

国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材

全国卫生职业教育教材建设指导委员会“十二五”规划教材

全国高职高专院校教材

内科护理学

供护理、助产专业用

NURSING



《内科护理学》 ----- 消化系统疾病病人的护理

第一节 消化系统疾病常见症状体征的护理

主要内容

消化系统概述

呕心与呕吐

腹 痛

便秘与腹泻

黄 疸

护 理 评 估

常见护理诊断 / 问题

护 理 目 标

护 理 措 施

护 理 评 价



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

重点和难点

重点

常见症状体征的评估特点和护理措施

难点

常见症状体征的发生机制

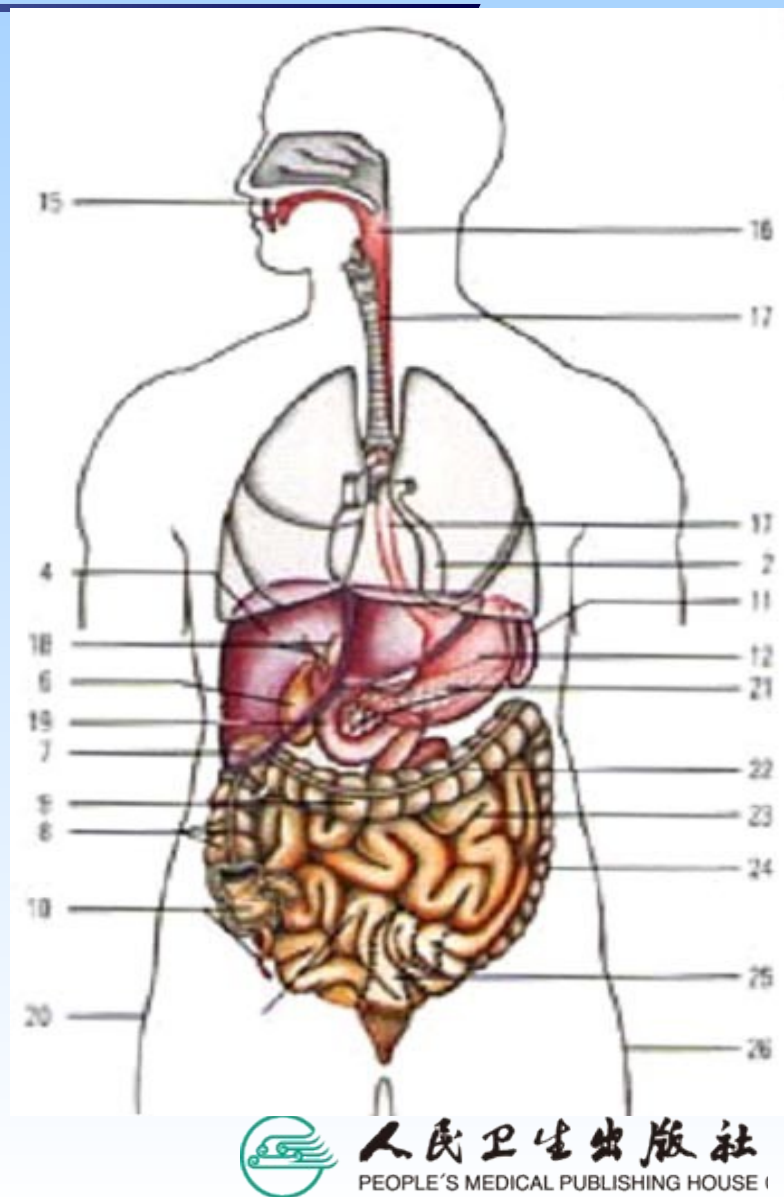


人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

消化系统概述

- ❖ **组成**：消化管和消化腺组成。
前者包括口腔、咽、食管、胃、肠和肛门；后者包括唾液腺、肝、胰和消化管内的黏膜腺
- ❖ **功能**：是摄取和消化食物、吸收营养及排泄废物，为机体新陈代谢提供物质和能量来源。还有内分泌、防御和免疫功能



一、呕心与呕吐

- ❖ 恶心 (nausea) 为上腹部不适、紧迫欲吐的感觉，伴有迷走神经兴奋的症状，如皮肤苍白、出汗、流涎、血压降低及心动过缓等。
- ❖ 呕吐 (vomit) 是通过胃的强烈收缩迫使胃或部分小肠的内容物经食管、口腔而排出体外的现象。



【护理评估】

（一）健康史

- ◆ 消化系统常见疾病：胃炎、消化性溃疡并发幽门梗阻、胃癌、胆囊炎、胰腺炎、肝炎、腹膜炎、肠梗阻及胃肠道功能紊乱等。
- ◆ 脑部疾病：脑出血、脑炎、脑部肿瘤等。
- ◆ 全身代谢性疾病：甲亢、尿毒症及糖尿病酮症酸中毒、前庭神经病、乙醇、一氧化碳及有机磷农药等中毒、精神因素。



【护理评估】

（二）身体状况

1. 恶心与呕吐特点

- ◆ 上消化道出血时呕吐物呈咖啡色甚至鲜红色。
- ◆ 消化性溃疡并发幽门梗阻时呕吐常在餐后发生，呕吐量大，呕吐物为酸性宿食。
- ◆ 低位肠梗阻时呕吐物带粪臭味。
- ◆ 急性胰腺炎出现频繁剧烈的呕吐，吐出胃内容物甚至胆汁。



【护理评估】

（二）身体状况

2. 评估要点

- ◆ 询问恶心与呕吐发生的时间、频率、诱因、与进食的关系。
- ◆ 评估病人的生命体征、神志、营养状况；有无失水表现。
- ◆ 有无腹胀、腹肌紧张、压痛、反跳痛，其部位、程度；肠鸣音是否正常。



【护理评估】

（三）心理 - 社会状况

- ◆ 一般疾病引起的恶心与呕吐，病人不会表现出明显的心理反应，可能仅出现紧张。
- ◆ 病情严重，长期反复恶心与呕吐，出现烦躁不安，甚至焦虑和恐惧的心理。
- ◆ 癌症病人化疗期间，由于化疗药物对胃肠道的刺激作用，病人会表现不同程度的恶心与呕吐，病人要承受疾病和治疗双重痛苦，出现焦虑、恐惧、抑郁、悲观等心理反应。



【护理评估】

（四）辅助检查

了解呕吐物毒物分析、细菌培养和水、电解质、酸碱平衡等各项检查结果有无异常。



【常见护理诊断 / 问题】

1. 有体液不足的危险 与大量呕吐导致失水有关。
2. 潜在并发症 窒息。



【护理目标】

1. 病人生命体征在正常范围内，水、电解质代谢和酸碱平衡正常。
2. 病人呕吐减轻或停止，逐步恢复进食，活动耐力改善或恢复。
3. 病人没有发生窒息并发症，或能及时发现并处理。



【护理措施】

（一）一般护理

1. 体位 呕吐时协助病人坐起或侧卧位，头偏向一侧。意识障碍病人，尽可能吸净口腔呕吐物，避免误吸，发生窒息。
2. 饮食护理 进食高能量、高蛋白、富含维生素及易于消化的饮食，补充水分。食物应清淡易消化、少量多餐，流质或半流质饮食。
3. 环境 保持室内整洁安静、空气清新。对情绪不稳定的病人，安排单独的房间或小房间，以避免加重病情。



【护理措施】

（二）病情观察

- ◆ 呕吐的时间、次数、方式；呕吐物的量、颜色、气味及成分等；是否出现失水征象。
- ◆ 监测生命体征；监测每日的出入液体量、尿比重及体重；监测血清电解质和酸碱平衡状态。



【护理措施】

（三）心理护理

1. 指导病人深呼吸、转移注意力等放松技术，减轻焦虑的方法。
2. 与病人及家属及时沟通和交流；以热情、关心和支持的态度认真倾听病人及家属的主诉和要求。
3. 帮助病人树立战胜疾病的信心。



【护理评价】

病人是否：

- ① 病人呕吐减轻或停止，能够正常进食，活动耐力改善。
- ② 生命体征在正常范围内，水、电解质代谢和酸碱平衡正常。
- ③ 发生窒息并发症，或发生后得到及时的处理。



一、腹痛

- ❖ 腹痛 (abdominal pain) 是局部的感觉神经纤维受到炎症、缺血、损伤及理化因子等因素刺激后，产生冲动传至痛觉中枢，所产生的疼痛感。
- ❖ 临床上一般按起病急缓、病程长短将腹痛分为急性腹痛 (acute abdominal pain) 与慢性腹痛 (chronic abdominal pain)。



【护理评估】

（一）健康史

- ◆ 消化系统疾病，如胃炎、肠炎、胰腺炎及胃、十二指肠溃疡、胆囊炎、阑尾炎、肠梗阻、肠套叠、胆道结石、胆道蛔虫症、肠扭转、肠绞窄、肝破裂及脾破裂、胃癌、肝癌等；
- ◆ 腹外脏器疾病，如急性心肌梗死、下叶肺炎及泌尿系统结石梗阻和全身性疾病如糖尿病酮症酸中毒、腹型过敏性紫癜及尿毒症等。



【护理评估】

（二）身体状况

1. 腹痛的特点

- ◆ 腹痛可表现为隐痛、钝痛、灼痛、胀痛、刀割样痛、钻痛或绞痛等，可为持续性或阵发性疼痛。
- ◆ 胃、十二指肠疾病引起的腹痛多为中上腹部隐痛、灼痛或不适感，伴厌食、恶心、呕吐、暖气、反酸等。



【护理评估】

（二）身体状况

1. 腹痛的特点

- ◆ 小肠疾病疼痛多在脐部或脐周，并有腹泻、腹胀等表现；
- ◆ 急性胰腺炎常出现上腹部剧烈疼痛，为持续性钝痛、钻痛或绞痛，并向腰背部呈带状放射；
- ◆ 急性腹膜炎时疼痛弥漫全腹，腹肌紧张，有压痛、反跳痛。



【护理评估】

（二）身体状况

2. 评估要点

- ◆ 腹痛的部位、程度、性质以及与体位和进食的关系；
- ◆ 生命体征、神志、神态、体位、营养状况，以及有关疾病的相应体征，如腹痛伴黄疸提示胰腺、胆道系统疾病，腹痛伴休克与腹腔脏器破裂、急性胃肠穿孔、急性出血坏死性胰腺炎、急性心肌梗死等有关。



【护理评估】

（三）心理 - 社会状况

- ◆ 急性腹痛的病人起病急，病情重，病人缺乏心理准备，会出现紧张、焦虑和恐惧，而紧张、焦虑和恐惧又会加重腹痛；
- ◆ 慢性腹痛，由于疼痛时间长，病人对疼痛有一定耐受性，但是由于担心疾病的治疗效果和预后，病人往往会表现出焦虑、抑郁甚至悲观和轻生的心理反应。



【护理评估】

（四）辅助检查

◆ 了解血、尿、便常规检查，血液生化检查、腹腔穿刺液的常规及生化检查等结果有无异常。

◆ 评估 X 线、超声与 CT、内镜检查，有助于病因的判断。



【常见护理诊断 / 问题】

1. 疼痛 腹痛与胃肠道炎症、溃疡及肿瘤等病变累及脏器包膜、腹膜壁层或腹部（内脏）的感觉神经有关。
2. 焦虑 与剧烈腹痛、反复或持续腹痛不易缓解有关。



【护理目标】

1. 病人自觉疼痛逐渐减轻或消失。
2. 病人焦虑程度有效缓解。



【护理措施】

（一）一般护理

1. 休息与体位 腹痛病人应卧床休息，协助病人采舒适体位。
2. 饮食护理 急性腹痛未明确诊断时应禁食，必要时遵医嘱胃肠减压。根据病情指导病人合理饮食。



【护理措施】

（二）疼痛护理

1. 急性腹痛 安置病人卧床休息，协助病人取屈曲位，以使腹肌松弛，减轻疼痛；指导病人合理饮食；用放松疗法、音乐疗法等转移病人注意力，以缓解疼痛。必要时遵医嘱用药。



【护理措施】

（二）疼痛护理

2. 慢性腹痛

- ① 转移注意力：让病人回忆一些有趣的往事、谈话、深呼吸、听音乐等转移注意力。
- ② 局部热疗法：局部应用热水袋进行热敷。
- ③ 行为疗法：用放松技术、冥想、生物反馈等。
- ④ 针灸止痛：根据不同疾病和疼痛部位，选择针灸穴位，如内关、足三里、中脘等。



【护理措施】

（二）疼痛护理

3. 癌性腹痛

癌性腹痛是多种机制共同作用，多为逐渐加重，且持续时间长。因此，控制癌性腹痛尤为重要。WHO 推荐的三阶梯止痛疗法控制癌痛的方案，选用止痛药物由弱到强，逐渐递增。



【护理措施】

（二）疼痛护理

3. 癌性腹痛

三阶段止痛疗法

阶 段	治 疗 药 物
轻度疼痛	非阿片类止痛药 ± 辅助药物
中度疼痛	弱阿片类药物 ± 非阿片类止痛药 ± 辅助药物
重度疼痛	强阿片类药物 ± 非阿片类止痛药 ± 辅助药物



【护理措施】

（二）疼痛护理

3. 癌性腹痛

- ◆PCA：该方法是用计算机化的注射泵，经由静脉、皮下或椎管内连续性输注止痛药。
- ◆其他：指导病人腹式呼吸、肌肉松弛训练、自我暗示、沐浴、进行体育活动等方法转移病人注意力，尽量使病人放松，从而到达止痛目的。



【护理措施】

（三）病情观察

- ◆ 病人腹痛的部位、性质及程度，发作的时间、频率和持续时间。
- ◆ 病人生命体征、意识状态、病情变化以及有无并发症出现。



【护理措施】

（四）用药护理

必要时遵医嘱应用解痉止痛药物，应根据病情、疼痛性质和程度选择性给药。用药过程中密切观察药物的不良反应，及时发现及时处理。在病情没有明确之前，严禁随意使用任何镇痛药物，尤其是吗啡和杜冷丁等，以免掩盖症状。



【护理措施】

（五）心理护理

- ◆ 稳定病人情绪，有针对性的进行心理疏导，使其减轻紧张、恐惧的心理，使其精神放松，从而减轻疼痛或消除疼痛；
- ◆ 对于慢性腹痛，鼓励病人战胜疾病的决心和信心，通过自我暗示、听音乐、读书、肌肉松弛训练等各种方法分散病人对疼痛的注意。



【护理评价】

病人是否：

- ① 自觉疼痛逐渐减轻或消失。
- ② 焦虑程度有效缓解。



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

三、便秘与腹泻

- ❖ 便秘 (astriction) 是指排便次数少或排便困难、不畅、粪便干结、太硬、量少，是一种常见的症状，严重者影响生活质量。
- ❖ 腹泻 (diarrhea) 是指排便次数多于平日习惯的频率，粪质稀薄。



【护理评估】

（一）健康史

- ◆ 器质性疾病，如慢性结肠梗阻、大肠肿瘤、肠麻痹等。
- ◆ 病人的排便习惯、饮食习惯；情绪紧张或焦虑。
- ◆ 询问是否存在引起腹泻的病因，如细菌性痢疾、霍乱、病毒性肠炎、阿米巴痢疾和急性中毒。



【护理评估】

（一）健康史

- ◆ 是否服用某些药物，如利血平、新斯的明及洋地黄类药物。
- ◆ 是否存在变态反应性肠炎、溃疡性结肠炎、肠道肿瘤、胰腺疾病及肝胆疾病；是否伴有全身性疾病，如甲亢、糖尿病性肠病、尿毒症及神经功能性腹泻；不洁饮食史。



【护理评估】

（二）身体状况

1. 便秘与腹泻特点

- ◆ 便秘病人排便次数 < 3 次 / 周，严重者长达 $2 \sim 4$ 周才便一次。表现排便困难，排便时间长，粪便硬、量少。
- ◆ 急性感染性腹泻，每天排便次数 10 次以上，如细菌性痢疾，黏液血便或脓血便；阿米巴痢疾的粪便呈暗红色或果酱样；小肠病变引起的腹泻，粪便呈糊状或水样；结肠病变引起的腹泻，粪便中含较多黏液，量少。



【护理评估】

（二）身体状况

2. 评估要点

- ◆ 腹泻发生的时间、起病原因或诱因、病程长短。
- ◆ 粪便的性状、次数和量、气味和颜色。
- ◆ 便秘的症状、病程及特点、病人多长时间排便一次、每次排便时间、粪便性状和量。
- ◆ 病人是否有里急后重、恶心与呕吐、发热等伴随症状；有无口渴、疲乏无力等脱水表现。



【护理评估】

（三）心理 - 社会状况

频繁腹泻影响正常的工作和社会活动，使人产生自卑心理。应评估病人有无自卑、忧虑、紧张等心理反应，病人的便秘与腹泻是否与其心理精神状态有关。



【护理评估】

（四）辅助检查

- ◆ 新鲜粪便标本显微镜、细菌学、血生化检查等。
- ◆ 了解有无水、血清电解质、酸碱平衡紊乱。
- ◆ 了解 X 线检查、消化道内镜检查结果有无异常。



【常见护理诊断 / 问题】

1. 便秘 与肠蠕动减慢或药物不良反应引起排便不畅有关。
。
2. 腹泻 与肠道疾病或全身性疾病有关。
3. 有体液不足的危险：与大量腹泻引起失水有关。



【护理目标】

1. 病人腹泻及其不适减轻或消失。
2. 便秘病人能够正常排便。
3. 病人的生命体征、尿量、血液生化检查指标在正常范围。



【护理措施】

（一）一般护理

1. 休息与活动 以适当活动。全身状况欠佳或衰弱的便秘病人，应鼓励适量活动，有能力病人应参与运动锻炼。
2. 饮食护理 鼓励便秘病人多饮水，多食粗纤维丰富的食物。腹泻病人以少渣、易消化食物为主，避免生冷、多纤维、刺激性强的食物。



【护理措施】

（二）对症护理

1. 预防便秘

- ① 避免进食过少或食品过于精细、缺乏残渣。
- ② 避免排便习惯受到干扰。
- ③ 避免滥用泻药。
- ④ 合理安排生活和工作，做到劳逸结合。



【护理措施】

（二）对症护理

1. 预防便秘

- ⑤ 养成良好的排便习惯，每日定时排便。
- ⑥ 每天至少喝 6 杯 250ml 的水，进行中等强度的锻炼。
- ⑦ 及时治疗肛裂、肛周感染、子宫附件炎等疾病，不要使用洗肠等强烈刺激方法。



【护理措施】

（二）对症护理

2. 肛周护理

排便频繁时，因粪便刺激，肛周皮肤易损伤，引起糜烂及感染。因此，排便后用温水清洗肛周，保持清洁干燥，涂无菌凡士林或抗生素软膏，保护肛周皮肤。

。



【护理措施】

（三）病情观察

- ◆ 便秘与腹泻病人伴随症状、肛周皮肤、身体活动情况、意识状态等。
- ◆ 便秘与腹泻病人的排便情况、血生化指标、生命体征变化、尿量、皮肤颜色、弹性等。



【护理措施】

（四）用药护理

- ◆ 腹泻以病因治疗为主。应用止泻药时，观察病人排便情况，腹泻得到控制后及时停药。
- ◆ 应用解痉剂，如阿托品时，注意药物不良反应，如口干、视力模糊、心动过速等。便秘病人应严格按医嘱用药，不随意用泻药，如有发热、恶心或腹痛时，禁用止泻药，以防肠蠕动变慢。
- ◆ 肠道有炎症，给生理盐水灌肠。



【护理措施】

（五）心理护理

- ◆ 慢性便秘或腹泻治疗效果不明显时，病人往往对预后感到担忧。
- ◆ 纤维结肠内镜等检查有一定痛苦，评估病人心理状况，稳定病人情绪，鼓励病人积极配合检查和治疗。
- ◆ 疏导病人紧张、焦虑心理，使其情绪稳定、放松。



【护理评价】

病人是否：

- ① 腹泻减轻或消失。
- ② 排便正常。
- ③ 生命体征、尿量、血液生化检查指标在正常范围。



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

四、黄疸

- ❖ 黄疸 (jaundice) 是由于血清中胆红素浓度增高，使巩膜、皮肤、黏膜以及其他组织和体液发生黄染的现象。
- ❖ 胆红素在 $17.1 \sim 34.2\mu\text{mol/L}$ 时，临床上不易察觉黄疸，称为隐性黄疸；
- ❖ 胆红素值超过 $34.2\mu\text{mol/L}$ 时出现的黄疸，称为显性黄疸。
- ❖ 常分为肝细胞性黄疸、胆汁淤积性黄疸和溶血性黄疸。



【护理评估】

（一）健康史

- ◆ 病人是否存在消化系统疾病，如肝炎、肝硬化、胆道阻塞。
- ◆ 是否存在溶血性疾病、不同血型输血导致的溶血等。
- ◆ 有无家族性遗传疾病。



【护理评估】

（二）身体状况

1. 黄疸特点

- ① 溶血性黄疸：一般为轻度黄疸，呈浅柠檬色，不伴皮肤瘙痒。
- ② 肝细胞性黄疸：皮肤、粘膜浅黄至深金黄色，常有轻度皮肤瘙痒。



【护理评估】

（二）身体状况

1. 黄疸特点

- ③ 梗阻性黄疸：黄疸较重，皮肤呈暗黄色，完全梗阻者颜色更深，可呈黄绿色或黄褐色，有皮肤瘙痒和心动过缓。尿液浓茶色，粪便颜色白陶土色，常伴有出血倾向。



【护理评估】

（二）身体状况

2. 评估要点

- ◆ 评估病人生命体征、意识状态以及有关疾病的相应体征。
- ◆ 病人皮肤、黏膜和巩膜有无黄染，以及黄染的程度和范围、尿液和粪便的颜色。
- ◆ 病人是否有皮肤瘙痒。



【护理评估】

（三）心理 - 社会状况

- ◆ 黄疸严重时，影响病人正常的工作和社会活动，其外貌易使病人产生自卑感、忧虑、紧张等心理反应。
- ◆ 由于溶血或肝脏疾病引起黄疸，病人由于担心治疗效果和预后，往往会出现焦虑、抑郁、恐惧等心理问题。



【护理评估】

（四）辅助检查

- ◆ 血清总胆红素和直接胆红素，以及尿胆红素、尿胆原、肝功能等检查；
- ◆ 了解有关溶血性疾病的各种血液学检查，如红细胞脆性试验、自身溶血试验、抗人球蛋白试验等。



【常见护理诊断 / 问题】

1. 有皮肤完整性受损的危险 与胆汁淤积性黄疸致皮肤瘙痒有关。
2. 体像紊乱 与黄疸所致外形改变有关。



【护理目标】

1. 病人皮肤瘙痒感减轻或消失，皮肤完整性良好。
2. 病人能够调整心理状态，积极参与工作和社会活动。



【护理措施】

（一）一般护理

1. 休息与活动 黄疸病人均需休息，尤其肝炎所致黄疸者，患者必须卧床休息。如果有出现躁动不安病人可设床栏并遵医嘱准确及时的给予镇静剂。



【护理措施】

（一）一般护理

2. 饮食护理

- ① 肝病患者，除肝性脑病限制蛋白质外，原则上给予高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪饮食。避免进食过多脂肪，禁烟酒。伴有腹水者，限制钠盐和水的摄入。
- ② 胆道疾病病人，给予低脂饮食。



【护理措施】

（二）皮肤护理

- ◆ 阻塞性黄疸常伴皮肤瘙痒，瘙痒部位多见于手掌及跖部，以夜间及温暖时加重。
- ◆ 病人每天用温水洗浴或擦浴，选择清洁、柔软、吸水性强的棉质衣裤，剪短指甲，必要时戴手套，预防搔抓引起继发感染。
- ◆ 严重瘙痒者，给予 2% ~ 3% 碳酸氢钠溶液外涂，或遵医嘱口服抗胆胺类止痒药物。



【护理措施】

（三）病情观察

- ◆ 密切观察黄染的分布、深浅，尿液颜色、粪便颜色及皮肤瘙痒程度等；观察病人伴随症状及其程度变化。
- ◆ 动态监测实验室检查结果，如血清总胆红素和血清直接胆红素。



【护理措施】

（四）心理护理

◆ 向病人及家属说明黄疸形成的原因，告知随着疾病逐渐康复，肤色也会逐渐恢复，鼓励病人树立战胜疾病的信心。

◆ 以关心、接纳、温暖的态度照顾病人，倾听病人主诉，分散病人的注意力，指导病人皮肤美容的方法。



【护理评价】

病人是否：

- ① 皮肤瘙痒感减轻或消失，皮肤完整性良好。
- ② 调整好心理状态，积极参与工作和社会活动。



小 结

消化系统常见症状临床多发常见，评估过程中应该注意不同症状体征的特点，结合病人的具体情况做出正确的护理诊断和护理措施。



Thank You!



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE