常

3.治疗原则

(1)调整饮食:继续饮食，满足生理需要。

(2)预防和纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

1)口服补液:口服补液盐(ORS)溶液，其张力为1/2，用于轻、中度脱水无明显呕吐者。

2)静脉补液:适用于中度以上脱水、呕吐或腹胀明显的患儿。

几种常用混合液组成

混合溶液

生理盐水

5%~10%

葡萄糖

1.4%碳酸氢钠

(1.87%乳酸钠)

张力

应用

1∶1

1

1

—

1/2

轻、中度等渗性脱水

2∶1

2

—

1

等张

低渗性或重度脱水

2∶3∶1

2

3

1

1/2

轻、中度等渗性脱水

4∶3∶2

4

3

2

2/3

中度、低渗性脱水

1∶2

1

2

—

1/3

高渗性脱水

1∶4

1

4

—

1/5

生理需要

(3)补液原则：第一天补液总量包括累计损失量、继续损失量和生理需要量。一般来说，婴幼儿补液量：轻度缺水约90~120 mL/kg，中度脱水约120~150 mL/kg，重度脱水约150~180 mL/kg。

(4)药物治疗

1)肠道微生态疗法:常用双歧杆菌、嗜酸乳杆菌等制剂。

2)肠黏膜保护剂的应用:具有吸附病原体和毒素、保护肠黏膜的作用，如蒙脱石粉。

3）控制感染。

4.护理措施

（1）合理喂养,调整饮食:由少到多,由稀到稠,逐渐过渡到正常饮食，呕吐严重者可禁食4~6小时；母乳喂养者可暂停辅食；病毒性肠炎多继发双糖酶缺乏，暂停乳类喂养。

（2)维持皮肤的完整性：臀红的护理:①局部用红外线灯或鹅颈灯照射,每次照射时间15~20分钟,每日2~3次。照射时严格掌握灯与臀部的距离,一般为35~45 cm,防止烫伤;②臀部烤灯后,酌情涂以润肤油类或药膏。

**6肠梗阻病人的护理**

一、肠梗阻

1.病因和分类

(1)按梗阻发生的基本病因可分为:①机械性肠梗阻:最常见;②动力性肠梗阻:分为麻痹性肠梗阻和痉挛性肠梗阻;③血运性肠梗阻:较少见。

(2)按肠壁有无血运障碍分为:单纯性肠梗阻和绞窄性肠梗阻。

2.临床表现

(1)腹痛:机械性肠梗阻为阵发性剧烈腹痛;绞窄性肠梗阻呈持续性剧烈腹痛伴阵发性加重。

(2)呕吐: 麻痹性肠梗阻时呕吐呈溢出性,若呕吐物呈棕褐色或血性,表明肠管有血运障碍。

(3)停止排气、排便:见于急性完全性肠梗阻。绞窄性肠梗阻如肠套叠、肠系膜血管栓塞或血栓形成,可排出血性黏液样粪便。

3.辅助检查

(1)实验室检查:由于血液浓缩,血红蛋白和白细胞比容可升高,尿比重增高。

(2)X线检查:立位或侧卧位腹平片可见气液平面及胀气肠袢。

4.护理措施

(1)非手术治疗的护理

①一般护理措施:维持体液平衡；有效缓解疼痛，如禁食、胃肠减压、应用解痉剂等。

②呕吐护理:呕吐时患者头偏向一侧,防止发生窒息或吸入性肺炎。

(2)手术治疗的护理:术后患者麻醉清醒后应取半卧位,予禁食、胃肠减压、静脉补充营养,鼓励患者早期活动,促进肠蠕动恢复,避免肠粘连。

5.常见的机械性肠梗阻

分类

病因

症状特征

治疗

粘连性肠梗阻

腹腔手术、炎症、损伤

单纯性不完全肠梗阻

非手术治疗为主

血运性肠梗阻

肠系膜血管受压、栓塞或血栓肠管血运障碍

肠麻痹

—

肠扭转

小肠扭转多见于青壮年，常因饮食后突然改变体位或剧烈运动而发病

突然脐周剧烈绞痛,腹胀呈不对称膨隆,腹部可触及压痛性包块

及早手术复位

续表

分类

病因

症状特征

治疗

肠套叠

回肠末端套入结肠(多见于2岁以内小儿)

阵发性腹痛、血便和肿块，伴有呕吐和果酱样血便

早期空气灌肠或钡剂灌肠复位，呈“杯口状”阴影

二、肠套叠

1.病因和分类

95%为原发性，多见于婴幼儿。病因尚不明确，系与婴幼儿回盲部系膜未完全固定、活动度较大有关。5%为继发性，多见于年长儿。与肠息肉、肿瘤等牵拉有关；或饮食改变、腹泻及病毒感染导致肠蠕动紊乱，诱发肠套叠。

肠套叠按套入部位的不同可分为：回盲型（最常见），回结型，小肠型，结肠型和多发型。肠套叠多与肠蠕动方向一致。肠套叠时，由于鞘层肠管持续痉挛，使套入部发生循环障碍；黏膜细胞分泌大量黏液，与血液及粪便混合成果酱样胶冻状排出；肠壁水肿、静脉回流障碍加剧及动脉供血不足，导致肠壁坏死，出现全身中毒症状。

2.临床表现

多为健康婴儿突然发病。

（1）腹痛突然发生剧烈的阵发性肠绞痛。表现为突然发作的阵发性哭闹，屈膝缩腹，面色苍白、据食、出汗，持续一段时间后腹痛缓解，多为反复发作，间歇时间10~20分钟。

（2）呕吐多为胃内容物，初为乳汁和食物残渣，后可含胆汁，甚至严重时可吐粪便样液体。

（3）血便为重要症状，在发病后6~12小时排出果酱样黏液血便，或直肠指检发现血便。

（4）腹部包块可在患儿右上腹部触及腊肠样包块，晚期发生肠坏死或腹膜炎时，可出现腹胀、腹肌紧张和压痛等，不再触及包块。

（5）全身情况早期尚可，随病程延长而加重，并发肠坏死或腹膜炎时，常伴有严重脱水、高热、昏迷及休克等中毒症状。

3.辅助检查

X线透视下空气灌肠、钡剂灌肠、B超监视下水压灌肠（可明确诊断），常伴有严重脱水、高热、昏迷及休克等中毒症状。

4.护理措施

（1）病情观察密切监测患儿生命体征、精神及意识状态；评估腹痛部位、持续时间和伴随症状；记录呕吐次数、量及性质，胃肠减压患儿记录胃液的量和性质；观察有无水、电解质紊乱的征象。

（2）疼痛护理尽量减轻患儿疼痛，当腹痛发作时，可让家长抱起以减轻疼痛和恐惧。多数患儿通过空气灌肠复位治疗后症状缓解，多表现为：①患儿很快入睡，不再哭闹和呕吐；②腹部肿块消失；③肛门排气或正常排便；④口服活性炭0.15~1 g，6~8小时后大便排出炭末。如患儿仍烦躁不安、哭闹、腹部包块仍在，应怀疑是否套叠未复位或又重新发生套叠，应立即通知医生处理。

（3）手术治疗护理做好术前准备，需灌肠复位的患儿均要禁食。手术前开放静脉通路，遵医嘱给予补液。手术后患儿，维持胃肠减压，保持胃管通畅，患儿排气、排便后可解除胃肠减压，逐渐恢复径口进食。

三、肠扭转

1.病因

（1）解剖因素如手术后粘连，乙状结肠冗长，先天性中肠旋转不全等。

（2）物理因素在上述解剖因素基础上，肠袢本身有一定的重量，如饱餐后肠腔内有较多不易消化的食物；肠管肿瘤；乙状结肠内存积干结粪便等，都是造成肠扭转的潜在因素。

（3）动力因素强烈的肠蠕动或体位的突然改变，肠袢产生不同步的运动，使已有轴心固定位置且有一定重量的肠袢发生扭转。

2.临床表现

（1）小肠扭转：突然发作剧烈腹部绞痛，常为持续性疼痛阵发性加剧；由于肠系膜受到牵拉，疼痛可放射至腰背部。呕吐频繁，腹胀以某一部位特别明显，腹部有时可扪及压痛的扩张肠袢。肠鸣音减弱，可闻及气过水声。

（2）乙状结肠扭转：多见于乙状结肠冗长、有便秘的老年人，以往可有多次腹痛发作经排气、排便后缓解的病史。病人有腹部持续胀痛，左腹部明显膨胀，可见肠型。腹部压痛及肌紧张不明显。

3.辅助检查

（1）小肠扭转：腹部X线检查符合绞窄性肠梗阻的表现，有时可见空肠和回肠换位，或排列成多种形态的小跨度蜷曲肠袢等特有的征象。

（2）乙状结肠扭转：腹部X线平片显示马蹄状巨大的双腔充气肠袢，圆顶向上；立位可见两个液平面。钡剂灌肠X线检查见扭转部位钡剂受阻，钡影尖端呈“鸟嘴”形。

4.护理措施

（1）小肠扭转及时地手术治疗，将扭转的肠袢回转复位可降低死亡率，更可减少小肠大量切除后的短肠综合征。

（2）早期乙状结肠扭转，可在结肠镜的直视下，将肛管通过扭转部进行减压，并将肛管保留2~3日。但此治疗需在严密观察下进行，一旦怀疑有肠绞窄，必须及时改行手术治疗。

四、肠粘连

1.病因

肠粘连和腹腔内粘连带可分先天性和后天性两种。先天性者较少见，可因发育异常或胎粪性腹膜炎所致；后天性者多见，常由于腹腔内手术、炎症、创伤、出血、异物等引起。临床上以手术后所致的粘连性为最多。

2.临床表现

长期无症状，突然出现急性梗阻症状，腹痛较重，出现腹膜刺激征等。

3.辅助检查

腹部X线检查。

4.护理措施

（1）腹部手术时减少组织损伤，减少组织炎症反应。

（2）术后早期活动和促进肠蠕动及早恢复，均有利于防止粘连的形成。

**7急性阑尾炎病人的护理**

阑尾管腔阻塞是急性阑尾炎最常见的原因。

1.临床表现

(1)症状

腹痛:大多数患者具有典型的转移性右下腹疼痛,腹痛多始于脐周或上腹部,数小时后疼痛转移并局限于右下腹部。

(2)体征

1)右下腹压痛:是急性阑尾炎最重要的体征,压痛部位常在麦氏(McBurney)点,即右髂前上棘与脐连线的中外1/3交界处。

2)腹膜刺激征:包括腹肌紧张、反跳痛、肠鸣音减弱或消失等,是由于壁腹膜受炎症刺激的一种防卫性反应。

2.治疗原则

急性阑尾炎原则上行阑尾切除术。

3.术后并发症的护理措施

及时发现腹腔内出血、切口感染、腹腔脓肿、肠瘘等并发症。内出血多发生在术后1~2天;切口感染是最常见的术后并发症,多表现为术后3~5天体温升高,切口疼痛、红肿;腹腔脓肿多出现在术后5~7天;肠瘘表现为发热、腹痛、少量粪性肠内容物从腹壁伤口流出。急性化脓性阑尾炎手术1天后需下床活动,防止发生肠粘连。

配套名师高清视频

8～15

8腹外疝病人的护理

腹内压力增高与腹壁强度降低是腹外疝发病的主要原因。

1.临床分类

(1)易复性疝:当患者站立或腹内压增高时疝内容物突入疝囊,经平卧或用手推送,疝内容物很容易回纳。

(2)嵌顿性疝:疝环较小而腹内压骤然增高时,疝内容物强行扩张疝环而进入疝囊,随后由于疝环的弹性回缩,阻止疝内容物回纳腹腔。

（3）难复性疝：疝内容物不能或不能完全回纳入腹腔。

（4）绞窄性疝：肠管及系膜受压使动脉血流减少，导致完全阻隔。

2.腹股沟疝

鉴别要点

斜疝

直疝

发病年龄

多见于儿童与青壮年

多见于老年

突出途径

经腹股沟管突出,可进阴囊

由直疝三角突出,很少进入阴囊

疝块外形

椭圆或梨形,上部呈蒂柄状

半球形,基底较宽

回纳疝块后压住深环

疝块不再突出

疝块仍可突出

3.治疗原则

(1)非手术治疗:半岁以下婴幼儿暂不手术,随着生长发育,腹壁肌肉逐渐增强,腹外疝有自愈可能。

(2)手术治疗:最有效的治疗方法是手术修补。常用手术方式有:疝囊高位结扎术和疝修补术。绞窄性疝的内容物已坏死，需手术治疗。

4.护理措施

(1)预防阴囊水肿:密切观察伤口渗血、渗液情况,术后宜用阴囊托或丁字带托起阴囊,并密切观察阴囊肿胀情况。

(2)出院指导:3个月内避免重体力劳动和剧烈运动。

（3）嵌顿性疝手法复位后，必须严密观察腹部体征，一旦出现腹膜炎或肠梗阻的表现，应尽早手术探查。

（4）术后平卧3日，髋关节微屈，松弛腹股沟切口张力，减轻疼痛。

9痔病人的护理

1.临床表现

(1)内痔:主要表现为痔块脱出及无痛性便血。

(2)外痔:平时无症状或仅有肛门异物感。因便秘、排便用力过猛,可引起外痔静脉丛破裂,血块凝结于皮下,形成血栓性外痔,出现肛门部剧痛。

2.治疗原则

(1)痔疮病人温水坐浴应选1∶5 000高锰酸钾溶液。

（2）术后1～2天应以无渣或少渣饮食、半流食为主，之后应保持大便通畅，防止用力排便。若有便秘，可口服液体石蜡或其他缓泻剂，禁忌灌肠。

10肛瘘病人的护理

1.临床表现

体征:检查可见肛门皮肤有红色乳头颗粒状,有压痛，挤压外口可见少量脓性分泌物排出。

2.治疗原则

(1)瘘管切开术或瘘管切除术适用于低位肛瘘。

(2)挂线疗法适用于高位单纯性肛瘘的治疗,或高位复杂性肛瘘的辅助治疗,可避免肛门失禁。

3.护理措施

(1)注意清淡,忌辛辣食物,多进新鲜果蔬等纤维素食物,多饮水。养成良好的排便习惯。

(2)加强肛周皮肤护理

1)保持肛周皮肤清洁、干燥,嘱患者局部皮肤瘙痒时不可用指甲抓,避免皮肤损伤和感染。

2)温水坐浴:手术后第二天开始,每日早晚及便后用1∶5 000高锰酸钾溶液坐浴,浴后擦干局部,涂以抗生素软膏。

11直肠肛管周围脓肿病人的护理

1.病因

常见病因为肛腺感染、肛窦炎，以肛门周围脓肿最为常见。

2.临床表现

(1)坐骨肛管间隙脓肿:比较常见。开始为患侧持续性胀痛,逐渐加重,有时有里急后重或排尿困难。

(2)骨盆直肠间隙脓肿:早期就有发热、寒战、疲乏不适等全身感染中毒症状,局部可有排尿困难和里急后重等感觉。直肠指诊可触及局限性隆起和触痛,或有波动感。直肠穿刺抽到脓液即可确诊。

3.治疗原则

早期使用抗生素、温水坐浴、局部理疗以及通便等。脓肿形成后及早切开引流。

4.护理措施

(1)有效缓解疼痛。体位:指导患者采取舒适体位,避免局部受压加重疼痛。热水坐浴:指导患者用1∶5 000高锰酸钾溶液3 000 mL坐浴,温度为43~46 ℃,每日2~3次,每次20~30 min。

(2)保持大便通畅。

(3)控制感染，应用抗生素，脓肿切开引流时，当脓液变稀、引流量小于50 mL/d时可考虑拔管。

12肝硬化病人的护理

肝硬化是由一种或多种病因引起的慢性、弥漫性肝病,以再生结节和假小叶形式为病理特征。在我国，病毒性肝炎是引起肝硬化的主要原因。

1.临床表现

（1）代偿期：症状轻、无特异性，以疲乏无力、食欲减退为主要表现。

(2)失代偿期:内分泌紊乱:男性患者可表现为性欲减退、睾丸萎缩、乳房发育等;女性表现为月经失调闭经等。可见蜘蛛痣和肝掌,是因肝脏对雌激素灭活能力减退导致其在体内蓄积所致。

(3)门脉高压症的表现:脾大、侧支循环的建立和开放、腹水是门脉高压的三大表现。约75%以上失代偿期病人有腹水，是肝硬化最突出的临床表现。

2.并发症

(1)上消化道出血:为最常见的并发症,常突然发生大量呕血或黑便导致出血性休克并诱发肝性脑病。

(2)肝性脑病:为晚期肝硬化最严重的并发症,也是常见死亡原因。

3.辅助检查

（1）血常规：代偿期是正常的，失代偿期多有贫血，脾功能亢进时白细胞和血小板计数减少。

（2）肝功能检查：失代偿期：转氨酶增高，以ALT（GPT）增高显著，肝细胞严重坏死时AST（GOT）增高会比ALT明显。

（3）血生化检查：血清总蛋白可正常、降低或增高，但白蛋白降低、球蛋白增高。

（4）腹水检查：肝硬化腹水常为漏出液，如果合并原发性腹膜炎，则腹水为渗出液。

4.治疗原则

(1)休息:代偿期应适当减少活动,但仍可参加工作;失代偿期应以卧床休息为主。

(2)饮食:给予三高易消化食物。肝功能损害显著者应限制蛋白质摄入量;腹水者应限盐;避免进食粗糙、坚硬食物,忌酒。

(3)腹水的治疗:①限制钠、水的摄入:进水量限制在1 000 mL/d左右,钠盐限制在1~2 g/d。②腹腔穿刺放腹水：每次放腹水在4 000～6 000 mL，甚至放完，同时静脉点滴白蛋白40～60 g。腹腔穿刺放腹水后，为防止腹内压骤降，护士应束紧腹带。③每周输注新鲜血等提高血浆胶体渗透压。④腹水浓缩回输。

13细菌性肝脓肿病人的护理

细菌侵入肝后引起肝内化脓性感染称为细菌性肝脓肿。大肠杆菌和金黄色葡萄球菌为常见致病菌。

临床表现：

(1)寒颤和高热:是最常见的早期症状。

(2)肝区疼痛:多数患者出现肝区持续性胀痛或钝痛,有时可伴有右肩牵涉痛或胸痛。

(3)体征:最常见为肝区压痛和肝大,右下胸部和肝区有叩击痛。严重者可出现黄疸。

（4）消化道及全身症状：常有乏力、恶心、呕吐等，少数患者有腹泻症状。

14肝性脑病病人的护理

1.病因

各型肝硬化及门体分流手术后是引起肝性脑病最常见的原因，其中以病毒性肝炎后肝硬化多见。

2.诱因

上消化道出血;大量排钾利尿、放腹水;高蛋白饮食;感染;药物，如利尿药、镇静安眠药、麻醉药等;便秘。

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.治疗原则

(1)减少肠内毒物的生成和吸收:灌肠或导泻:清除肠内蛋白物质或积血,保持大便通畅,对于急性门体分流性脑病昏迷的患者以33.3%乳果糖500 mL灌肠作为首选治疗，也可口服或鼻饲50%硫酸镁30~50 mL导泻，禁用肥皂水灌肠。

（2）显著腹水病人水入量一般为尿量加1 000 mL/d，限钠应250 mg/d。

15胆道感染病人的护理

1.急性胆囊炎

(1)临床表现:多数病人右上腹阵发性绞痛，常伴恶心、呕吐等消化道症状。右上腹不同程度的压痛、反跳痛和肌紧张，Murphy征阳性。

(2)治疗原则:主要采用胆囊切除术。

2.急性梗阻性化脓性胆管炎

(1)临床表现:起病急骤,病情进展快。表现夏科三联症(腹痛、寒战高热、黄疸)或Reynolds五联症(腹痛、寒战高热、黄疸、休克、意识障碍)。

(2)治疗原则:立即手术切开胆总管解除胆道梗阻,并应用大量抗生素及综合治疗来抗休克和控制感染。

(3)护理措施

术后护理:T管引流护理:通常留管12~14天。拔管指征为:黄疸消退,无腹痛、发热,大便颜色正常。拔管前经T管行胆道造影,证明胆总管通畅,并试行夹管1~2天,夹管时观察腹痛、发热、黄疸三大症状。

急性胆管炎：热痛黄疸三联症，术后T管要记清，两周拔管要记牢，禁用吗啡来镇痛。

配套名师高清视频

16～21

16胆道蛔虫病病人的护理

1.临床表现

突发性剑突下阵发性“钻顶样”剧烈绞痛，B超是首选的检查方法,可见蛔虫体。

2.治疗原则

(1)非手术疗法:为主要治疗方法。驱虫最好在症状缓解期进行。

(2)手术治疗:如非手术疗法无效,则改行手术切开胆总管取出蛔虫并加引流。

3.正确服用驱虫药

清晨空腹或晚上睡前服用驱虫药,服药后注意观察大便中是否有蛔虫卵排出。

17胆石症病人的护理

1.胆囊结石

(1)临床表现:腹痛是主要的临床表现,常在饱餐、进油腻食物后或夜间发作。

(2)治疗原则:行胆囊切除术,手术时机最好在急性发作后缓解期为宜。

2.胆管结石

（1）原发性胆管结石主要为：胆色素结石或混合性结石。

（2）继发性胆管结石主要为：胆固醇结石。

（3）当结石阻塞胆管并继发感染时可致典型的胆管炎症状:腹痛、寒战高热和黄疸(Charcot三联征)。

(4)护理措施

①术前护理:胆绞痛发作时，按医嘱给予解痉、镇痛和止痛，但禁忌使用吗啡，以免胆道下端括约肌痉挛，使胆道梗阻加重。

②术后护理: T形引流管的护理：a.妥善固定，保持通畅；b.观察记录胆汁量和性状：一般引流胆汁300~700 mL/d；c.每日更换外接连接管和引流瓶；d.拔管：拔管通常在术后12～14天，指征是：黄疸消退，无腹痛、发热，大便颜色正常；胆汁引流量逐渐减少，颜色呈透明金黄色，无脓液、结石，无沉渣及絮状物。

18急性胰腺炎病人的护理

1.临床表现

(1)腹痛:为本病主要表现和首发症状,胆石症发作、暴饮暴食多为诱发因素。常位于中上腹，向腰背部呈带状放射，弯腰抱膝可减轻疼痛。

(2)恶心、呕吐与腹胀:起病时常伴恶心、呕吐,多在进食后出现。

(3)急性胰腺炎患者出现发热、低血压或休克、脱水或代谢性酸中毒等表现时提示出血坏死型胰腺炎。

2.辅助检查

淀粉酶测定:急性胰腺炎时，血清和尿淀粉酶常明显升高。血清淀粉酶超过正常值3倍可确诊为本病。

3.治疗原则

(1)禁食及胃肠减压。

(2)解痉镇痛:阿托品或山莨菪碱肌注,疼痛剧烈者可用哌替啶。因吗啡可引起Oddi括约肌痉挛,加重疼痛,故禁用。

（3）抑制胃酸、胰液等分泌。

4.护理措施

饮食护理:禁食1~3天并给予胃肠减压,忌油腻食品，防止食物及胃液进入十二指肠,刺激胰腺分泌消化酶。

治疗急性胰腺炎最重要的措施是：减少胰腺分泌；减少胰腺分泌的首要措施：禁饮食和胃肠减压

19上消化道大量出血病人的护理

大量出血是指在数小时内失血量超过1 000 mL或占循环血容量20%,主要表现为呕血和(或)黑便。

1.病因

（1）临床最常见的病因是消化性溃疡。

（2）肝硬化合并门静脉高压患者引起上消化道出血的原因为：食管-胃底静脉曲张破裂。

（3）胆道出血等邻近器官疾病。

（4）全身性疾病，如白血病、过敏性紫癜等。

2.临床表现

呕血与黑便:是上消化道出血的特征性表现。呕血与黑便取决于出血的部位、速度与出血量。

3.辅助检查:内镜检查为上消化道出血病因诊断的首选检查措施。

4.治疗原则

(1)一般抢救措施:卧床休息,保持呼吸道通畅,避免误吸。出血期应禁食。

(2)积极补充血容量:立即开放静脉,迅速补充血容量。

(3)止血措施:三腔两囊管压迫止血，适用于食管-胃底静脉曲张破裂出血。

（4）三（四）腔管的护理

放置三（四）腔管24小时后应放气数分钟再注气加压，以免食管胃底黏膜受压过久而致黏膜糜烂、缺血性坏死。出血停止后，放出囊内气体，继续观察24小时，未再出血可考虑拔管。

出血平卧腿抬起，扩容,抗休,暂禁食；食道出血首选镜，次选三腔,生长抑；溃疡药物常能止，胃镜止血降为次； 急诊内镜是首选， 三腔每日一放气。

20急腹症病人的护理

外科急腹症以急性腹痛为主要表现。

1.分类

（1）内脏痛:痛觉迟钝，对刺、灼、割等刺激不敏感，痛感弥散、定位不准确。

（2)躯体性疼痛:能准确反映病变刺激的部位。

（3)牵涉性疼痛:急性胆囊炎出现右上腹或剑突下疼痛的同时常伴有右肩至背部疼痛，急性胰腺炎的上腹痛同时可伴有左肩背部疼痛等。

2.临床表现

(1)内科急腹症的特点：一般先发热或先呕吐,后腹痛,或呕吐、腹痛同时发生。腹痛无固定部位。

(2)外科急腹症的特点：一般先出现腹痛，后出现发热等伴随症状。

1）胃十二指肠穿孔：突发性上腹部刀割样疼痛且拒按，腹部呈舟状。

2）胆道系统结石或感染：胆道结石及急性胆管炎患者有典型的Charcot三联征，即腹痛、寒战高热和黄疸。

3）急性胰腺炎：持续性上腹部疼痛同时左肩或左侧腰背部束带状疼痛。

3.辅助检查

（1）腹腔穿刺:用于不易明确诊断的急腹症，若有抽出不凝固性液体多提示腹腔内出血。 （2）X线透视和平片：消化道穿孔可见膈下游离气体；机械性肠梗阻时立位腹部平片可见肠管内存在多个气液平面。

4.治疗原则

诊断尚未明确时,禁用吗啡、哌替啶等强烈镇痛剂,禁忌灌肠、泻药、用热，以免掩盖病情发展,延误诊断。

21慢性便秘疾病病人的护理

1.病因

肠道病变、全身性和神经系统病变均可引起便秘，肠易激综合征最常见，其次是直肠、结肠癌等，老年人多见。

2.临床表现

有的病人排便次数小于3次/周，严重者长达2～4周才排便一次。缺乏便意和排便困难是便秘病人的主要症状。有的病人排便时间可达30分钟以上，而每日排便多次，但排出困难，粪便硬结如羊粪状，且数量很少。

3.辅助检查

直肠指诊；血常规、便常规、粪便隐血试验；直肠镜或乙状结肠镜、结肠镜检查。

4.护理措施

(1)饮食护理

1）食物不过细，不偏食。

2）增加膳食中的纤维素含量，摄取足够水分：①每天清晨空腹饮1～2杯淡盐水、开水或蜂蜜水；②含膳食纤维最多的是麦麸，其次是水果、蔬菜、燕麦、胶质、玉米、纤维质、大豆、果胶等。

3）饮食中摄入适量植物脂肪，如香油、豆油等。食用含植物油多的硬果，如核桃、芝麻等。

4）适当食用有助润肠的食物，如蜂蜜、酸奶等；经常食用一些有防治便秘作用的药粥，如芝麻粥、核桃仁粥、菠菜粥、红薯粥等。

5）少吃强烈刺激性助热食物，如辣椒、咖喱等调味品，忌饮酒或浓茶。

(2)心理护理：帮助患者和家属正确认识慢性便秘，加强排便的生理教育、增加活动、消除紧张情绪、养成良好的排便习惯。

(3)健康指导：顺着结肠走行方向做环形腹部按摩，刺激肠蠕动，帮助排便。协助病人采取最佳的排便姿势，合理地利用重力和腹内压。

急腹“四禁”——禁食、禁用镇痛药、禁服泻药、禁灌肠。

答案：急诊趣味猜谜:疑是地上霜答案见下一谜题