



胃肠疾病 护理手册

李 卡 印义琼 杨 婕 主编



科学出版社

胃肠疾病护理手册

主 编 李 卡 印义琼 杨 婕

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书共8章,第一章总体介绍胃肠疾病常见诊疗方法及专科护理常规;第二章到第八章分别详细介绍胃十二指肠、小肠、结直肠及肛管常见疾病的护理,并重点介绍阑尾炎、腹外疝、外科急腹症等疾病的临床护理操作。本书从疾病概述、病因、发病机制、诊断要点、治疗及护理程序为框架编写,还包括前沿进展、知识拓展内容紧跟医疗新业务、新技术的发展。本书将护理临床实际内容与护理学研究发展结合,兼顾临床疾病教材的理论性、护理手册的实用性和学科领域的先进性。

本书适合于广大护理同仁阅读,尤其适用于普外科、胃肠外科、消化内科护理人员阅读。

图书在版编目(CIP)数据

胃肠疾病护理手册/李卡,印义琼,杨婕主编. —北京:科学出版社, 2015.9

ISBN 978-7-03-045565-9

I. 胃… II. ①李… ②印… ③杨… III. 胃肠病-护理-手册 IV. R473.5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第207759号

责任编辑:董 林 戚东桂 刘丽莉/责任校对:李 影

责任印制:赵 博/封面设计:黄华斌

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京市安泰印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2015年9月第 一 版 开本:787×960 1/32

2015年9月第一次印刷 印张:15 3/4

字数:342 000

定价:68.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

《胃肠疾病护理手册》编写人员

主 编 李 卡 印义琼 杨 婕

副主编 刘春娟 文 曰 蒋理立

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈 玲 邓银萍 付 莉

高 原 弼宇兰 蒋理立

雷 琛 李静文 李 卡

李克书 李罗红 李明霞

梁 涛 刘春娟 刘建辉

刘丽容 刘雨薇 卢春燕

陆安清 彭南海 覃清梅

邱 兰 任宏飞 王 瑞

文 曰 杨 婕 杨雯熹

杨小莉 叶丽娜 印义琼

张铭光 钟 静

前 言

随着医学的发展、学科体系的形成，亚专业越来越细化。胃肠外科学作为普通外科学独立的专业学科、胃肠消化内科学作为消化系统疾病内科学独立的专业学科，这两门学科之间存在交叉和拓展。为了护理学的细化与发展，我们打破了固有的学科界限，以胃肠道疾病的护理为主线，有机梳理并整合内、外科知识，组织编写了本书。

本书在第一章总体介绍胃肠疾病常见诊疗方法及专科护理常规，余下章节分别详细介绍胃十二指肠、小肠、结直肠及肛管常见疾病的护理，并重点介绍阑尾炎、腹外疝、外科急腹症等疾病的护理操作。本书从疾病概述、病因、发病机制、诊断要点、治疗及护理程序为框架编写，还包括前沿进展、知识拓展，内容紧跟医疗新业务、新技术的发展。此外，本书还编入近年来发病率有所上升的消化道间质瘤、黑斑息肉综合征、消化道异物等疾病。本书将护理临床实际内容与护理学研究发展结合，力求兼顾胃肠疾病教材的理论性、护理手册的实用性和学科领域的先进性，希望能对普外科、胃肠外科、消化内科临床护理工作起到指导作用。

本书编写人员为具有丰富临床实践经验并了解本学科领域新进展的临床专业人员，他们在编写过程中倾注了大量心力，在繁忙的临床护理工作之余，利用自己的业余时间编写本书。在此，诚挚感谢为本书编写

和出版辛勤奉献的所有同行与工作人员。由于时间仓促、编者著书经验有限，加之每个人的临床视角、构思及撰写风格难免有差异，故本书难免有不足之处，衷心恳请各位读者对本书内容提出宝贵意见，以便再版时予以改进和完善。

编 者

2015 年 5 月

目 录

第一章 胃肠疾病常见诊疗及专科护理	1
第一节 肠镜检查、治疗及护理	1
第二节 经皮超声导入治疗及护理	10
第三节 胶囊内镜检查及护理	17
第四节 纤维胃镜检查、治疗及护理	23
第五节 胃肠道 X 线钡餐造影检查及护理	28
第六节 胃肠减压及护理	31
第七节 胃造瘘术及护理	43
第八节 肠造瘘术及护理	53
第二章 胃十二指肠疾病的护理	61
第一节 胃十二指肠溃疡的护理	62
第二节 胃食管反流病的护理	73
第三节 胃炎的护理	86
第四节 胃癌的护理	97
第五节 胃肠道间质瘤的护理	114
第六节 胃息肉的护理	125
第七节 十二指肠憩室的护理	134
第八节 良性十二指肠瘀滞症的护理	141
第九节 上消化道出血的护理	148
第十节 胃和十二指肠损伤的护理	157
第十一节 上消化道异物的护理	167
第三章 小肠疾病的护理	176
第一节 溃疡性结肠炎的护理	177
第二节 克罗恩病的护理	188
第三节 肠结核的护理	198
第四节 短肠综合征的护理	204



第五节	小肠破裂的护理	211
第六节	小肠肿瘤的护理	218
第七节	黑斑息肉综合征的护理	227
第八节	肠系膜血管缺血性疾病的护理	235
第四章	结直肠及肛管疾病的护理	244
第一节	肛管直肠周围脓肿的护理	244
第二节	肛痿的护理	250
第三节	肛裂的护理	256
第四节	痔的护理	264
第五节	便秘患者的护理	271
第六节	结直肠息肉的护理	276
第七节	结肠癌的护理	280
第八节	直肠癌的护理	283
第九节	结肠损伤的护理	292
第十节	直肠损伤的护理	296
第十一节	直肠异物患者的护理	301
第十二节	下消化道出血的护理	311
第五章	阑尾炎的护理	318
第一节	急性阑尾炎的护理	318
第二节	慢性阑尾炎的护理	328
第六章	腹外疝的护理	334
第一节	腹股沟疝的护理	334
第二节	股疝的护理	341
第三节	特殊腹外疝的护理	342
第七章	外科急腹症的护理	346
第一节	肠梗阻的护理	346
第二节	肠痿的护理	359
第三节	急性弥漫性腹膜炎的护理	369
第四节	腹膜后血肿的护理	380

第五节 腹腔脓肿的护理	390
第八章 其他胃肠相关疾病的护理	399
第一节 2型糖尿病外科治疗的护理	399
第二节 肥胖症患者外科治疗的护理	411
第三节 营养治疗与护理	426
第四节 腹部伤口的护理	437
第五节 胃肠恶性肿瘤辅助化疗的护理	450
第六节 低位直肠恶性肿瘤新辅助放疗的护理	463
参考文献	475

第一章 胃肠疾病常见诊疗 及专科护理

第一节 肠镜检查、治疗及护理

一、结肠镜检查、治疗及护理

【概述】

结肠镜（colonoscopy）在结直肠疾病的诊断和治疗中发挥了重要作用，其优点是不仅能直接观察到病变，而且能在直视下取活检，做出病理诊断。随着内镜设备的不断改进及内镜技术水平的提高，尤其是色素内镜结合放大内镜的应用，对结肠早期癌症、癌前病变的诊断达到了新的水平。

【适应证】

- （1）原因不明的慢性腹泻及下消化道出血。
- （2）结肠息肉和结肠早期癌症的治疗。
- （3）钡剂灌肠有可疑病变需进一步明确诊断者。
- （4）不能排除结肠和回肠末端疾病的腹部肿块。
- （5）不明原因的低位肠梗阻。
- （6）内镜随访。
- （7）结肠肿瘤普查。
- （8）其他内镜下治疗（出血、狭窄、扩张及结肠支架置入等）。

【禁忌证】

(1) 严重心、肺功能不全及休克、精神病患者或不合作者。

(2) 直肠及肛门严重狭窄者。

(3) 急性重度结肠炎，如急性重度溃疡性结肠炎、急性细菌性痢疾等。

(4) 急性弥漫性腹膜炎、多次腹腔手术、腹腔脏器穿孔、腹内广泛粘连及大量腹水者。

(5) 妊娠期妇女、月经期妇女。

【操作前准备】

1. 医患沟通 向患者详细讲解检查目的及必要性、方法、注意事项，取得患者合作。签署知情同意书。

2. 详细了解病史 高血压和糖尿病患者的血压和血糖尽可能控制在正常范围内。了解患者的药物过敏史。了解患者有无长期服用抗凝药物如阿司匹林，如服用抗凝药（华法林）应在检查前后停药 3～4 天；服用抗血小板药（阿司匹林类）检查前需停药 7～10 天，检查后停药 4～5 天。

3. 辅助检查 完成心电图，电解质、凝血常规、血常规等检查。若需进行无痛结肠镜检查者，应完成麻醉访视、术前评估。

4. 饮食准备 检查前 3 天进食少渣饮食，检查前 1 天进食无渣流质饮食。若上午行结肠镜检查者，检查当日禁食早餐；下午检查者，检查当日早餐进半流质饮食。若行无痛结肠镜检查者检查前至少禁食禁饮 4 小时、禁饮 2 小时。

5. 肠道准备 肠道清洁有多种方法，应按照医嘱进行，至排出的大便为淡黄色透明水样便或清水样无渣便

为最佳的肠道清洁效果。

(1) 磷酸钠盐: 检查当天予以磷酸钠盐液 90ml 加水 800ml 分次口服, 30 分钟内服完; 1.5 小时后如排出大便仍有粪渣, 同样方法服用第二瓶洗肠液, 直至排出清亮无渣水样便为止。

(2) 甘露醇: 20% 甘露醇 500ml 与 5% 葡萄糖生理盐水 1000ml 混合液, 在检查前 4 小时口服以导致渗透性腹泻, 其优点在于对结肠黏膜无刺激作用。但若需在结肠镜下行内镜治疗的患者禁用 20% 甘露醇洗肠, 因甘露醇在大肠内可被细菌分解产生可燃性气体, 进行高频电凝术时可能引起爆炸。

(3) 复方聚乙二醇: 复方聚乙二醇 137.5g 溶于 2000ml 水中, 检查当天清晨 3: 00 ~ 4: 00 开始口服, 尽量在 1.5 小时内喝完。

(4) 硫酸镁: 于检查当天清晨 5: 00 左右将硫酸镁 30g 溶于 500ml 温水中服用, 之后大量饮水 2000 ~ 3000ml, 葡萄糖盐水或清水均可。

6. 观察肠道准备后的排便情况 若患者喝洗肠液后未排便, 排除肠梗阻外, 可鼓励患者下床活动以促进肠蠕动、加快排便, 若患者无恶心、呕吐, 可鼓励患者多喝温开水。若患者喝洗肠液后排出大便仍含粪渣, 可追加洗肠液 1 瓶, 同时多饮水, 必要时行清洁灌肠, 直到患者最后排出淡黄色透明水样便为止。

若患者喝洗肠液后发生恶心、呕吐、腹痛, 及时通知医生处理。

7. 严格遵医嘱给药 术前半小时给予患者阿托品 0.5mg 肌内注射或山莨菪碱 10mg 肌内注射, 由于药物可使患者对疼痛的反应性降低, 以致发生肠穿孔并发症时腹部症状可不明显, 故应特别注意观察。

【检查方法及配合】

(1) 协助患者穿上检查裤、取左侧卧位、双腿屈曲，嘱患者尽量在检查中勿随意摆动身体。

(2) 将镜前端涂上润滑剂（一般用硅油，不可用石蜡）后，嘱患者深呼吸、放松肛门括约肌，以右手示指按住镜头，使镜头滑入肛门，遵照循腔进镜配合滑进，少量注气，适当钩拉，去弯取直、防袢、解袢等插镜原则逐渐缓慢插入肠镜。

(3) 检查过程中，若患者出现腹胀不适，可嘱其缓慢深呼吸；如出现面色改变、呼吸及脉搏异常应停止进镜，积极配合医生采取相应救治措施。

(4) 根据患者具体情况摄像、取活组织行细胞学检查及行相应治疗。

(5) 检查结束退镜时，应尽量抽气以减轻患者术后腹胀。

【操作后护理】

(1) 休息与活动：检查结束后患者适当休息，观察 15～30 分钟后再离开。若为无痛结肠镜检查术后，要观察至患者清醒，并注意在复苏期间防窒息、防跌倒，检查当日患者不能驾车。

(2) 饮食护理：检查后若无不适，未取活检者 30 分钟后可进食普通饮食；若检查中取了多块活检，宜在检查后 2 小时后进食，避免辛辣刺激食物；若检查中腹痛明显或检查后腹胀明显者，应少活动、进食流质或半流质少渣不产气饮食 1～2 天。

(3) 病情观察及护理：观察患者腹胀、腹痛及排便情况。腹胀明显者可行内镜下排气；注意观察粪便颜色；

腹痛明显或排便便者应留院继续观察。如患者出现剧烈腹痛、腹胀、面色苍白、心率增快、血压下降、粪便次数增多且呈黑色，提示并发肠出血、肠穿孔，应及时处理；如果怀疑穿孔，应立即行 X 线腹部立位透视检查，若出现膈下游离气体则确定为肠穿孔，应立即禁食禁饮、安置胃肠减压、补液治疗等，必要时行外科手术治疗。

(4) 活检时渗血较多者，为预防出血，应遵医嘱服用止血药（如云南白药）1～2 天。

(5) 告知患者术后常见并发症肠壁穿孔、肠道出血的临床表现。若出现异常，应立即就诊。

【治疗及应用】

（一）止血治疗

止血治疗适用于各种原因引起的下消化道出血。该方法是一种安全、有效、创伤小的治疗措施，特别适合高危、高龄和不适合紧急外科手术治疗的患者。止血方法有药物喷洒法、局部注射法、凝固止血法、机械止血法、黏膜切除法等。根据不同的出血类型选择不同的止血方法。止血后疗效评定：止血小于 72 小时称暂时性止血，大于 72 小时称为止血成功。

（二）息肉电凝切除术

高频电流通过人体时产生热效应，使组织凝固、坏死、从而达到息肉切除、止血的目的。经结肠镜进行高频电切除已成为目前治疗结肠息肉的首选方法，如有蒂息肉、无蒂息肉、多发性息肉等，此方法安全、简便、有效，可避免开腹手术。

（三）扩张术及金属支架植入术

临床上结肠狭窄可分为良性狭窄和恶性狭窄。良性



病变引起的结肠狭窄可采用非手术疗法（内镜下水囊扩张术）；为解除恶性狭窄引起的肠梗阻，在无法手术治疗的情况下可在内镜下水囊扩张后行肠道金属支架植入术。结肠镜狭窄的治疗是一项新技术，具有安全、有效、并发症少等优点。

（四）黏膜切除术

内镜下黏膜切除术（endoscopic mucosal resection, EMR）是在胃黏膜剥离活检术的基础上发展而来的，现已广泛用于整个消化道，如食管、胃、十二指肠、小肠和结肠。结肠 EMR 主要特点是：①黏膜下层注入液体，能有效防止肌层以下的更深组织热变性而引发肠道穿孔并发症；②黏膜下层与肌层间分离，可降低高频电直接对肌层的损失；③局部注射生理盐水使病变部位隆起，能判断癌浸润深度和能否切除。适用于局限于黏膜层和黏膜下层早期结肠癌、良性病变诊断；结肠血管性病变伴消化道出血（以止血和治愈病变为目的）。

（五）黏膜剥离术

内镜黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection, ESD）是在 EMR 的基础上发展而来，它能完整地剥离病变组织、整块送检，以创伤小、痛苦小、并发症少、操作时间短、疗效确定、安全可靠、住院时间短和重复性好的优点，成为治疗胃肠道早期癌及癌前期病变的有效手段。

（六）取异物术

当经口误入的异物在肠道停留时间长、排出困难，出现出血、穿孔、梗阻、结肠功能紊乱等并发症时，应立即行结肠镜下取异物，可使患者避免手术痛苦。

【并发症的处理】

结肠镜检查并发症的处理同胃镜检查、治疗的并发症的处理。

(杨小莉 张铭光 任宏飞)

二、小肠镜检查

【概述】

小肠长达5~7米,位于消化道中段,曾经被称为检查的盲区。小肠镜检查(enteroscopy)突破了这一盲区,可以对小肠黏膜进行较全面的观察,大大提高了小肠疾病的确诊率。由于胶囊内镜发现病变后不能取活检及内镜下治疗,因此促进了小肠镜的研发。小肠镜包括推进式小肠镜、探条式小肠镜、气囊辅助小肠镜和螺旋式小肠镜。前两种在国内很少开展,目前临床应用最多的是气囊辅助小肠镜,包括双气囊小肠镜和单气囊小肠镜。双气囊小肠镜是目前使用最广泛的小肠镜,能直接观察全小肠,且可从不同角度反复观察病变;可根据病情选择经口或经肛途径检查。检查过程中可进行活检、标记、息肉切除、止血、经内镜逆行胰胆管造影等操作;单气囊小肠镜的内镜前端没有气囊,功能与双气囊小肠镜相似。

【适应证】

(1) 原因不明的消化道出血,不明原因腹痛、呕吐或腹泻,经胃镜及结肠镜检查未能发现病变、临床怀疑小肠疾病者。

(2) 不全性小肠梗阻。

(3) 克罗恩病患者的全消化道评估, 诊断和鉴别克罗恩病或肠结核者。

(4) 不明原因贫血、消瘦和发热等, 怀疑小肠器质性病变者如小肠良、恶性肿瘤, 小肠吸收不良综合征, 慢性腹痛及慢性腹泻等。

(5) 多发性息肉患者的全消化道评估。

(6) 小肠造影或胶囊内镜检查提示小肠有病变者。

(7) 小肠钡餐检查病变和部位不能确定或症状与 X 线诊断不符合者。

(8) 协助外科手术中对小肠病变的定位。

(9) 开展小肠疾病的内镜下治疗: 息肉的电切术, 小肠出血的注射治疗及异物的取出术 (包括滞留的胶囊内镜)。

【禁忌证】

(1) 同胃肠镜检查的禁忌证。

(2) 明确或可疑的小肠穿孔。

(3) 腹腔广泛粘连者及电解质严重失衡者等。

(4) 精神障碍或不能合作者。

(5) 食管、胃底中度以上静脉曲张者。

(6) 血流动力学不稳定者。

(7) 肠梗阻未解除, 无法完成必要的肠道准备者。

(8) 急性心肌梗死及严重呼吸功能障碍者。

(9) 有凝血功能障碍者。

(10) 急性胰腺炎或急性胆管炎, 伴全身情况较差者。

(11) 低龄儿童。

【操作前准备】

小肠镜检查操作前准备同胃镜、结肠镜检查。