

第十三章 腹部疾病病人的护理

学习目标

1. 掌握急性腹膜炎、腹部损伤病人的护理评估和护理措施。
2. 熟悉急性腹膜炎、腹部损伤病人的护理诊断与合作性问题。
3. 掌握胃肠减压术及护理。
4. 掌握急性化脓性腹膜炎与腹部损伤病人护理常用专业英语词汇和术语。
5. 熟悉腹外疝、胃、十二指肠溃疡、胃癌、急性阑尾炎、肠梗阻、结肠直肠癌、直肠肛管良性疾病病人的护理诊断及合作性问题。
6. 掌握腹外疝、胃、十二指肠溃疡、胃癌、急性阑尾炎、肠梗阻、结肠直肠癌、直肠肛管良性疾病病人的护理评估和护理措施。
7. 熟悉各类急性腹痛的特点，掌握外科急腹症的护理评估和护理措施。
8. 掌握胃肠疾病病人护理常用专业英语词汇和术语。
9. 熟悉肝脓肿病人的护理评估和护理措施。
10. 掌握原发性肝癌、门脉高压症、胆道疾病、胰腺癌病人的护理评估和护理措施。
11. 了解肝胆胰常见疾病病人的护理诊断及合作性问题。
12. 掌握肝胆胰疾病病人护理常用专业英语词汇和术语。

急性腹膜炎、腹部损伤是外科常见的急腹症。局限性腹膜炎和单纯性腹壁损伤的病情一般较轻，但弥漫性腹膜炎、腹腔内器官损伤的病情较复杂、严重，抢救不及时将导致病人死亡。所以，对这类病人进行及时、正确的诊断和处理，是降低病死率的关键，也是临床护理工作的重点。

第一节 急性化脓性腹膜炎病人的护理

腹膜分为相互连续的壁层腹膜和脏层腹膜两部分，具有润滑、渗出和吸收、防御和修复等生理功能。壁层腹膜主要受体神经的支配，对各种刺激敏感，痛觉定位准确。腹前壁腹膜在炎症时，可出现局部疼痛、压痛和腹肌紧张。脏层腹膜受自主神经支配，对牵拉、胃肠腔压力增加或炎症、压迫等刺激比较敏感，痛觉定位较差，重刺激时常可引起心率变慢、血压下降和肠麻痹。

急性腹膜炎(acute peritonitis)是腹腔脏层腹膜和壁层腹膜的急性炎症，可由细菌感染、化学性或物理性损伤等引起。按病因分为细菌性和非细菌性两类。按累及的范围可分为弥漫性腹膜炎和局限性腹膜炎两类。按发病机制可分为原发性腹膜炎和继发性腹膜炎两类。继发性腹膜炎主要继发于腹腔内脏器的炎症、穿孔、破裂、外伤、手术等，主要致病菌是大肠杆菌，其次为厌氧拟杆菌、链球菌等，大多为混合感染。原发性腹膜炎是指腹腔内无原发病灶，细菌经血行、泌尿道、女性生殖道等途径播散至腹腔，引起腹膜炎，致病菌多为溶血性链球菌，肺炎双球菌或大肠杆菌，多见于营养不良或抵抗力下降的儿童。临床上的急性腹膜炎多指继发性的急性化脓性腹膜炎，是常见的外科急腹症。

细菌或胃肠内容物进入腹腔后，腹膜受刺激而充血、水肿、失去原有光泽，并产生大量浆液性渗出液，以稀释腹腔内的毒素；渗出液中的巨噬细胞、中性粒细胞，以及细菌、坏死组织和凝固的纤维蛋白，使渗出液变混浊而成为脓液。脓液呈黄绿色，有粪臭味。病变轻者，大网膜包裹，形成局限性腹膜炎或脓肿。病变加重，腹膜严重充血和水肿，渗出大量液体，引起脱水 and 电解质紊乱；血浆蛋白降低，加之肠管麻痹后腹腔内大量积液使血容量明显减少；细菌入血、毒素吸收，易导致感染性休克；肠管扩张，使膈肌抬高而影响血液循环和气体交换，可加重休克而导致死亡。

【护理评估】

（一）健康史

1·了解病人有无腹腔内脏炎症、穿孔病史，近期有无腹腔手术史或腹部损伤史。

2·了解病人有无呼吸道感染、营养不良或抵抗力下降等情况。

（二）身体状况

1·腹痛 是最主要症状，为持续性剧烈腹痛，深呼吸、咳嗽、改变体位时加重。疼痛先以原发病灶处最明显，随炎症扩散而波及全腹。

2·恶心、呕吐 最初是腹膜受刺激引起的反射性恶心、呕吐，较轻微，呕吐物为胃内容物；并发麻痹性肠梗阻时可发生持续性呕吐，呕吐物含有胆汁，甚至呈粪汁样。

3·体温、脉搏 原有炎症病变者，初始体温已上升，继发腹膜炎后更趋增高，但年老体弱者体温可不升。如果脉搏快而体温反下降，提示病情恶化。

4·全身中毒表现 随病情发展，可相继出现高热、寒战、脉速、呼吸急促、面色苍白、口唇发绀、四肢发凉、血压下降、神志不清等感染中毒表现。

5·腹部体征 □腹胀、腹式呼吸运动减弱或消失。腹胀加重是病情恶化的一项重要标志。□腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张，称为腹膜刺激征（**signs of peritoneal irritation**），是腹膜炎的重要体征，以原发病灶处最明显。腹肌紧张的程度与病因和病人的全身状况有关。胃、十二指肠溃疡穿孔时可呈“板状腹”。幼儿、老人或极度衰弱的病人腹肌紧张不明显。□叩诊呈鼓音，胃、十二指肠穿孔时肝浊音界缩小或消失；腹腔内积液较多时移动性浊音呈阳性。□听诊肠鸣音减弱或消失。□直肠指检若直肠前窝饱满并有触痛，提示盆腔感染或盆腔脓肿。

（三）心理-社会状况

急性腹膜炎一般病情较危急，病人及家属对生命健康担忧，可产生无助、焦虑等情绪。

（四）辅助检查

1·血常规检查 白细胞计数及中性粒细胞比例增高，病情危重或机体反应能力低下者，白细胞计数可不升，但中性粒细胞比例增高，有中毒颗粒出现。

2·诊断性腹腔穿刺抽液或腹腔灌洗 根据抽出液的性质有助于判断病因。如结核性腹膜炎为草绿色透明腹水；急性重症胰腺炎时抽出液为血性、胰淀粉酶含量高；胃、十二指肠穿孔时抽出液为黄色、无臭味、含胆汁；腹腔内出血时抽出液为不凝血。

3·腹部立位平片 肠麻痹时可见小肠普遍胀气并有多个液平面；胃肠穿孔时可见膈下游离气体。

4·B超 显示腹腔内有不等量的液体。

（五）治疗要点

1·病情较轻，全身情况良好时可采用非手术治疗，给予半卧位、禁食、持续胃肠减压、纠正水电解质紊乱和应用抗生素等。

2·腹膜内炎症较重或经非手术治疗6~8小时后，腹膜炎症状不缓解反而加重者，应及时手术治疗。手术包括处理原发病灶、彻底清洗腹腔、充分引流等。

【护理诊断及合作性问题】

1·急性疼痛（**acute pain**） 与毒素吸收、腹膜受炎症刺激有关。

2·体液不足（**deficient fluid volume**） 与炎症渗出、体液丢失过多有关。

3·体温过高（**hyperthermia**） 与腹膜毒素吸收有关。

4·潜在并发症（potential complication） 腹腔脓肿。

【护理目标】

病人疼痛程度减轻或缓解，水、电解质维持平衡，体温在正常范围，未发生并发症或并发症及时发现并正确处理。

【护理措施】

（一）非手术疗法及术前护理

1·体位 休克病人取平卧位或休克中凹位；无休克者取半卧位，使腹腔内渗出液流向盆腔，减少吸收和减轻中毒症状，有利于炎症局限和引流；腹内脏器下移，减轻因腹胀挤压膈肌而影响呼吸和循环。

2·禁食、胃肠减压 胃肠道穿孔的病人禁食和胃肠减压，可减少胃肠道内容物继续流入腹腔，有利于控制感染的扩散；减轻胃肠道内积气，降低张力，改善胃肠壁血液供给，促进胃肠道蠕动恢复。

3·输液 建立静脉通道，遵医嘱补液，以纠正水、电解质和酸碱失衡，根据病人临床表现及时调整输液的量、速度、种类，保持每小时尿量达 30ml 以上。

4·使用抗生素 继发性腹膜炎多为混合性感染，应根据细菌培养及药敏结果选用抗生素控制感染。用药时注意药物配伍禁忌和副作用。

5·观察病情 定时观察生命体征变化情况和腹部症状、体征的变化，以判断病情发展趋势和治疗效果。观察期间不宜用吗啡类镇痛剂，以免掩盖病情；禁止灌肠以免肠穿孔，加重腹腔污染。

6·对症护理 高热病人，给予物理降温。已确诊的病人，可用止痛剂，减轻病人的痛苦。

（二）术后护理

1·体位 全麻未清醒者给予去枕平卧，头偏向一侧，以保持呼吸道通畅。全麻清醒或硬膜外麻醉病人平卧 6 小时，血压平稳后改为半卧位，并鼓励病人多翻身、活动，预防肠粘连。

2·禁食、胃肠减压 术后继续胃肠减压、禁食，待肠蠕动恢复，拔除胃管后逐步经口进食。根据病情补充水、电解质，必要时输新鲜血、血浆，维持水、电解质、酸碱平衡。

3·控制感染 术后遵医嘱继续使用有效抗生素，进一步控制腹腔内感染。

4·病情观察

（1）定时测量体温、血压、脉搏和呼吸等变化。

（2）观察伤口敷料渗血渗液、切口愈合情况，有无切口感染征象。

（3）观察有无并发腹腔脓肿的发生：膈下脓肿可有持续高热、呃逆、患侧上腹部疼痛，并向肩背部放射，局部有深压痛和季肋区叩击痛；X 线检查可见患侧膈肌抬高，活动受限，肋膈角模糊、积液。盆腔脓肿可有典型的直肠或膀胱刺激征，表现里急后重，大便数增多而量少；尿急，甚至排尿困难；直肠指检可发现直肠前壁痛性肿块，有波动感。若出现明显的发热、腹痛和不完全性肠梗阻表现，提示并发肠间脓肿。

5·腹腔引流和腹腔灌洗的护理 严格无菌操作。生命体征平稳后取半卧位，并经常更换体位，以利引流。妥善固定引流管，并对每一根引流管做好标记。保持引流管的通畅，维持一定的负压，检查引流管有无折叠、受压或扭曲；及时清除双套管内的堵塞物，可沿顺时针方向缓慢旋转松动外套管或将双套管的内管取出清洗。持续腹腔灌洗时，应遵循开放灌洗—随即吸引—停止灌洗—关闭吸引器的顺序。观察并记录引流液的性状、色泽和量，一般待引流量少于每

日 10ml、非脓性、无发热和腹胀时，表示腹膜炎已控制，可以拔除腹腔引流管。

（三）健康指导

向病人说明禁食、胃肠减压和半卧位的重要性；解释术后早期活动可以促进肠功能恢复，防止术后肠粘连的重要性，鼓励病人早期床上活动和尽早下床走动。

【护理评价】

病人疼痛程度是否减轻或缓解，水、电解质是否维持平衡，体温是否在正常范围，有无发生并发症或并发症是否及时发现并正确处理。

第二节 腹部损伤病人的护理

腹部损伤(abdominal injury)是常见的外科急症，其发生率在平时约占各种损伤的 0.4%~1.8%；战时占各种损伤的 50%左右。腹部损伤可分为开放性和闭合性两大类，根据有无腹膜破损，开放性损伤分为穿透伤和非穿透伤。无论开放性或闭合性损伤，都可导致腹部内脏损伤。开放性损伤中以肝、小肠、胃、结肠、大血管多见，闭合性损伤中受损器官以脾、小肠、肝、肠系膜居多。

【护理评估】

（一）健康史

询问伤者或现场目击者及护送人员，了解受伤时间、地点、致伤因素和伤后病情变化、就诊前的急救措施等。

（二）身体状况

单纯腹壁损伤的症状和体征较轻，可有受伤部位疼痛，局限性腹壁肿胀、压痛或皮下瘀斑。

实质性脏器（肝、脾、肾、胰）损伤，主要临床表现为腹腔内出血，出现面色苍白，脉搏细数，脉压变小，甚至失血性休克；腹痛及腹膜刺激征相对较轻，如果肝破裂并胆汁性腹膜炎或胰腺损伤伴胰管断裂者，也有明显腹痛和腹膜刺激征。肝脾被膜下或中央型破裂，临床上可无明显内出血征象，但在某些微弱外力的影响下，可突然出现活动性大出血。

空腔脏器（胃肠道、胆道等）损伤，主要表现为腹膜炎症状，出现胃肠道症状、明显的腹膜刺激征，腹胀，严重时可发生感染性休克。泌尿系损伤时可出现血尿；有消化道症状如恶心、呕吐、呕血或便血时，提示有胃肠道、胆道等破裂；出现鲜红色血便，说明有直肠损伤的可能。

（三）心理-社会状况

腹部损伤大多为突发事件，情况紧急、病情危重，病人和家属均感到生命受到威胁，出现焦虑、恐惧等心理。需及时了解病人及家属的心理承受能力，同时了解他们对治疗和预后的认知程度。

（四）辅助检查

1. 实验室检查 大量出血时红细胞、血红蛋白及血细胞比积明显下降；血、尿淀粉酶值升高提示胰腺损伤；感染时白细胞总数、中性白细胞可升高。

2. X线检查 空腔脏器破裂，腹部平片显示膈下新月形阴影，提示有膈下游离气体；腰大肌阴影消失提示为腹膜后血肿。

3. B超检查 对实质性脏器损伤和腹腔积液的诊断意义较大。

4. CT检查 可判断实质性脏器有无损伤及其损伤程度，有助于判断腹腔内出血量及腹膜后损伤情况。

5. 诊断性腹腔穿刺术(diagnostic peritoneocentesis)和腹腔灌洗术(irrigation of abdominal cavity) 如果抽出的血液不凝固，提示实质性器官破裂出血，因腹膜的脱纤维作用而使血液不凝；穿刺液中若淀粉酶含量增高，提示胰腺损伤。灌

洗液检测符合下列标准之一为阳性结果：□肉眼所见，灌洗液为血液，含胆汁、胃肠内容物、尿液。□显微镜下，红细胞计数超过 $100 \times 10^9/L$ 或白细胞计数超过 $0.5 \times 10^9/L$ 。□淀粉酶超过 100 Somogyi 单位。□涂片发现细菌。

腹部不同脏器损伤的临床特点，见表 14-1。腹部实质性脏器与空腔脏器损伤的临床特点比较，见表 14-2。

表 14-1 腹部不同脏器损伤的临床特点

损伤器官	临床特点
脾破裂	左季肋区或左腰部受伤史；左上腹腹膜刺激征明显；B 超示脾区异常征象
小肠破裂	中或下腹部受伤史；腹部体征显著；部分病人可有气腹表现
肝破裂	右季肋区或右腰部受伤史；右上腹腹膜刺激征明显；可有黑便或呕血；B 超见肝区异常征象
结肠、直肠破裂	腹周围或腰背部受伤史；全身感染中毒症状较重；可有气腹或血便；腹穿可见粪性液体；腹膜后结肠损伤可有腰部胀痛、血便和腹膜后积气、积液征象

表 14-2 腹部实质性脏器与空腔脏器损伤的临床特点比较

	实质性脏器破裂	空腔脏器破裂
临床特征	以急性内出血为主	以腹膜炎为主
血常规	红细胞计数减少，血红蛋白下降	白细胞计数增多，中性粒细胞增多
X 线、B 超	腹腔积液及肝脾破裂有关征象	腹腔内积气，膈下游离气体
腹腔穿刺液	不凝固血液	混浊液体，胃肠内容物等

（五）治疗要点

1. 单纯性腹壁损伤按一般软组织损伤处理。
2. 暂不能确定有无内脏损伤者；诊断已经明确的轻度单纯性实质器官损伤，生命体征稳定或仅有轻微变化者，可采用非手术治疗。
3. 对已确诊为腹腔内脏器损伤或非手术治疗，观察期间病情进行加重的病人，应及时手术治疗。腹内活动性大出血者，应在抗休克的同时，迅速剖腹止血。

【护理诊断及合作性问题】

1. 恐惧 (fear) 与突发创伤刺激有关。
2. 急性疼痛 (acute pain) 与腹部损伤及手术切口有关。
3. 体液不足 (deficient fluid volume) 与损伤性渗出、腹腔内出血有关。
4. 潜在并发症 (potential complication) 失血性休克，腹腔感染。

【护理目标】

病人情绪稳定，恐惧感减轻，疼痛减轻或缓解，体液维持平衡，未发生并发症或并发症能及时发现并正确处理。

【护理措施】

（一）非手术疗法及术前护理

1. 急救护理

（1）腹部损伤常合并多发伤或复合伤，抢救时须迅速判断危及生命的情况，如有心跳呼吸骤停、窒息、开放性气胸、大出血等，应首先处理，立即保持呼吸道通畅、止血、输液抗休克等。

（2）对已发生休克的病人，应迅速建立静脉通道，快速输液，必要时输血。

（3）开放性腹部损伤者，应妥善处理伤口，及量止血，包扎伤口；伴有腹腔内脏脱出情况，不能将脱出物强行回纳，以免加重腹腔污染，可用消毒碗覆盖保护。若有大量肠管脱出，肠系膜受牵拉引起或加重休克，应先将其还纳入腹腔，暂行包扎。

2. 心理护理 主动关心病人，加强与病人的沟通，向其解释腹部损伤后可能出现的并发症及相关知识，使病人解除焦虑、恐惧心理，情绪稳定，积极配合治疗。

3. 病人绝对卧床休息，病情稳定可取半卧位。应禁食、禁饮，持续胃肠减压。禁食期间应充分补液，防止水、电解质失衡。

4. 病情观察 每 15~30 分钟测定呼吸、脉搏和血压一次，注意有无腹膜炎体征及其程度和范围的变化；观察期间不宜随便搬动病人，以免加重伤情；诊断明确前禁用镇痛剂，以免掩盖伤情；疑有结肠破裂者禁忌灌肠。有下列情况之一，考虑有腹腔内脏损伤：短时间出现明显的失血性休克表现。腹部有持续性剧烈疼痛，进行性加重伴恶心、呕吐。腹膜刺激征明显加重。肝浊音界缩小或消失，有气腹表现。腹部有移动性浊音。有呕血、便血或尿血。直肠指检盆腔触痛明显、波动感或指套染血。

5. 遵医嘱应用广谱抗生素防止腹腔感染，注射破伤风抗毒素。

6. 除常规准备外，还要留置胃管、尿管、备血，血容量严重不足的病人必需迅速补充血容量。

（二）术后护理

按急性腹膜炎病人术后护理原则实施，并注意相关腹腔脏器手术后护理，如肝、脾、肾损伤行修补术或部分切除术者，手术后要注意有无继发性出血的危险等。

（三）健康指导

加强劳动保护、安全生产、安全行车等知识的宣教，避免意外损伤的发生。普及急救知识，在意外事故发生后能进行简单的救护或自救。出院后要适当休息，加强锻炼，增加营养，促进康复。如有腹痛、腹胀、肛门停止排便排气等，应立即就诊。

【护理评价】

病人情绪是否稳定，恐惧感是否减轻，疼痛是否减轻或缓解，体液是否维持平衡，有无发生并发症或并发症是否能及时发现并正确处理。

第一节 腹外疝病人的护理

体内某个脏器或组织离开其正常解剖部位，通过先天或后天形成的薄弱点、缺损或孔隙进入另一部位，即称为疝（hernia）。疝最多发生在腹部，尤以腹外疝（external abdominal hernia）为多见。腹外疝是由腹腔内的脏器或组织连同腹膜壁层，经腹壁薄弱点或孔隙，向体表突出所形成。根据发生部位不同，分为腹股沟疝（腹股沟斜疝和腹股沟直疝）、股疝、脐疝、切口疝、白线疝等。

【病因】

腹壁强度降低和腹内压力增高是腹外疝发病的两个主要原因。

1· 腹壁强度降低 先天性因素：某些组织穿过腹壁的部位，如精索或子宫圆韧带穿过腹股沟管、股动静脉穿过股管、脐血管穿过脐环。先天发育不全的腹白线也可成为腹壁的薄弱点。后天性因素：腹部手术切口愈合不良，腹壁外伤后感染，腹壁神经损伤，老年体弱和过度肥胖致肌肉萎缩等，均导致腹壁强度降低。

2· 腹内压力增高 慢性咳嗽、慢性便秘、排尿困难、腹水、妊娠、举重、婴儿经常啼哭等原因可引起腹内压力增高。

在腹壁强度降低的基础上，腹内压力增高是腹外疝发生的重要原因。

【病理解剖】

典型的腹外疝由疝环、疝囊、疝内容物和疝外被盖组成。

1· 疝环 是疝内容物突向体表的门户，即腹壁薄弱区或缺损处。

2· 疝囊 是壁层腹膜经疝环向外突出所形成的囊袋，由疝囊颈、疝囊体和疝囊底组成。疝囊颈位置相当于疝环，是比较狭窄的部分。

3· 疝内容物 是进入疝囊的腹内脏器或组织，以小肠最为多见，大网膜次之。其他如盲肠、阑尾、乙状结肠、横结肠、膀胱等，也可作为疝内容物进入疝囊，但较少见。

4· 疝外被盖 是指疝囊以外的各层组织，通常为筋膜、皮下组织和皮肤。

【临床类型】

1· 易复性疝(reducible hernia) 凡疝内容物很容易回纳入腹腔的疝称为易复性疝。

2· 难复性疝(irreducible hernia) 疝内容物不能回纳或不能完全回纳入腹腔者，称难复性疝。其内容物多为大网膜。少数病程较长的疝，因内容物不断进入疝囊时，产生的下坠力量将囊颈上方的腹膜逐渐推向疝囊，导至盲肠、乙状结肠或膀胱随之下移而成为疝囊壁的一部分，这种疝称为滑动性疝，也属难复性疝。

3· 嵌顿性疝(incarcerated hernia) 疝环较小而腹内压力骤增时，疝内容物可强行扩张疝囊颈而进入疝囊，因疝囊颈的弹性收缩，将内容物卡住而不能回纳入腹腔，称为嵌顿性疝。若为肠管嵌顿，因静脉回流受阻，导致肠管壁淤血、水肿、颜色由鲜红变为深红，囊内可有淡黄色渗液积聚；若能及时解除嵌顿，病变肠管可恢复正常。若嵌顿的内容物仅为部分肠壁，系膜侧肠壁及其系膜并未进入疝囊，肠腔并未完全梗阻，这种疝称为肠管壁疝或 Richter 疝。如嵌顿的小肠是小肠憩室（通常是 Meckel 憩室），则称 Littre 疝。

4· 绞窄性疝(strangulated hernia) 嵌顿若不能及时解除，可使嵌顿组织动脉血流减少，甚至完全阻断，疝内容物缺血坏死，即为绞窄性疝。

【护理评估】

（一）健康史

询问病人有无引起腹内压力增高的病史，如慢性咳嗽，习惯性便秘，前列腺增生引起的排尿困难，肝硬化引起的腹水，婴儿经常啼哭，长时间屏气劳动的搬运等。举重、扛抬重物等引起腹内压骤然增高可发生嵌顿性疝。

询问有无腹壁薄弱或先天的缺损病史，如腹部有无接受过手术，手术切口愈合不良或感染，腹部外伤造成腹壁缺损或腹壁神经损伤，年老体弱及过度肥胖造成的腹壁肌肉萎缩等病史。

（二）身体状况

易复性疝病人多无自觉症状，或仅有局部坠胀不适，常在无意中发现患处有

隆起的肿块，尤其在用力提重物或咳嗽时更明显，平卧休息、安静时消失。

难复性疝病人除了局部坠胀不适外，主要特点是疝内容物不能完全回纳，巨大疝块者会影响工作和生活。

嵌顿性疝病人在腹内压骤增时如强力劳动、剧烈咳嗽、用力排便时发生。表现为突然出现腹部局限性包块，伴有剧烈疼痛，疝块不能回纳，且有明显触痛，若嵌顿的内容物为肠袢，则有类似肠梗阻的症状，如不及时处理，发展为绞窄性疝，临床症状加重，甚至发生脓毒症。腹外疝由于发生部位不同，其临床表现也有所差异。

1· 腹股沟疝

(1) 腹股沟斜疝(indirect inguinal hernias)：疝囊经过腹壁下动脉外侧的腹股沟管内环突出，向内、向下、向前斜行经过腹股沟管，再穿出腹股沟管皮下环，并可进入阴囊，称为腹股沟斜疝。

(2) 腹股沟直疝(direct inguinal hernias)：疝囊经腹壁下动脉内侧的直疝三角区直接由后向前突出，不经过内环，也不进入阴囊，称为腹股沟直疝。腹股沟斜疝与腹股沟直疝的临床表现及鉴别，见表 15-1。

表 15-1 斜疝与直疝的临床表现及鉴别

	斜疝	直疝
发病年龄	多见于儿童及青壮年	多见于老年人
突出途径	经腹股沟管突出，进入阴囊	由直疝三角突出，不进入阴囊
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
精索与疝囊的关系	精索在疝囊后	精索在疝囊前外方
疝囊颈与腹壁下动脉关系	疝囊颈在腹壁下动脉外侧	疝囊颈在腹壁下动脉内侧
嵌顿机会	较多	极少

2· 股疝(femoral hernias) 疝囊通过股环、经股管向卵圆窝突出的疝，称为股疝。多见于 40 岁以上女性。在病人的腹股沟韧带下方卵圆窝处可触及一半球形的肿块，平卧回纳内容物后疝块有时并不完全消失，这是因为疝囊外有很多脂肪堆积的缘故；由于囊颈较狭小，股疝易发生嵌顿，并迅速发展为绞窄性疝。

3· 切口疝(incisional hernias) 是发生于腹壁手术切口处的疝。病人腹壁切口处逐渐膨隆，有肿块出现，平卧时缩小或消失，伴食欲减退、恶心、便秘、腹部隐痛等难复性疝表现；多数切口疝无完整疝囊，疝内容物常与腹膜外腹壁组织粘连而成为难复性疝，因切口疝环宽大，很少发生嵌顿。

4· 脐疝(umbilical hernias) 疝囊通过脐环突出的疝称脐疝。小儿脐疝多见，患儿啼哭时脐疝脱出，安静时肿块消失。成人脐疝少见，多数是中年经产妇女，由于疝环狭小，发生嵌顿或绞窄者较多。

(三) 心理-社会状况

腹外疝的肿块可反复突出，并有胀痛感，影响其正常工作和日常生活，表现为焦虑不安；婴幼儿腹外疝，患儿家长因不了解疾病相关知识，而表现出紧张、焦虑等；

(四) 辅助检查

- 1· 实验室检查 腹外疝发生绞窄时，血白细胞、中性粒细胞增多。
- 2· X 线检查 嵌顿或绞窄性疝可见肠梗阻 X 线征象。

3·透光试验 腹股沟斜疝做阴囊透光试验以排除睾丸鞘膜积液。

(五)治疗要点

1·非手术治疗

(1)腹股沟疝 6个月以内婴儿的小型疝有自愈的可能，无需治疗，但要警惕嵌顿性疝的发生。疝带常可压伤皮肤，并有发生疝带下嵌顿的危险，不适用于小儿。且采用棉线束带或绷带压住腹股沟管深环，会影响小儿局部肌肉等组织的生长发育，不利于疝的自行闭合。年老体弱或伴有其他严重疾病而禁忌手术者，白天在回纳疝内容物后，使用疝带压迫疝环。

(2)脐疝 小儿脐疝除了嵌顿或穿破等紧急情况外，在2岁之前采取非手术疗法，原则是回纳疝块后，用大于脐环的、外包纱布的硬币或小木片抵住脐环，然后用胶布或绷带加以固定。

2·手术治疗

(1)疝囊高位结扎术 如不能自愈或逐渐增大的婴幼儿腹外疝，年龄越小，嵌顿率越高，危险性越大，应早期行单纯疝囊高位结扎术。手术方法是皮下环处小切口显露疝囊颈，予以高位结扎或贯穿缝合疝囊颈。

(2)疝修补术 成人在疝囊高位结扎后，加强或修补薄弱的腹壁缺损区，治疗较为彻底。常用手术方法有：□传统疝修补术：修补腹股沟管前壁以 Ferguson 法最常用；修补腹股沟管后壁常用的方法有 Bassini 法、Halsted 法、McVay 法、Shouldice 法。□无张力疝修补术(tension-free hernioplasty)：利用人工合成的组织相容性好、无毒性、高强度网片材料，在无张力的情况下进行疝修补术。此方法技术简单、快速、有效，病人痛苦小、下床早、恢复快。但人工合成网片材料是异物，都有潜在的排异和感染的危险，对于局部条件差的病人要慎用。□经腹腔镜疝修补术：属微创手术范畴，具有创伤小、痛苦少、恢复快、美观等优点，但因其对技术设备要求高，费用高，目前临床上未广泛应用。

3·嵌顿性和绞窄性疝的治疗

嵌顿性疝发生时间在3~4小时以内，局部压痛不明显，也无腹部压痛或腹肌紧张等腹膜刺激征者，可试行手法复位，以后择期手术治疗。手法复位不成功或怀疑有绞窄者，需紧急手术治疗。

【护理诊断及合作性问题】

1·急性疼痛(acute pain) 与腹外疝肿块突出、嵌顿或绞窄有关。

2·体液不足(deficient fluid volume) 与腹外疝发生嵌顿或绞窄引起机械性肠梗阻有关。

3·潜在并发症(potential complication)：术后阴囊水肿、切口感染、复发等。

【护理目标】

病人疼痛缓解，体液维持平衡，未发生并发症或并发症能及时发现并正确处理。

【护理措施】

(一)非手术疗法及术前护理

1·积极消除腹内压增高的因素：对咳嗽、便秘、排尿困难的病人必须积极治疗，症状控制后再行手术。注意多喝水，食富含粗纤维的食物，如蔬菜、水果等，保持大便通畅。

2·疝块较大的病人，嘱其卧床休息，减少活动，离床活动时使用医用疝带，将疝带一端的软压垫对着疝环顶住，避免腹腔内容物突出，防止疝嵌顿。小儿要密切观察是否发生疝嵌顿现象。脐疝治疗时用硬币压迫，绷带固定后也应经常检

查其松紧度，防止移位导致压迫失效。

3·病情观察 病人若出现腹痛明显，呈持续性，且伴有疝块突然增大、发硬、触痛明显、不能回纳腹腔，高度警惕嵌顿性疝发生的可能，紧急处理。

4·术前准备 □备皮:术前嘱病人沐浴，按规定范围备皮，对病人会阴部、阴囊皮肤准备，既要剃尽阴毛，又要防止皮肤破损。手术日晨再检查一遍皮肤准备情况，如有皮肤破损或有继发化脓性感染，暂停手术。□灌肠:手术前晚给病人灌肠，清洁肠道，防止术后腹胀和便秘。□排空小便:进手术室前，嘱病人排尿，以防术中误伤膀胱，必要时留置导尿管。□嵌顿性或绞窄性疝病人:特别是伴有急性肠梗阻的病人，按急症手术前护理常规，禁食、胃肠减压、输血、输液、使用抗生素等，在积极纠正水、电解质及酸碱平衡失调的同时，准备手术。

(二) 术后护理

1·体位 术后宜取平卧位，膝下垫一软枕，髋、膝关节略屈曲，以松弛腹股沟切口的张力，从而减轻病人切口疼痛感。

2·饮食 病人术后 6~12 小时麻醉反应消失，若无恶心、呕吐等不适，进流质饮食，次日进软食或普食。行肠切除吻合术的病人，肠蠕动功能恢复后，进流质饮食，再逐渐过渡到半流质、普食。

3·活动 病人卧床时间长短，依据疝的部位、大小、腹壁缺损程度及手术方式而定，一般疝修补术后 3~5 天下床活动。采用无张力疝修补术的病人早期下床活动，但对年老体弱、复发性疝、绞窄性疝、巨大疝病人，卧床时间延长至术后 10 日，方可下床活动，以免疝复发。

4·防止腹内压增高 术后嘱病人尽量避免咳嗽及用力排便，否则会使腹内压增高，不利于切口愈合，且易导致术后疝复发。术后病人注意保暖，防止受凉而引起咳嗽;保持大、小便通畅，便秘者嘱避免用力排便，必要时给予药物通便。

5·预防阴囊水肿 在腹股沟手术区压迫沙袋(重 0.5kg) 12 小时，减轻渗血，并用丁字带将阴囊托起。

6·预防切口感染 切口感染是导致疝复发的重要原因，故术后要密切观察切口愈合情况。注意保持切口敷料干燥、清洁，避免大、小便污染，尤其是婴幼儿更应加强护理，发现敷料脱落或污染应及时更换;必要时在切口上覆盖伤口贴膜，以隔离保护伤口。注意观察病人切口有无红肿、疼痛，一旦发现切口感染应尽早处理。

(三) 健康指导

1·避免生活和工作中可引起腹内压增高的因素，及时治疗咳嗽、便秘、排尿困难等，保持大便通畅，养成定时排便习惯，防止疝的复发。

2·手术病人出院后注意休息，逐渐增加活动量，避免提重物，3 个月内避免重体力劳动。若疝有复发，及时就诊。

【护理评价】

病人疼痛是否缓解，体液是否维持平衡，有无发生并发症，或并发症是否能及时发现并正确处理。

第四节 胃、十二指肠溃疡外科治疗病人的护理

胃、十二指肠溃疡(gastroduodenal ulcer)，又称消化性溃疡(peptic ulcer，PU)，分为胃溃疡和十二指肠溃疡。若两者同时存在，称为复合性溃疡。绝大多数消化性溃疡是单个发生，若有两个以上溃疡灶，则称为多发性溃疡。其发生与胃酸及胃蛋白酶的消化作用有关,表现为慢性、周期性、节律性的上腹部疼痛。大多数病人用药物治疗，溃疡愈合，预后良好，但复发率较高;若经严格的药物

治疗无效者或发生严重并发症（溃疡合并穿孔、大出血、瘢痕性幽门梗阻、癌变）时，应采取手术治疗。

【护理评估】

（一）健康史

胃、十二指肠溃疡是一种多病因疾病，与饮食习惯，如暴饮暴食，饮食不规律，喜食刺激性食物、嗜烟、酒、咖啡、浓茶等有关；评估发作与季节、地域是否有关；有无经常服用导致溃疡药物，如阿司匹林等非甾体类药物史；了解病人精神状态、情绪状况，有无心理社会压力等；询问家族中是否有其他患本病者，以及了解病人对该病的认识程度等。

（二）身体状况

胃、十二指肠溃疡身体状况评估见内科护理，本节主要介绍并发症的评估。

1· 溃疡大出血 是本病最常见的并发症。85%-90%的病人有溃疡病史，主要表现为柏油样便与急性呕血。多数突然发病，出血多不伴有腹痛，病人大多先感觉恶心、眩晕和上腹部不适，随即出现呕血或柏油样便。当失血量占人体总血量 10%（约 400ml）时，出现休克代偿期表现，如面色苍白、四肢凉、脉搏快速，血压正常而脉压变小。当急性失血量占人体总血量 20%（约 800ml）时，可出现休克期表现，如出冷汗、四肢冰凉、脉搏细速、呼吸浅促、血压下降。

2· 胃、十二指肠溃疡急性穿孔 是最严重的并发症，以十二指肠溃疡穿孔为多见。90%的病人有溃疡病史，穿孔前常有溃疡病症状加重。急性穿孔当胃肠内容物流入腹腔时，引起急性腹膜炎，主要表现为突然剧烈腹痛，当消化液沿升结肠旁沟流向右下腹时，引起右下腹疼痛，并很快扩散至全腹，引起全腹疼痛伴恶心、呕吐，甚至休克。腹式运动减弱，腹肌紧张呈板状强直、全腹压痛、反跳痛，以右上腹最明显，肝浊音界缩小或消失，当腹膜大量渗出，腹腔积液超过 500ml 时，可叩出移动性浊音，听诊肠鸣音减弱或消失。

3· 瘢痕性幽门梗阻 常发生于十二指肠溃疡和幽门附近的胃溃疡。因溃疡愈合，瘢痕形成或与周围组织粘连而引起幽门阻塞。表现为上腹部饱胀、疼痛，于餐后加重，呕吐宿食，大量呕吐后疼痛短暂缓解，还有食欲减退、返酸、嗝气等消化症状。上腹部膨隆，有胃型、蠕动波和振水音。

4· 癌变 主要见于胃溃疡。病史长，年龄多在 45 岁以上，常出现腹痛加重、节律性消失，食欲减退，体重明显减轻，贫血，便潜血试验持续阳性。胃镜检查可证实。

（三）心理-社会状况

本病病程长，慢性疼痛，对生活、工作有影响，由于精神、情绪心理等因素促发该病的发生，故病人出现焦虑、紧张；出现并发症时，病人恐惧，担心危及生命。

（四）辅助检查

1· 实验室检查 大出血时血红蛋白降低，红细胞比容下降；大便潜血试验阳性。瘢痕性幽门梗阻时血生化检查氯离子降低，钾离子降低，碳酸氢根离子增加。

2· 胃镜检查 是确诊消化性溃疡最有价值的检查方法，可直视病变部位，还可做组织活检及 HP 检测，帮助诊断和治疗。也是诊断出血部位的重要依据。

3· X 线检查 是诊断消化性溃疡急性穿孔的重要的检查方法，可见膈下游离气体。瘢痕性幽门梗阻 X 线钡餐检查显示胃扩张、胃潴留及胃排空延迟。

4· 其他检查 消化性溃疡急性穿孔，腹腔穿刺可见黄绿色混浊液或食物残

渣。

(五) 治疗要点

1·非手术治疗目的是消除病因、缓解症状、促进溃疡愈合、防止溃疡复发、预防并发症。具体详见内科治疗。

2·手术治疗 经严格的药物治疗无效者或发生严重并发症(溃疡合并穿孔、大出血、瘢痕性幽门梗阻、癌变)时,应采取手术治疗。

(1)胃大部切除术 胃大部切除术的理论依据是切除胃窦部、消除了胃泌素引起的胃酸分泌;切除胃体大部,减少壁细胞数量,从而使胃酸分泌减少,减少胃蛋白酶腺体的分泌;切除了溃疡本身及好发部位;切除了部分迷走神经,减少神经性胃相胃酸分泌;切除了幽门,十二指肠液体可中和胃酸。此法切除胃远侧 2/3~3/4,包括胃体大部、整个胃窦部、幽门和十二指肠球部。其术式分为毕氏(Billroth)Ⅰ式和毕氏Ⅱ式。

1)毕氏Ⅰ式:适用于治疗胃溃疡,在胃大部切除后,将残胃直接与十二指肠相吻合,其特点是手术操作简单,吻合后的胃肠道接近生理状态,术后因胃肠功能紊乱引起的并发症相对较少。

2)毕氏Ⅱ式:适用于各种情况的胃、十二指肠溃疡,特别是十二指肠溃疡,在胃大部切除后,将残胃与近端空肠吻合,其缺点为胃空肠吻合改变了正常的解剖生理关系,术后发生胃肠功能紊乱的可能性较毕氏Ⅰ式大。

(2)胃迷走神经切断术 主要用于治疗十二指肠溃疡。通过切断迷走神经,消除神经性胃酸分泌,达到治愈十二指肠溃疡的目的。临床上手术类型有:迷走神经干切断术、选择性迷走神经切断术和高选择性胃迷走神经切断术(highly selective vagotomy)。

3·并发症治疗

(1)溃疡病急性穿孔 对溃疡小穿孔,腹腔渗出少,全身情况好,就诊时腹膜炎已有局限趋势,无严重感染及休克者,可选用非手术疗法。非手术疗法包括持续胃肠减压,补液和营养支持,抗感染,经静脉给予 H₂ 受体阻滞剂或质子泵拮抗剂等治疗观察 6~8 小时后病情仍继续加重,或对不适应非手术治疗的急性穿孔病例,应及早进行手术治疗。手术方法有 3 种:□单纯穿孔缝合术,因远期效果差,五年内复发率达 70%,常需施行第二次彻底手术。但目前由于药物研究进展,单纯穿孔缝合术加术后药物治疗可治愈消化性溃疡。□胃大部切除术,远期效果满意者可达 95%以上。病人一般情况好,有幽门梗阻或出血史,穿孔时间在 12 小时以内,腹腔污染较轻,可进行胃大部切除术。□对一般情况好的十二指肠溃疡穿孔,还可施行穿孔单纯缝合后再行迷走神经切断加胃空肠吻合术,或作高选择性迷走神经切断术。对十二指肠溃疡并发穿孔而无施行胃大部切除的条件,单纯修补后又有发生幽门梗阻的可能者,可用单纯修补加胃空肠吻合术。

(2)溃疡病大出血 多数病人经一般非手术治疗,如补液、输血、冰生理盐水洗胃,内镜下出血血管钛夹钳夹,激光治疗,选择性动脉注射血管收缩剂等措施,出血可以停止。但有下列情况,应考虑行手术治疗:□溃疡病急性大出血,伴有休克者。□在 6~8 小时内输入血液 600~1000ml 后情况不见好转,或暂时好转而停止输血后又再度病情恶化者。□不久前曾发生类似的大出血者。□正在内科住院治疗中发生大出血者。□年龄在 50 岁以上或有动脉硬化者。□大出血合并穿孔或幽门梗阻者。病人病情危重,不允许做胃大部切除术时,可采取单纯贯穿结扎止血法。

(3)溃疡病并瘢痕性幽门梗阻 瘢痕性幽门梗阻,手术是唯一有效的方法。

手术的目的是解除梗阻，使食物和胃液能进入小肠，从而改善全身状况。常用的手术方法有：□胃空肠吻合术；□胃大部切除术：是主要的手术治疗方法；□迷走神经切断术加胃引流术，或高选择性迷走神经切断术加胃引流术。

(4) 溃疡病癌变 详见胃癌治疗。

【护理诊断及合作性问题】

1·慢性疼痛(chronic pain)：腹痛 与胃酸对胃、十二指肠的溃疡面的刺激等有关

2·营养失调：低于机体需要量(imbalanced nutrition:less than body requirements) 与饮食不调和摄入营养不足有关

3·体液不足(deficient fluid volume)：与消化道出血、幽门梗阻、穿孔等引起的失血、失液有关

4·潜在并发症(potential complication)：吻合口出血；十二指肠残端破裂；胃肠道梗阻；倾倒综合征；胆汁反流性胃炎；吻合口溃疡、胃潴留、腹泻、胃小弯坏死等。

【护理目标】

病人疼痛减轻，舒适感增强；营养改善，体液平衡，血容量充足，不发生术后并发症，或能及时发现并妥善处理。

【护理措施】

(一) 非手术疗法及术前护理

1·病情观察 注意观察腹痛的情况，包括时间、部位、性质、程度及特点；观察引起和加重腹痛的诱因；了解其他消化系统的伴随症状，如呕吐物及粪便颜色、性质和数量；观察是否有黑便、呕血、疼痛规律性的改变，及早发现并发症。

2·瘢痕性幽门梗阻者 遵医嘱行禁食，静脉输液，必要时输血、输清蛋白、行肠外营养，纠正营养不良和低蛋白血症。观察呕吐情况和病人的营养状况，纠正水、电解质和酸碱失衡，记录其出入量。术前2~3日每日用生理盐水洗胃，减轻胃黏膜水肿，有利于术后吻合口愈合。

3·迷走神经切断术 术前配合测定病人的胃酸，协助采取胃液标本，测定胃酸分泌量，包括夜间12小时分泌量、最大分泌量及胰岛素试验分泌，为术后判断治疗效果，提供参考数值。

4·术前准备：营养较差病人，纠正营养状况，给予高蛋白、高热量、高维生素易消化饮食，少量多餐；术前1日进流质饮食，术前12小时禁食、术前4小时禁水，手术当日清晨放置胃管。溃疡合并大出血的病人，迅速建立静脉通道，以最快速度做好术前各项准备；合并穿孔者禁食、补液、维持有效的胃肠减压等。

(二) 术后护理

1·体位：平卧6~8小时，麻醉作用消失、血压平稳后改半卧位，有利于呼吸和循环。

2·病情观察：定时测量生命体征，观察肠蠕动情况，病情较重或休克者，注意观察病人的神志、瞳孔、尿量和末梢循环情况等。

3·保持胃管通畅，注意观察并记录引流液的色、质、量等，待肠蠕动恢复，肛门排气后拔除胃管。胃肠减压期间遵医嘱给予静脉输液，必要时行肠外营养。拔胃管当日少量饮水，如无不适，次日给流质饮食，避免摄入产气食物，如牛奶、甜食及豆制品等；术后1周改半流质饮食，术后2周普通饮食，以少食多餐饮食为佳。

4·胃大部切除术后并发症护理

(1) 吻合口出血：术后 24 小时内，从胃管中引流出暗红色或咖啡色胃液，属术后正常现象；如果短期有大量鲜红色血液自胃管内引出，100ml/h 以上，甚至呕血或黑便，为术中止血不完善并发术后出血。密切观察病情变化，遵医嘱输液、输血、使用止血药物、采用冷盐水洗胃，无效则手术止血。

(2) 十二指肠残端破裂：是毕Ⅱ式胃大部切除术严重的并发症，死亡率高。多发生于术后 3~6 天，表现为右上腹突发剧烈腹痛和局部明显压痛、腹肌紧张等急性弥漫性腹膜炎，一旦出现要立即手术。

(3) 梗阻：根据梗阻部位分为：

1) 吻合口梗阻：表现为进食后上腹胀痛，呕吐，呕吐物为食物，多无胆汁。梗阻多因吻合口过小，或缝合时胃肠壁内翻过多，需再次手术扩大吻合口或重新作胃空肠吻合；梗阻若为吻合口黏膜炎症水肿所致，经非手术治疗可使症状消失。

2) 输入段梗阻：完全性梗阻：输入段肠管扭曲或被粘连带压迫，输入段肠内容不能下行；或输入段肠管过长形成内疝，而形成闭袢性梗阻，严重者可发生肠坏死或穿孔。表现为上腹剧痛，可放射至肩胛、背部；呕吐频繁但不含胆汁；严重者可出现脉快、血压下降，有时出现黄疸。需及早手术解除梗阻。不完全性梗阻：多因输入段肠管过长、扭曲或过短因牵拉使吻合口处成锐角，使输入段肠内容不能及时排出。表现为：进食 15~30 分钟后，上腹部突感胀痛，然后大量呕吐，呕吐物以胆汁为主，不含食物，吐后症状缓解。X 线钡餐检查吻合口及输出段空肠顺利通过，而无钡剂进入输入段空肠。处理：应先行非手术疗法，输液、消炎等治疗，如症状数周内不能缓解，行二次手术。

3) 输出段梗阻：多为粘连或炎性肿物压迫而引起输出段空肠梗阻。表现为上腹饱胀，恶心、呕吐，呕吐物为食物和胆汁。X 线钡餐检查可明确梗阻部位。处理：禁食、胃肠减压、输液、消炎等治疗，无效时应再次手术治疗。

(4) 倾倒综合征(dumping syndrome)：早期倾倒综合征 常发生在毕氏Ⅱ式胃大部切除术后。表现为进食（尤其是甜流质饮食）后 10~20 分钟，出现上腹饱胀、心悸、出汗、头昏、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状，如加糖牛奶等，症状持续 15~60 分钟，平卧 15~30 分钟后，症状逐渐减轻或消失。处理：以调节饮食为主，少量多餐，摄取较干、含糖量较低、含脂肪和蛋白质较高的饮食，进食后平卧 20~30 分钟，一般半年~1 年后症状自行缓解；对不缓解者，考虑再次择期手术治疗。晚期倾倒综合征：也称为低血糖综合征，多在食后 2~3 小时发作，表现为无力、出汗、饥饿感、嗜睡、眩晕等。发生的原因是由于食物过快地进入空肠内，葡萄糖迅速被吸收，血糖过度增高，刺激胰腺产生过多胰岛素而继发的低血糖现象。处理：控制饮食，症状明显者可用生长抑素奥曲肽 0.1mg 皮下注射，每天 3 次，可改善症状。

(5) 碱性反流性胃炎：术后的一种特殊类型病变，发生率约为 5%~35%，常发生于毕罗Ⅱ式术后 1~2 年。由于胆汁、胰液反流，引起胃黏膜炎症、糜烂、甚至形成溃疡。临床表现主要为上腹部持续性烧灼痛，进食后症状加重，抗酸药物服后无效；呕吐胆汁，呕吐后症状不减轻，胃液分析胃酸缺乏；食欲差，体重减轻，贫血。胃镜检查显示慢性萎缩性胃炎。症状轻者用 H₂ 受体拮抗剂等治疗，严重者采用手术治疗，改毕氏Ⅱ式为 Roux-en-Y 吻合术。

(6) 吻合口溃疡：术后常见的远期并发症，绝大多数发生在十二指肠溃疡术后。其原因与原发溃疡相似，约 80%~90% 仍存在胃酸过高现象。症状于原发溃疡病基本相同，但疼痛的规律性不明显，在上腹吻合口部位有压痛。内科治疗无效者行手术治疗。

(7) 残胃癌：胃、十二指肠溃疡行胃大部切除后 5 年以上，残胃发生的原发癌称残胃癌。多发生在术后 20~25 年，发生原因与胃切除术后低酸、胆汁反流及肠道细菌逆流入残胃引起萎缩性胃炎有关。病人常具有上腹疼痛、进食后饱胀、消瘦和消化道出血，纤维胃镜活检可确诊。对确诊为残胃癌的病人应采用手术治疗。

(三) 健康指导

1· 培养良好的生活习惯 □生活规律，劳逸结合。□定时定量，以易消化富有营养的食物为主，避免进食刺激性食物，如酸辣、油煎、豆类食物、浓缩果汁等，戒烟酒、咖啡、浓茶，选择不油腻，清淡易消化的食物。□减少生活压力，降低精神心理应激，加强身体锻炼，提高机体功能状态和免疫力。

2· 缓解期应采取预防措施，在好发季节特别要注意保暖，避免劳累和精神刺激，有规律的饮食起居，一旦出现症状，立即就诊、服药。慎用非甾体类消炎等药物，避免使用加重溃疡的药物，如强的松、阿司匹林等。

3· 教会病人自我观察，判断有无并发症，如腹痛症状短期内加重，大便颜色发黑，警惕出血；腹痛严重，且弥漫全腹，腹痛不能按压，警惕穿孔；腹痛程度加重，并失去原有的节律性，体重下降明显，大便潜血试验持续阳性，伴贫血，警惕胃溃疡癌变；进食后 2~3 小时，有上腹部饱胀感，伴有恶心、呕吐，呕吐物量多、有发酵味道，警惕幽门梗阻，出现上述情况立即就诊。

【护理评价】

病人疼痛是否减轻或消失，营养状况是否改善，体液是否得到补充，血容量是否充足，术后是否发生并发症，或并发症是否及时发现并妥善处理。

第五节 胃癌病人的护理

胃癌(gastric cancer)是我国最常见的恶性肿瘤，近年来有减少趋势，但仍居各种恶性肿瘤发病率之首。胃癌好发于胃窦部，约占 50%，其次为胃小弯、贲门部。

1· 分期和分型 胃癌分为早期胃癌和进展期胃癌。早期胃癌是指所有局限于黏膜或黏膜下层的胃癌，无论有无淋巴结转移；进展期胃癌，其病变超越黏膜下层，侵入肌层为中期，侵及浆膜或浆膜外者为晚期。进展期胃癌按国际上采用 Borrmann 分型法分四型：巨块型、局限溃疡型、浸润溃疡型与弥漫浸润型。

2· 组织学分型 分为乳头状腺癌、管状腺癌、低分化腺癌、粘液腺癌、印戒细胞癌、未分化癌等。

3· 转移方式 胃癌的转移途径有直接浸润、淋巴转移、血行转移、腹腔种植转移四种方式。其中淋巴转移是胃癌最主要的转移方式，最早转移到胃周围淋巴结，汇集到腹腔淋巴结，最后转移到左锁骨上淋巴结。

【护理评估】

(一) 健康史

胃癌的病因尚未明确，一般认为与下列因素有关。

1· 不良饮食习惯 食物品种和饮食习惯是影响胃癌发生的重要因素，长期食用霉制食品、咸菜、高盐食物、烟熏及腌制品均可增加发生胃癌的危险性。

2· 环境因素 居住在我国西北地区和东南沿海的人群是胃癌多发人群，近期研究发现本病高发区与火山来源的土壤有关。

3· 幽门螺杆菌感染 大量研究表明，幽门螺杆菌是胃癌发病的危险因素，幽门螺杆菌所分泌的毒素能使胃黏膜病变，从而发生癌变。

4· 癌前病变 如胃溃疡、慢性萎缩性胃炎、胃息肉、胃切除术后残胃，其

癌变率较正常人群高两倍。重度胃黏膜上皮异型增生者中 75%-80%的病人有可能发展为胃癌。

5·遗传因素 胃癌的发病具有家族聚集倾向，可发生于同卵同胞，与遗传有密切的关系。

(二) 身体状况

1·症状

(1) 早期胃癌：早期无明显症状，有时可出现上腹隐痛、嗝气、反酸、食欲减退等类似消化性溃疡症状，容易被忽视。

(2) 进展期胃癌：随着病情进展，症状加重，常见为上腹痛，解痉及抗酸剂无效。伴食欲下降、乏力、体重减轻，贫血等。胃窦部癌，因幽门梗阻而发生严重的恶心、呕吐；贲门癌和高位小弯癌累及食管下端，出现进食梗阻感、吞咽困难；溃疡型胃癌，因癌肿侵蚀血管，造成上消化道出血，常见呕血及黑便；癌肿可破溃致胃黏膜急性穿孔。

2·体征 早期胃癌无明显体征。病人进展期可有消瘦、精神状态差。晚期可呈恶病质；上腹部可触及坚实、可移动结节状肿块，有压痛；发生肝转移时有肝肿大，并触及坚硬结节；发生腹膜转移时有腹水，表现为移动性浊音；远处淋巴结转移时在左锁骨上内侧触到质硬、固定的淋巴结等。

3·并发症 可出现胃出血、幽门或贲门梗阻、胃穿孔等。

(三) 心理-社会状况

胃癌给病人造成心理和生理的伤害，产生悲观情绪；随病人日益消瘦，对手术耐受能力差，对治疗缺乏信心，担心危及生命，出现焦虑、恐惧、绝望，甚至自杀。

(四) 辅助检查

1·实验室检查 红细胞减少，血红蛋白下降；大便潜血持续阳性；胃液分析无胃酸或低胃酸分泌。

2·内镜检查 观察病变部位、性质，可取活组织检查。是诊断早期胃癌的最佳方法。

3·X线钡餐检查 早期呈局限性表浅的充盈缺损，边缘不规则的龛影，胃小区模糊不清等；进展期为较大而不规则的充盈缺损，溃疡型为腔内龛影，浸润型为胃壁僵硬、蠕动消失、胃腔狭窄。

4·胃癌术后病理学检查 术后病理学检查是制定科学的术后治疗方案和估计预后的重要依据。

(五) 治疗要点

胃癌以手术为主的综合治疗。

1·手术治疗 为目前治疗胃癌的主要方法，早期发现，早期诊断，早期治疗是提高病人生存率和治愈率的关键。

2·内镜治疗 纤维胃镜直视下行激光、电灼、微波、局部注射抗癌药物等治疗，目前适用于早期小病灶的胃癌。

3·其他治疗 放射治疗、化学治疗及支持疗法等。

【护理诊断及合作性问题】

1·焦虑(anxiety) 与担心疾病和病情反复发作有关。

2·营养失调：低于机体需要量 (imbalanced nutrition: less than body requirements) 与饮食不调和摄入营养不足有关；与肿瘤引起代谢增高有关。

3·潜在并发症(potential complication)：胃大出血、幽门梗阻、穿孔。

【护理目标】

病人情绪稳定，营养状况得到改善，未发生并发症或并发症能及时发现并正确处理。

【护理措施】

（一）非手术疗法及术前护理

1·鼓励病人进食易消化、营养丰富的流质或半流质饮食；不能进食或进食不足者，如吞咽困难或中、晚期病人，遵医嘱静脉输注高营养物质。幽门梗阻时，行胃肠减压，遵医嘱静脉补充液体，必要时输清蛋白、全血或血浆等。

2·病情观察 观察有无头晕、眼花、疲乏、晕厥、气促、呼吸困难、胸闷、胸痛、出汗等。观察腹痛发作的特点，有无上消化道出血、急性穿孔及幽门梗阻等并发症。

3·术前准备 胃癌病人一般情况较差，术前应纠正贫血及营养不良，提高对手术的耐受性；老年病人，术前检查心肺功能；幽门完全梗阻者术前禁食，行胃肠减压，洗胃。胃癌累及横结肠时要做肠道准备。

（二）术后护理

参照本章第二节中胃大部切除术后护理。注意：

1·病情观察 密切观察病人生命体征、神志、意识等，观察病人疼痛、腹胀及肠蠕动和肛门排气等情况。

2·术后3天内禁食，排气后进食清流食，第7天进半量半流食，逐渐增加饮食的量。

3·化疗及放疗护理参见肿瘤病人的护理。

（三）健康指导

1·向病人及家属介绍疾病的防治知识，使其了解疾病发生的原因及诱发因素；指导病人以乐观态度面对人生，根据个人特点，制定合理的休息与活动计划，注意劳逸结合。养成锻炼身体的习惯，增强免疫功能。

2·养成良好的饮食习惯，多食营养丰富、富含维生素C、A等食物；少进咸菜、高盐食物、烟熏及腌制品。避免生、冷、硬、辛辣等刺激性食物。

3·大力推广普及防癌知识，监视易感人群，如40岁以上成人，近期发生上腹部不适，或有溃疡病史者，近期出现疼痛规律变化、便潜血试验持续阳性等，及时到医院进行相关检查；癌前病变者，如胃溃疡、萎缩性胃炎、胃息肉等，定期检查，做到早期发现、早期诊断、早期治疗。

【护理评价】

病人情绪是否稳定，营养状况是否得到改善，是否发生并发症或并发症是否及时发现并正确处理。

第六节 急性阑尾炎病人的护理

急性阑尾炎(acute appendicitis)是最常见的急腹症，是腹部外科的常见病。多发生于20~30岁青壮年。若能正确诊断和处理，绝大多数病人很快治愈；若延误诊断及治疗，引起严重并发症，甚至导致死亡。

急性阑尾炎根据病理类型，分为：

1·急性单纯性阑尾炎 阑尾轻度肿胀，浆膜充血，以黏膜和黏膜下层最显著，有少量纤维蛋白渗出；阑尾黏膜有小溃疡和出血点；腹腔内有少量局限性炎性渗出。

2·急性化脓性阑尾炎 阑尾显著肿胀，浆膜高度充血，表面覆盖有脓苔；阑尾黏膜面溃疡增大，腔内积脓，壁内也有小脓肿形成；腹腔内有稀薄脓性渗出

物，发炎的阑尾常被大网膜和邻近的肠管包裹。

3·急性坏疽性及穿孔性阑尾炎 阑尾壁层组织坏死，浆膜呈暗红色或黑紫色，局部可能已穿孔。穿孔部位大多在血运较差的远端部分，也可在粪石直接压迫的局部。穿孔后如未被包裹，感染继续扩散，则引起弥漫性腹膜炎。

4·阑尾周围脓肿 急性阑尾炎化脓坏死或穿孔，如果进展较慢，大网膜可移至右下腹，将阑尾包裹并导致粘连，形成炎性包块或阑尾周围脓肿。

【护理评估】

(一)健康史

1·管腔梗阻 是急性阑尾炎最常见病因。导致阑尾管腔梗阻的原因有：淋巴小结明显增生、粪石阻塞、异物、炎性狭窄、食物残渣、蛔虫、肿瘤等。

2·细菌入侵 阑尾管腔阻塞后，细菌繁殖并分泌内毒素和外毒素，损伤黏膜上皮，产生溃疡，细菌经溃疡面进入阑尾肌层；也因肠道炎性疾病蔓延致阑尾。致病菌多为肠道内的各种革兰阴性杆菌和厌氧菌。

3·神经反射 胃肠道功能障碍(腹泻、便秘等)时，引起阑尾肌肉或血管反射性痉挛，导致管腔狭窄梗阻，同时血管痉挛致阑尾缺血，使阑尾管腔黏膜受损，细菌侵入引起阑尾炎。

(二)身体状况

1·症状

(1)腹痛：开始于上腹部或脐周围，呈持续性，数小时(6~12小时)后，腹痛转移并固定于右下腹部，呈持续性并逐渐加重。约70%~80%的病人有典型的转移性右下腹痛的表现，但少数病人开始即为右下腹部疼痛。有的病人腹痛突然完全缓解，随后，右下腹痛又会逐渐加重，可能是阑尾壁坏死、穿孔。

(2)胃肠道症状：恶心、呕吐最常见，早期呕吐多为反射性；晚期呕吐则与腹膜炎有关。约1/3的病人有便秘或腹泻症状。盆腔位阑尾炎及出现盆腔脓肿时，有大便次数增多、里急后重、粘液便等直肠刺激症状。

(3)全身反应：单纯性阑尾炎，体温轻度升高；阑尾化脓、坏疽穿孔明显发热、中毒症状较重；并发化脓性门静脉炎时，发生寒颤、高热、轻度黄疸。

2·体征

(1)右下腹固定压痛：是诊断急性阑尾炎最重要的依据。当感染局限于阑尾腔以内，病人尚觉上腹部或脐周疼痛时，右下腹就有压痛存在。阑尾穿孔合并弥漫性腹膜炎时，虽然全腹都有压痛，仍以右下腹最为明显。

(2)腹膜刺激征：化脓性和坏疽性阑尾炎有腹膜炎表现，可见局限性或弥漫性腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张。

(3)腹部包块：阑尾周围脓肿较大时，在右下腹触到境界不清、不能活动、伴有压痛和反跳痛的包块。

(4)其他体征：结肠充气试验(Rovsing征)：病人仰卧位，检查者先用一手按压左下腹部降结肠，再用另一手反复压迫近侧结肠，结肠积气可传至盲肠和阑尾根部，若引起右下腹疼痛加重即为阳性。腰大肌征：病人左侧卧位，检查者将病人右下肢向后过伸，如出现右下腹疼痛加重即为阳性，提示阑尾可能位于盲肠后或腹膜后靠近腰大肌处，或炎症已波及腰大肌。闭孔内肌征：病人仰卧位，右髋及右膝均屈曲90°，将右股内旋，若右下腹疼痛加重即为阳性，提示阑尾位置较低，炎症已波及到闭孔内肌。直肠指检：盆腔位急性阑尾炎，直肠右侧壁有明显触痛，甚至触到炎性包块。阑尾穿孔伴盆腔脓肿时，直肠内温度较高，直肠前壁膨隆，并有触痛，部分病人伴有肛门括约肌松弛现象。

3·几种特殊类型阑尾炎

(1) 小儿急性阑尾炎:小儿阑尾壁薄,管腔小,一旦梗阻,发生血运障碍,容易引起坏疽和穿孔;大网膜短,不能起到保护作用,穿孔后炎症不容易局限,容易形成弥漫性腹膜炎。病情较成人严重,高热、呕吐及腹泻明显,右下腹固定压痛,肌紧张,但不典型。

(2) 老年人急性阑尾炎:老年人痛觉迟钝,大网膜萎缩,又由于老年人阑尾动脉硬化,易导致阑尾缺血坏死。老年人腹痛不强烈,体征不典型,临床表现轻而病理改变重,容易延误诊断和治疗。

(3) 妊娠期急性阑尾炎:在妊娠过程中,子宫逐渐增大,盲肠和阑尾的位置也随着向上、向外、向后移位,阑尾炎的压痛部位也随着上移。妊娠后期子宫增大,阻碍大网膜趋近发炎的阑尾,所以阑尾穿孔后感染不易局限,常引起弥漫性腹膜炎。炎症发展易致流产或早产,威胁胎儿和孕妇的安全。

(三) 心理-社会状况

因担心疾病对生活、学习、工作等造成影响,担心手术的危险性和术后并发症等,表现出精神紧张、焦虑不安的心理和情绪;年轻女性,担心术后腹部留有瘢痕,对形体产生影响,精神紧张、焦虑不安,甚至产生恐惧心理。

(四) 辅助检查

1· 实验室检查 血白细胞计数和中性粒细胞比例增高。

2· 影像学检查 阑尾穿孔、腹膜炎时,腹部 X 线检查可见盲肠扩张和气液平面;超声检查可发现肿大的阑尾或脓肿。

(五) 治疗要点

1· 非手术治疗 包括禁食、补液、应用抗生素等。中药以清热、解毒、化瘀为主。

2· 手术治疗 行阑尾切除术。若有条件,也可采用经腹腔镜阑尾切除术。对阑尾周围脓肿,先行非手术治疗,3 个月后再行阑尾切除术。

【护理诊断及合作性问题】

1· 急性疼痛(acute pain) 与阑尾炎症刺激及手术创伤有关。

2· 体温过高(hyperthermia) 与阑尾炎症有关。

3· 潜在并发症(potential complication) 内出血、腹腔脓肿、粘连性肠梗阻、粪瘘、切口感染及慢性窦道、切口疝等。

【护理目标】

病人疼痛减轻,体温维持正常,未发生并发症或并发症能得到及时发现和正确处理。

【护理措施】

(一) 非手术疗法及术前护理

1· 卧床休息,取半卧位。急性单纯性阑尾炎,且肠蠕动良好者可进流质,病情重者或准备手术者禁食。

2· 高热者,采用物理降温。疼痛明显者,给予针刺或按医嘱应用解痉剂缓解症状,但禁用吗啡或哌替啶,以免掩盖病情;已确定手术时间者,给适量的镇痛剂。便秘者,用开塞露,禁忌灌肠和使用泻剂,以免炎症扩散或阑尾穿孔。

3· 病情观察 观察病人腹部症状和体征的变化、白细胞计数和中性粒细胞的变化及有无出现各种并发症:□如病人体温明显升高,脉搏呼吸增快,或血白细胞计数和中性粒细胞比例持续升高,或腹痛加剧且范围明显扩大,或者出现严重腹膜刺激征,说明病情加重,应立即手术;□如腹痛突然减轻,可能是阑尾梗

阻解除，病情好转的表现，也可能是阑尾坏疽穿孔的表现，此时注意有无明显的腹膜刺激征和全身感染中毒症状。□若阑尾周围脓肿范围逐渐增大，全身中毒症状不断加重，及时报告医生，考虑手术引流。□及时发现急性弥漫性腹膜炎、腹腔脓肿、门静脉炎等并发症，并协助医生进行处理。

4·遵医嘱应用广谱抗生素和抗厌氧菌等药物，注意观察药物疗效及副作用。

(二) 术后护理

1·病人回病房给予平卧位，麻醉平稳、血压平稳后，采用半卧位。鼓励病人早期下床活动，促进肠蠕动恢复，防止肠粘连。轻者手术当天即可下床活动；重者进行床上活动，待病情稳定后及早下床活动。

2·术后暂禁食，合并弥漫性腹膜炎者，行胃肠减压，静脉补液，待胃肠蠕动恢复、肛门排气后进流食；次日给半流食；术后第5~6天后进软食。

3·观察病情：注意观察生命体征，及时发现并协助处理术后并发症。

4·并发症护理 □内出血：术后发现病人面色苍白、脉速，提示手术后腹腔内出血，立即给予补液、输血，做好急诊术前准备，再次手术止血。□切口感染：立即拆除缝线，引流伤口，正确换药促使其愈合。□粪瘘：一般采用保守治疗和按肠瘘常规护理后，多数病人可自行愈合，如病程超过3个月仍未愈合，考虑手术。□粘连性肠梗阻：参见本章第五节肠梗阻病人的护理。

(三) 健康指导

1·指导病人注意饮食卫生，避免暴饮暴食、生活不规律、过度疲劳和腹部受凉等因素；及时治疗急性胃肠炎等疾病；预防慢性阑尾炎急性发作或防止手术后粘连性肠梗阻。

2·阑尾周围脓肿病人出院时，嘱病人3个月后再做阑尾切除术；发生急、慢性腹痛、恶心呕吐等腹部症状，及早就诊。

【护理评价】

病人疼痛是否减轻，体温是否维持正常，有无发生并发症或并发症是否能得到及时发现和正确处理。

第七节 肠梗阻病人的护理

肠梗阻(intestinal obstruction)是指肠内容物由于各种原因不能正常运行、顺利通过肠道，是常见的外科急腹症之一。

1·分类

(1) 按肠梗阻发生的原因分类

1) 机械性肠梗阻(mechanical intestinal obstruction)：是各种机械性原因导致的肠腔变窄而使肠内容物通过障碍。临床以此种类型最常见。主要包括：□肠腔堵塞：如结石、粪块、寄生虫、异物等。□肠管受压：如肠扭转、腹腔肿瘤压迫、粘连引起肠管扭转、腹外疝或腹内疝等。□肠壁病变：如肠肿瘤、肠套叠、先天性肠道闭锁等。

2) 动力性肠梗阻(dynamic intestinal obstruction)：是由于神经反射或毒素刺激引起肠壁肌肉功能障碍，使肠内容物无法正常通过。可分为：□麻痹性肠梗阻(paralytic intestinal obstruction)：见于急性腹膜炎、腹内手术、低钾血症等。□痉挛性肠梗阻(spastic intestinal obstruction)：持续时间短且少，可继发于尿毒症、重金属中毒和肠功能紊乱等。

3) 血运性肠梗阻(ischemic intestinal obstruction)：是由于肠管局部血供障碍致使肠道功能受损、肠内容物通过障碍。较少见。如肠系膜血栓形成、栓塞或血

管受压等。

(2) 按肠壁血运有无障碍分类

1) 单纯性肠梗阻 (simple intestinal obstruction)：只是肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍。

2) 绞窄性肠梗阻(strangulated intestinal obstruction)：是指梗阻并伴有肠壁血运障碍。除血运性肠梗阻外，还常见于绞窄疝、肠套叠、肠扭转等。

(3) 按梗阻的部位分类：分为高位（如空肠上段）和低位（如回肠末端和结肠）肠梗阻。

(4) 按梗阻的程度分类：分为完全性和不完全性肠梗阻。

(5) 按梗阻发生的病程分类：分为急性和慢性肠梗阻。

上述肠梗阻的类型并非固定不变，随着病情的发展，某些类型的肠梗阻在一定条件下可以互相转换。

2. 病理生理

(1) 局部变化：急性肠梗阻时，初期梗阻以上肠段蠕动增强，以克服阻力，推动肠内容物通过梗阻部位，肠腔积气、积液导致肠管膨胀。梗阻以下肠管则空虚、瘪陷或仅存少量粪便。肠管膨胀又可影响肠壁微循环，抑制肠液的吸收，从而加剧气、液的积聚。梗阻时间越长、部位越低，肠膨胀越显著。随着梗阻近端肠腔迅速膨胀，肠壁压力不断升高并压迫肠管，最初主要为静脉回流受阻，肠壁水肿、充血，失去正常光泽，呈暗红色，出现散在出血点，腹腔和肠腔内有血性渗出液；若肠腔内压力继续升高，可引起动脉血运受阻，肠壁失去活力，呈紫黑色；最终肠管坏死、破溃穿孔。慢性肠梗阻时，可引起近端肠腔扩张、肠壁肥厚，多无血运障碍。

(2) 全身变化

1) 体液丧失：肠梗阻发生后，由于不能进食及频繁呕吐，大量丢失胃肠道液体，尤以高位肠梗阻为甚。低位肠梗阻时，这些液体不能被吸收而潴留在肠腔内，同时由于组织缺氧，毛细血管通透性增加，致使液体自肠壁渗透至肠腔和腹腔，等于丢失于体外。体液的丢失伴随着电解质的丢失，高位性肠梗阻因严重呕吐丢失了大量胃酸和氯离子，可引起代谢性碱中毒；低位性肠梗阻由于钠、钾离子丢失多于氯离子，并且在脱水 and 缺氧的情况下，酸性代谢产物剧增，可引起严重的代谢性酸中毒，临床较多见。

2) 感染和中毒：由于梗阻以上的肠腔内细菌繁殖并产生大量毒素，同时肠壁通透性增强，细菌和毒素可以透过肠壁引起腹腔内感染，经腹膜吸收引起全身性感染和中毒。

3) 呼吸和循环功能障碍：肠腔大量积气、积液引起腹内压升高，膈肌上抬，影响肺的通气及换气功能；腹内压的增高阻碍了下腔静脉血的回流，而大量体液的丧失，血液浓缩、电解质紊乱、酸碱平衡失调及细菌的大量繁殖、毒素的释放等均可导致微循环障碍，严重者可导致多器官功能衰竭。

【护理评估】

(一) 健康史

重点评估病人有无引起肠梗阻的危险因素，如询问病人有无腹部手术或外伤史，有无腹外疝、腹腔感染、肿瘤病史或有无习惯性便秘等。

(二) 身体状况

1. 各类型肠梗阻的共同表现

(1) 症状

1) 腹痛：单纯机械性肠梗阻的特点是阵发性绞痛，这是由于梗阻部位以上的肠管剧烈蠕动引起的。疼痛发作时，病人自觉腹内有“气块”窜动，并受阻于某一部位，即梗阻部位，此刻绞痛最为剧烈，难以忍受。随病情的进一步发展，可演变为绞窄性肠梗阻，表现为腹痛间歇期缩短，呈持续性剧烈腹痛。麻痹性肠梗阻表现为全腹持续性胀痛。

2) 呕吐：与肠梗阻发生的部位、类型有关。早期呕吐多为反射性，呕吐物以胃液及食物为主。高位性肠梗阻呕吐出现早且频繁，呕吐物主要为胃液、十二指肠液、胆汁；低位性肠梗阻呕吐出现迟而少，呕吐物呈粪样；麻痹性肠梗阻的呕吐呈溢出性；绞窄性肠梗阻的呕吐物为血性或棕褐色液体。

3) 腹胀：程度与梗阻部位有关，症状发生时间较腹痛和呕吐迟。高位性肠梗阻由于呕吐频繁，腹胀较轻；低位性肠梗阻腹胀明显；绞窄性肠梗阻腹胀多为不对称；麻痹性肠梗阻则表现为均匀性全腹胀。

4) 停止排便排气：完全性肠梗阻者多停止排便排气，但在高位性肠梗阻早期，由于梗阻以下肠腔内仍残存粪便气体，可在灌肠后或自行排出，故不应因此排除肠梗阻。不完全性肠梗阻可有数次少量排便排气；绞窄性肠梗阻可排血性粘液样便。

(2) 体征

1) 局部：视诊：机械性肠梗阻可见腹部膨隆、肠型和异常蠕动波；绞窄性肠梗阻时可见不对称性腹胀；麻痹性肠梗阻则腹胀均匀。触诊：单纯性肠梗阻时可有轻度压痛但无腹膜刺激征；绞窄性肠梗阻时可有固定压痛和腹膜刺激征。叩诊：麻痹性肠梗阻全腹呈鼓音；绞窄性肠梗阻腹腔有渗液时，可有移动性浊音。听诊：机械性肠梗阻者肠鸣音亢进，有气过水声或金属音；麻痹性肠梗阻者肠鸣音减弱或消失。

2) 全身：肠梗阻病人由于体液丢失可出现相应的脱水体征，如皮肤弹性差、眼窝凹陷、尿少等。严重缺水或绞窄性肠梗阻时，可出现脉搏细速、血压下降、面色苍白、四肢发凉等休克征象。

2. 几种常见机械性肠梗阻的表现特点

(1) 粘连性肠梗阻(intestinal obstruction due to adhesion)：是肠粘连或腹腔内粘连带压迫所致的肠梗阻，较为常见。主要病因是腹部手术造成腹腔内出血、损伤、感染和带入异物等因素，其次是腹腔内炎症、损伤、肿瘤等因素所致。肠粘连并非都引起肠梗阻，多有其诱发因素，如饮食不当、剧烈活动、体位突然改变等，使肠袢重量增加，肠袢被拉成锐角而导致梗阻。急性粘连性肠梗阻主要是机械性肠梗阻的表现，多数为单纯性，可以是不完全性或完全性梗阻，少数为绞窄性。

(2) 肠扭转(volvulus)：是一段肠管沿其系膜长轴旋转而造成的闭袢性肠梗阻。同时肠系膜血管受压，也是绞窄性肠梗阻。因肠扭转发生的部位不同，其临床表现各有特点。

小肠扭转：多见于青壮年，常在饱餐后立即进行剧烈活动而发病。起病急骤，表现为突发剧烈腹部绞痛，多在脐周围，常为持续性疼痛伴阵发性加重，病人往往不敢平卧，喜取膝胸位或蜷曲侧卧位，呕吐频繁，腹胀不明显，早期即出现休克。腹部可触及有压痛的肠袢。腹部 X 线检查符合绞窄性肠梗阻的表现。

乙状结肠扭转：多见于男性老年人，常有便秘习惯。临床表现除有腹部绞痛外，有明显腹胀，而呕吐一般不明显。若低压灌肠，往往不足 500ml 便不能灌入。钡剂灌肠 X 线检查见扭转部位钡剂受阻，尖端呈“鸟嘴”状。

(3) 肠套叠 (intussusception) :一段肠管套入其邻近肠管腔内称为肠套叠。也容易形成绞窄性肠梗阻。

原发性肠套叠 (急性肠套叠) :好发于 2 岁下的儿童,常与饮食性质改变引起的肠功能紊乱有关。最多见的为回肠末端套入结肠。肠套叠的三大典型症状是腹痛、血便和腹部肿块,表现为突然发生剧烈的阵发性腹痛,患儿哭闹不安、面色苍白、出汗、伴有呕吐和果酱样血便,腹部检查可扪及腊肠形肿块。空气灌肠显示空气在结肠内受阻。

(4) 蛔虫性肠梗阻 (ascaris intestinal obstruction) :是一种单纯机械性肠梗阻。多见于儿童,农村发病率较高。驱虫不当常为诱因,临床表现为阵发性脐周腹痛,伴呕吐,腹胀不明显,腹部可扪及条索状团块,肠鸣音可亢进或正常。

(三) 心理-社会状况

因急性肠梗阻多起病急骤,病情较重,病人忍受病痛折磨,常产生不同程度的焦虑或恐惧表现,如易躁易怒、忧郁、哭泣等;对手术及预后的顾虑,尤其是粘连性肠梗阻反复多次发作,或多次手术,常使病人情绪消沉、悲观失望,甚至不配合治疗与护理。

(四) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血常规:肠梗阻病人出现脱水、血液浓缩时可出现血红蛋白、血细胞比容及尿比重升高。绞窄性肠梗阻多有白细胞计数和中性粒细胞比例升高。

(2) 血气分析及血清电解质检查:可了解电解质酸碱失衡的情况。

2. X 线检查 一般在肠梗阻发生 4~6 小时,X 线立位平片可见胀气肠袢及多数阶梯状液平面;空肠胀气可见“鱼类骨刺”状的环形黏膜纹。绞窄性肠梗阻,可见孤立、突出胀大的肠袢,不因时间而改变位置。

(五) 治疗要点

1. 非手术治疗 胃肠减压;纠正水、电解质紊乱及酸碱失衡;防治感染和中毒;中医中药治疗;低压空气或钡灌肠复位法。

2. 手术治疗 肠粘连松解术;肠切开取除异物;肠套叠或肠扭转复位术;肠切除肠吻合术;短路手术;肠造口或肠外置术。

【护理诊断及合作性问题】

1. 急性疼痛 (acute pain) 与肠蠕动增强或肠壁缺血、手术创伤有关。

2. 体液不足 (deficient fluid volume) 与频繁呕吐、肠腔内大量积液及胃肠减压有关。

3. 低效性呼吸型态 (ineffective breathing pattern) 与肠膨胀致膈肌抬高及腹痛有关。

4. 潜在并发症 (potential complication) 肠坏死、水电解质及酸碱平衡紊乱、休克、MODS、切口感染或裂开、腹腔脓肿、肠瘘、肠粘连等。

【护理目标】

病人疼痛缓解,体液维持平衡,呼吸困难状况缓解,未发生并发症或并发症能及时发现并正确处理。

【护理措施】

(一) 非手术疗法及术前护理

1. 体位 当病人生命体征稳定时,可采取半卧位,使膈肌下降,有利于病人呼吸、循环系统功能的改善。

2. 饮食护理 肠梗阻病人应禁食。在梗阻缓解后 12 小时后方可试进少量流

质，但忌甜食和牛奶，以免引起肠胀气，48 小时后试进半流质，以后逐渐过渡为软质及普食。

3· 胃肠减压 胃肠减压是治疗肠梗阻的重要措施之一，应及早使用。通过胃肠减压吸出胃肠道内的积气积液，减轻腹胀，降低肠腔压力，改善肠壁血液循环，同时减少肠内细菌和毒素，有利于改善局部和全身情况。在胃肠减压期间应观察和记录引流液的颜色、性状和量，如发现血性液体应考虑有绞窄性肠梗阻的可能。

4· 记录出入液量及合理输液 肠梗阻病人应密切观察并记录呕吐量、胃肠减压量及尿量。结合病人脱水程度、血清电解质和血气分析结果合理输液，必要时输血，以维持水、电解质及酸碱平衡。积极改善病人全身营养状况，保证输液的通畅，并观察输液后反应。

5· 防治感染和解痉止痛 遵医嘱正确使用有效抗生素，同时注意观察用药效果及药物的副作用。对腹部绞痛明显的肠梗阻病人，若无肠绞窄，可使用阿托品等抗胆碱类药物解除胃肠道平滑肌痉挛，以缓解腹痛。但禁用吗啡类镇痛剂，以免掩盖病情，延误治疗时机。

6· 严密观察病情，定时测量病人的体温、脉搏、呼吸、血压，并详细记录；严密观察病人的腹部症状、体征及全身情况。若病人出现下列情况之一时，提示有绞窄性肠梗阻的可能，多需紧急手术治疗，应及时报告医师并做好手术前准备工作：
□腹痛发作急骤，起始即为持续性剧烈疼痛，或在阵发性腹痛间隙期间仍有持续性疼痛。肠鸣音可不亢进。有时出现腰背部痛，呕吐出现早、剧烈而频繁。
□病情发展迅速，早期出现休克，抗休克治疗后改善不显著。
□有明显的腹膜刺激征，体温上升、脉率增快、血白细胞计数及中性粒细胞比例增高。
□腹胀不对称，腹部有局部隆起或扪及有压痛的肿块。
□呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物为血性，或腹腔穿刺抽出血性液体。
□经积极的非手术治疗症状体征无明显改善。
□腹部 X 线检查显示孤立、突出胀大的肠袢，不因时间而改变位置，或有假肿瘤阴影。

(二) 术后护理

1· 体位 病人血压平稳后，取半卧位。

2· 饮食 术后禁食，通过静脉补充营养。待肠蠕动恢复、肛门排气后，可拔除胃肠减压管，开始进少量流质，若无不适，逐步过渡至半流质及普食。应提供易消化的高蛋白、高热量和高维生素的食物。

3· 观察病情 观察生命体征；观察有无腹痛、腹胀、呕吐及肛门排气；观察伤口敷料及引流情况；观察有无切口感染、肠痿等并发症发生。

4· 鼓励病人早期活动，床上勤翻身，病情允许时，早期下床活动，促进肠蠕动恢复，防止肠粘连。

5· 防治感染 遵医嘱应用抗生素

(三) 健康指导

1· 注意饮食卫生，避免暴饮暴食。避免饭后进行剧烈活动。

2· 保持大便通畅。

3· 如有腹痛、腹胀等不适，及时就诊。

【护理评价】

病人疼痛是否缓解，体液是否维持平衡，呼吸困难状况是否缓解，有无发生并发症或并发症是否能及时发现并正确处理。

第八节 结、直肠癌病人的护理

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/905343021202011344>