



健康中国2030·专科护理健康教育系列丛书

消化内科护理 健康教育

主编 王莉慧 刘梅娟 王 箭



科学出版社

健康中国 2030 · 专科护理健康教育系列丛书

消化内科护理健康教育

主 编 王莉慧 刘梅娟 王 箭

副主编 黄 榕 周梅花 黄 颖 文 红

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈佩娟(南方医科大学南方医院)

何 燕(中国人民解放军第三军

医大学第三附属医院)

黄 榕(南方医科大学南方医院)

黄 颖(南方医科大学南方医院)

黄少慧(南方医科大学南方医院)

黄心梅(南方医科大学南方医院)

邝丽荷(南方医科大学南方医院)

李秀梅(南方医科大学南方医院)

林志昭(南方医科大学南方医院)

刘丽娟(广州军区总医院)

刘梅娟(南方医科大学南方医院)

刘赛君(南方医科大学南方医院)

刘玉萍(南方医科大学南方医院)

王 箭(深圳市罗湖区人民医院)

王莉慧(南方医科大学南方医院)

文 红(南方医科大学南方医院)

夏瑰丽(南方医科大学深圳医院)

肖世莉(中国人民解放军第三军医
大学第三附属医院)

邢同印(南方医科大学南方医院)

徐 丽(南方医科大学南方医院)

张 静(首都医科大学附属北京
友谊医院)

赵 丹(中国人民解放军第八五医院)

周宏珍(南方医科大学南方医院)

周梅花(广州军区总医院)

邹莹莹(南方医科大学南方医院)

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书共五章，主要按照消化系统疾病的概念、治疗、相关诊疗技术及护理进行论述，注重讲解各种消化疾病的基本概念、发病原因、临床表现、相关检查、治疗原则、护理要点、预防保健等，对于患者及家属关心的运动、饮食、心理、日常保健、康复等进行了详细的阐述。

本书主要为从事消化专业的护理人员提供工作参考，帮助临床护理人员能更加专业、全面地给患者或家属提供专业的指导。

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科护理健康教育 / 王莉慧, 刘梅娟, 王箭主编. —北京: 科学出版社, 2018.1

(健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书)

ISBN 978-7-03-055642-4

I. ①消… II. ①王… ②刘… ③王… III. ①消化系统疾病—护理—健康教育 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 290744 号

责任编辑: 王镭韫 胡治国 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 张欣秀 / 封面设计: 陈 敬

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>

北京中石油彩色印刷有限责任公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018 年 1 月第 一 版 开本: 789×1092 1/16

2018 年 1 月第一次印刷 印张: 12 3/8

字数: 345 000

定价: 75.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

丛书编委会

主 编 周宏珍 张广清
副主编 王莉慧 覃惠英 陈佩娟
编 者 (按姓氏汉语拼音排序)
陈佩娟 邓瑛瑛 古成璠
何景萍 何利君 黄 莉
李海兰 缪景霞 覃惠英
申海燕 屠 燕 王莉慧
王 颖 谢婉花 姚 琳
张广清 张 军 张晓梅
赵志荣 甄 莉 周宏珍
周 霞

丛书前言

随着社会的进步,生活水平和文化生活的不断提高,人们对疾病护理和健康知识的需求越来越高,给护理工作提出了新的要求。同时,随着医学模式由生物学向生物-心理-社会医学的转变,护理模式也由单纯的疾病护理向以患者为中心的整体护理转变。健康教育则是整体护理中的一个重要环节,护士在健康服务体系中不仅仅是一个照护者、治疗者,而且是健康的维护者、教育者。它要求护士不仅为患者提供适当的治疗和护理,还要针对不同的患者、不同的人群开展相关疾病的健康教育,以提高患者的自控行为能力,减轻或消除患者的心理负担,促进疾病的治疗和康复。不仅有利于提高患者对医护人员的信任感,同时有利于增强患者的自我保健意识,防止疾病的复发,而且对患者住院期间的不同阶段也会产生不同的促进作用。

目前我国护理队伍普遍存在学历偏低、年轻化、经验不足、资源分配不均等特点,如何帮助这支年轻的护理队伍在短时间内掌握疾病的基础知识及新技术的护理要点,使临床护理人员更加专业、全面地给患者或家属提供专业个性的指导成为当务之急。正是在这样的背景下,科学出版社及时组织临床护理专家出版了“健康中国 2030·专科护理健康教育系列丛书”,该系列丛书的出版对于推进我国当前护理工作的开展具有现实意义。第一辑共有 20 个分册,各分册间相互独立又彼此关联,涵盖了内科、外科、妇科、产科、儿科等多个学科。归纳起来,本系列丛书具有以下特色。

1. 内容丰富、涵盖面广。
2. 注重讲解各专科疾病的基本概念、发病病因、临床表现、相关检查、治疗原则、护理要点、预防保健等,对于各专科患者关心的运动、心理、社会、日常保健、调养、康复等相关的健康教育,以及大众所关心的热点问题、难点问题、常见的认识误区、容易混淆的概念做了明确的解答。
3. 全书采用问答形式,便于查阅。
4. 编写队伍由活跃在临床一线的经验丰富的护理业务骨干组成,具有较高水准,对于实际工作的指导性很强。

我们真诚地希望护理同仁们通过阅读本丛书,能提高自己的专业知识和自身素质,在实践中为患者提供优质、安全、贴心的护理。

本系列丛书的编写,我们力求准确全面,但由于水平有限,不足之处在所难免,我们真诚地希望广大读者和护理同仁批评指正,以便我们今后不断修正。

周宏珍
2017 年 6 月

前 言

随着科学技术的进步、医学模式的转变、医疗技术的迅猛发展，消化专科的治疗技术也得到了快速发展，为患者提供了多样化、创伤小的治疗方法，提高了疾病的治愈率。多年的临床实践证明，患者的治愈率不仅与医师的治疗技术有关，而且和护士的护理质量息息相关。其中，健康教育是护理工作的重要内容之一。近年来，随着整体护理的开展，对患者实施健康教育的重要性越来越受重视，同时也体现了现代护理观的内涵。提高患者对疾病知识认识的同时，不仅护士健康教育知识、能力得到了提高，患者及家属的健康意识及对护理工作的满意度也得到了相应的提高。

消化内科疾病在临床上十分常见，既可局限于本系统，也可累及其他系统及全身，而全身性或其他系统的疾病和精神因素亦可引起消化系统的疾病和症状，且病情易反复，因此，实施有针对性的护理和健康教育至关重要。目前消化内科疾病健康教育尚未出版专著，只在消化系统疾病健康指导中有涉及，但尚未有对消化内科疾病进行系统阐述的专著出版。本书编写的目的是建立消化内科常见疾病护理健康教育指引，帮助临床护理人员能更加专业、全面地给患者或家属提供专业的指导。

本书分为五章，由长期工作在临床一线的护理专家和护理骨干结合多年的临床实践和教学经验编写而成。本书针对消化系统常见疾病知识及相关检查方法做了详细的介绍，同时阐述了疾病健康教育的相关内容，对其热点问题、难点问题、常见的认识误区、容易混淆的概念进行了阐述，实用性强，知识涵盖面广。全文采用问答形式，便于查阅，是实用性非常强的一本书。

由于书中涉及的内容广泛、篇幅较多，编者的学识和能力有限，存在不足在所难免，诚请各位专家和同行批评指正，以求改进和完善。

王莉慧

2017年6月

目 录

第一章 消化系统疾病概论	1
第一节 消化系统的结构与功能	1
第二节 消化系统疾病患者的护理评估	3
第二章 消化系统疾病与健康教育	7
第一节 食管疾病	7
第二节 胃、十二指肠疾病	19
第三节 肠道疾病	36
第四节 腹膜及肠系膜疾病	55
第五节 肝脏疾病	69
第六节 胆道疾病	90
第七节 胰腺疾病	105
第八节 其他消化系统疾病	113
第三章 内镜下诊疗护理技术及健康教育	124
第一节 胃镜检查	124
第二节 肠镜检查	125
第三节 十二指肠镜	126
第四节 内镜下活检术	128
第五节 超声内镜检查	129
第六节 胶囊内镜检查	130
第七节 单、双气囊小肠镜检查	131
第八节 内镜下逆行胰胆管造影术	132
第九节 经十二指肠镜胰胆管结石碎石及取石术	133
第十节 经自然腔道内镜手术	134
第十一节 经口内镜下肌切开术	135
第十二节 经口内镜黏膜下隧道剥离术	138
第十三节 内镜下消化道支架植入术	139
第十四节 食管静脉曲张硬化剂治疗	141
第十五节 食管静脉曲张套扎术	142
第十六节 胃底静脉曲张组织胶注射治疗术	144
第十七节 内镜下经皮胃造瘘术	145
第十八节 经内镜氩离子凝固术	146
第十九节 内镜下异物取出术	147
第二十节 内镜下反转黏膜切除术	151
第二十一节 内镜下止血术	152
第二十二节 经内镜黏膜下剥离术	153
第二十三节 内镜下息肉切除术	155

第二十四节 内镜下空肠营养管置管术	156
第二十五节 消化道狭窄球囊扩张术	158
第二十六节 贲门失弛缓内镜下肉毒素注射治疗术	160
第二十七节 内镜清洗消毒的常见问题	161
第四章 胃肠动力检查技术	163
第五章 消化科疾病相关诊疗技术	174
第一节 B超引导下肝穿刺活检术	174
第二节 B超引导下PTCD	175
第三节 B超引导下射频消融术	176
第四节 腹膜穿刺活检术	177
第五节 腹腔穿刺引流术	177
第六节 肝动脉栓塞化疗术	178
第七节 肝囊肿穿刺	179
第八节 胰腺囊肿穿刺	180
参考文献	182

第一章 消化系统疾病概论

第一节 消化系统的结构与功能

一、消化系统的组成是什么？

消化系统由消化管（口腔、咽、食管、胃、小肠和大肠）和消化腺（口腔腺、肝脏、胰腺和消化管壁内的小腺体）两部分组成。其中小肠包括十二指肠、空肠、回肠，大肠包括盲肠、阑尾、结肠、直肠和肛管。

二、胃肠道的生理功能有哪些？

胃肠道的主要生理功能是摄取、转运和消化食物，吸收营养和排泄废物。食物在胃肠道消化分解后形成小分子物质，被肠道吸收、肝脏加工，成为体内物质供全身组织利用；其余未被吸收及无营养价值的残渣构成粪便，被排出体外。

三、胃肠道疾病的主要致病原因有哪些？

胃肠道有着消化和吸收的功能，而消化和吸收是一个复杂的过程，涉及胃肠动力、内分泌、外分泌、神经体液调节、血液、淋巴循环及它们的相互联系和配合，任何一个环节受到破坏均可引起胃肠疾病。因此胃肠黏膜上皮的吸收功能、腺体的分泌功能和胃肠道平滑肌收缩过程的异常是引起胃肠道疾病的主要因素。

四、食管的结构是什么？

食管为连接咽和胃的通道，全长有 25cm，有 3 个生理狭窄，分别为食管起始处、食管与左主支气管交叉处和食管穿过膈的食管裂孔处。食管壁由黏膜、黏膜下层和肌层组成，没有浆膜层，故食管的病变易扩散至纵隔。门静脉高压时可引起食管下段静脉曲张，曲张的静脉破裂则引起大出血。

五、食管的功能是什么？

食管的功能是把食物、唾液等运送到胃内。

六、食管下括约肌的功能是什么？

食管下括约肌（low esophageal sphincter, LES）可以阻止胃内容物反流入食管，其功能失调则可能引起反流性食管炎、食管-贲门失弛缓症。

七、胃的结构是什么？

胃分为贲门、胃底、胃体和幽门 4 个部分。贲门与食管相连接，幽门与十二指肠相连接。胃壁由黏膜层、黏膜下层、肌层、浆膜层组成，黏膜层含有丰富的腺体。

八、胃的主要功能是什么？

胃的主要功能是贮存食物（成人 1~2L 食物），并通过胃的蠕动将食物与胃液充分混合，进行机械性和化学性消化形成食糜，并促使食糜其进入十二指肠。一般胃排空需要 4~6 小时。幽门括约肌能控制胃内容物进入十二指肠的速度，并阻止十二指肠内容物反流入胃。

九、小肠的结构是什么？

小肠全长 6m，由十二指肠、空肠和回肠构成。十二指肠又分为球部、降部、横部和升部 4 个部分，球部为消化性溃疡（peptic ulcer, PU）好发部位。降部内后侧壁黏膜上有一乳头状突起为十二指肠乳头，系胆总管与胰管汇合或分别开口处。十二指肠与空肠连接处被屈氏韧带固定，此处也为上消化道与下消化道的分界。

十、小肠功能是什么？

小肠的主要功能是消化和吸收食物。胰液、胆汁及小肠液的化学性消化和小肠的机械性消化使食物得以消化分解，小肠具有巨大的吸收面积，食物在其中停留时间较长，一般停留 3~8 小时。

十一、大肠的结构是什么？

大肠由盲肠、阑尾、结肠、直肠和肛管 5 个部分构成，全长 1.5m。回肠末端与盲肠交界处显著增厚的环形肌为回盲括约肌，有防止内容物过快进入大肠、延长在小肠的停留时间的作用，有利于食物的充分消化吸收，又能阻止大肠内容物反流入回肠。食物在大肠内一般停留 10 小时以上。

十二、大肠的功能是什么？

大肠的主要功能是吸收水分和电解质，分泌黏液并使食物残渣形成粪便排出体外。肠腔内有相对恒定的寄生菌群，能对食物残渣和植物纤维进行分解，并合成维生素 B 复合物及维生素 K 补充体内营养。

十三、腹泻和便秘发生的原因是什么？

水分吸收不完全则会发生腹泻；内容物停留时间过长、水分吸收过多、胃肠道病变或外来压迫导致肠道动力减弱或梗阻时则引起便秘。

十四、肝脏的基本结构是什么？

肝脏是最大的实质性器官也是最大的腺体，重 1200~1500g，为双重血液供应（肝动脉和门静脉）。肝动脉占 25%，是肝脏耗氧的主要来源，门静脉占 75%，收集腹腔内脏器官的血液，由肠系膜上静脉、下静脉和脾静脉汇合而成，含有营养和有害物质在肝脏进行代谢和解毒。

十五、肝脏的功能是什么？

1. 代谢功能 葡萄糖代谢：葡萄糖在肝内转化为糖原贮存。
2. 蛋白质代谢 肝脏有合成、脱氨和转氨作用，是体内氨基酸代谢的主要器官，将摄入的蛋白质分解产生的氨基酸合成多种蛋白质。
3. 脂肪代谢 维持各种脂质的恒定。
4. 维生素代谢 是多种维生素吸收和贮存转换的场所，多种维生素在肝内参与辅酶的合成。
5. 激素代谢 对雌激素和血管升压素具有灭活作用。
6. 胆红素的生物转化
 - (1) 分泌作用：肝脏生成胆汁酸和分泌胆汁经胆管进入十二指肠帮助脂肪的消化及脂溶性维生素的吸收。肝脏每日分泌胆汁 600~1000ml。
 - (2) 凝血作用：肝脏合成纤维蛋白原、凝血酶原及凝血因子，储存在肝内的维生素 K 对凝血因子的合成不可缺少。
 - (3) 解毒作用：肝脏通过分解、氧化和结合的方式使体内代谢过程产生的毒素、外来有毒物质或药物失去毒性排出体外。
 - (4) 免疫功能：肝脏是产生免疫球蛋白和补体的主要器官，也是处理抗原、抗体的重要场所。
 - (5) 储备与再生：肝脏有巨大的储备和再生能力。

十六、胆道系统的结构是什么？

胆道系统由肝内胆道（肝段胆管、肝叶胆管和肝内左、右肝管）和肝外胆道（肝外左、右肝管及肝总管、胆囊、胆囊管、胆总管）组成。胆总管与主胰管在十二指肠壁内汇合并膨大形成胆胰壶腹，周围有肝胰壶腹括约肌包绕，终末端与胰管汇合后开口于十二指肠乳头。

十七、胆囊的结构是什么？

胆囊位于肝脏面的胆囊窝内，分为底、体、颈 3 个部分，胆囊管由胆囊颈延伸形成，与肝总管

汇合成胆总管。

十八、胆汁有哪些生理功能？

1. 乳化脂肪，有利于肠黏膜的吸收。
2. 促进脂溶性维生素吸收。
3. 抑制肠内致病菌的生长和内毒素的生成。
4. 刺激胃肠蠕动、中和胃酸。

十九、胆管的功能是什么？

胆管具有运送肝内胆汁至胆囊和运送胆囊内胆汁进入十二指肠的作用，胆管黏膜上皮的杯状细胞和黏液细胞有分泌胆汁的作用。

二十、胆囊的功能是什么？

胆囊具有浓缩、储存、排除胆汁和分泌的功能。

二十一、胰腺的结构是什么？

胰腺是人体第二大腺体，属腹膜后器官，分头、颈、体、尾4个部分。胰腺的动脉与静脉伴行汇入肝门静脉。胰腺疾病与胆道疾病因胆胰壶腹而相互关联。

二十二、胆胰壶腹的定义是什么？

胆总管与胰管在十二指肠壁内汇合形成共同通道，并膨大形成胆胰壶腹，又称为乏特（Vater）壶腹。

二十三、胰腺的功能是什么？

1. 外分泌 产生胰液（包括水、消化酶、胰淀粉酶、胰蛋白酶、脂肪酶等），中和进入十二指肠的胃酸和帮助消化。
2. 内分泌 分泌胰岛素、胰高血糖素、生长抑素等激素。

二十四、胃肠功能与神经内分泌有何关系？

中枢神经系统直接或间接调节着胃肠功能，精神因素和消化功能紧密相连。精神状态的变化影响胃肠道黏膜的血液灌注及消化腺分泌，引起胃肠运动功能变化。胃肠道内分布有大量内分泌细胞分泌各种具有生物活性的化学物质。这些化学物质称胃肠激素，主要作用是调节消化器官的运动及分泌功能。

二十五、胃肠道的免疫细胞的组成与功能有何关系？

胃肠道的免疫细胞包括肠道集合淋巴结、上皮内淋巴细胞及黏膜固有层淋巴细胞。胃肠道的免疫细胞起到对抗经肠壁进入淋巴管与血管的抗原，其功能紊乱可导致炎症性肠病（inflammatory bowel disease, IBD）。

第二节 消化系统疾病患者的护理评估

一、询问病史主要包括哪些方面？

1. 患病及治疗经过

（1）询问患者起病时间、情况、主要症状、有无诱因及伴随症状的性质（例如，消化性溃疡患者应注意询问其腹痛情况，疼痛有无规律、有无饮食、腹痛与进食的关系及缓解因素、疼痛部位及性质；溃疡性结肠炎（ulcerative colitis, UC）患者应注意询问其腹泻情况，大便次数、性质、量及有无诱发因素）。

（2）评估患者的一般情况（如身高、体重、营养状况、饮食、睡眠及排便等）。

(3) 有无手术史、外伤史、过敏史及相关的治疗经过, 辅助检查和以往身体情况。

2. 生活史

(1) 询问患者出生地、生活地、职业、工作环境条件、经济状况、有无疫水接触及疫源地逗留。

(2) 了解患者饮食习惯、饮食量、生活是否规律、有无精神压力、情绪及睡眠情况。

(3) 吸烟饮酒情况 (摄入乙醇计算方法: 饮酒毫升数 $\times$ 0.79 $\times$ 乙醇度数 = 乙醇总克数)。每日摄入乙醇 80g 达 10 年以上者可发展为酒精性肝硬化。

3. 家族史 询问家族中有无与患者患相同疾病的, 对已死亡的亲属要问明死亡原因 (部分疾病与遗传有关)。

二、身体评估有哪些相关内容?

1. 一般情况

(1) 生命体征: 出血可致循环衰竭, 出现休克。

(2) 意识情况: 肝性脑病有意识障碍。

(3) 营养: 包括体重、皮肤色泽弹性及皮下脂肪厚度。

2. 皮肤和黏膜 有无黄染、蜘蛛痣、肝掌等, 有无皮肤干燥、弹性减退等失水表现。

3. 腹部检查 腹部外形有无膨隆或凹陷, 有无胃肠型波动, 有无腹壁静脉显露曲张, 检查肠鸣音, 有无压痛、反跳痛及肌紧张, 以及部位、程度; 肝脾情况, 有无腹水、移动性浊音等。

三、消化系统疾病有哪些症状和体征?

1. 恶心与呕吐 观察呕吐的时间与频度、呕吐物性状与量。

2. 腹痛 按性质有隐痛、钝痛、胀痛、绞痛及刀割痛等, 是阵发或持续。

3. 腹泻 排便次数多于平日频率, 粪便稀薄。正常: 每日 1 次或 2~3 次, 或 2~3 日 1 次。

4. 吞咽困难 表现为哽噎感、胸骨后疼痛、食物停滞或通过缓慢。

5. 呕血与黑便 消化道出血之后均有黑便, 但不一定有呕血。快速大量出血, 血液胃内停留短则为鲜红色; 停留时间长则为棕色咖啡渣样。主要观察呕血及大便的颜色、性状、量, 全身情况, 有无循环衰竭的表现。

6. 黄疸 临床上胆红素大于 $34.2\mu\text{mol/L}$ 时出现的皮肤、巩膜发黄的症状和体征。黄疸分为肝细胞性黄疸、胆汁淤积性黄疸和溶血性黄疸。

7. 其他症状 嗝气、反酸、胃灼热感、食欲减退、腹胀 (积气、腹水、腹腔内肿物及低钾等)、便秘 (每周小于 3 次) 等。

四、各种消化系统疾病呕吐物有何特点?

1. 上消化道出血 呕吐物呈咖啡色, 量大可为鲜红色。

2. 消化性溃疡并发幽门梗阻 常为餐后呕吐, 呕吐隔夜宿食。

3. 低位肠梗阻 呕吐物带有粪臭味。

4. 消化道梗阻 梗阻平面在十二指肠乳头以上呕吐物不含胆汁, 以下则含大量胆汁。

5. 十二指肠溃疡 (duodenal ulcer, DU) 呕吐物含大量酸性液体。

6. 贲门狭窄 呕吐物无酸味。

五、各种消化系统疾病腹痛有何特点?

1. 胃十二指肠疾病 中上腹部疼痛。

2. 小肠疾病 脐周疼痛并伴有腹胀、腹泻。

3. 胰腺炎 上腹部并向腰背部呈带状放射样疼痛。

4. 急性腹膜炎 弥漫全腹压痛、反跳痛。

六、肠道病变部位与腹泻物性质有何关系？

1. 小肠病变 腹泻物中含有未消化的食物成分。
2. 大肠病变 腹泻物中有脓、血、黏液。
3. 直肠 有里急后重感。

七、呕吐、腹痛及腹泻有何评估重点？

呕吐可导致大量水分丢失，引起水及电解质紊乱、营养不良，昏迷患者有误吸及肺部感染的危险，要注意评估失水征象、呕吐时间、呕吐与进食的关系、呕吐物的性质、呕吐物的量及了解呕吐伴随症状。腹痛是消化系统疾病常见症状，要注意评估疼痛的部位、性质、严重程度、发作时间、频率及持续时间。腹泻是指排便次数多于平日习惯的频率且粪便稀薄，要注意评估有无失水征象、排便频率、性状、颜色、气味及伴随症状。

八、消化系统疾病常用的辅助检查有哪些？

1. 实验室检查

(1) 粪便检查：对腹泻与肠道感染的病原学、消化道隐性出血有重要诊断价值，注意粪便颜色、性质、量及气味（隐血试验者素食三日后留取，粪便标本不能混入尿液、器皿清洁干燥）。

(2) 血液、尿液检查：常用的有肝功能检测（肝胆疾病），血、尿胆红素检查（黄疸），血清、尿淀粉酶测定（急性胰腺炎），各型肝炎病毒标志物检测（肝炎），肿瘤标志物检测（癌症）。

(3) 十二指肠引流液检查：用于胆道疾病的诊断。

(4) 腹水检查：鉴别腹腔结核、腹腔肿瘤、肝硬化等（鉴别渗出液与漏出液）。

2. 脏器功能检查

(1) 胃液分析：鉴别促胃液瘤和消化性溃疡。

(2) 脂肪平衡试验、维生素 B₁₂ 吸收试验。

(3) 胃肠功能测定：包括食管、胃、胆道等处的压力检测，诊断胃肠动力障碍性疾病。

3. 内镜检查 包括胃镜、结肠镜、胆道镜、小肠镜等，可直接观察到消化道腔内的情况，如炎症、溃疡、肿瘤、出血及血管病变等，同时还可进行镜下治疗及取活检病理检查，诊断早期胃癌、肠癌。

4. 经内镜逆行胰胆管造影（endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP） 诊断胆管结石、肿瘤、炎性狭窄等。

5. 胶囊内镜 对小肠病变有诊断价值。

6. 活组织和脱落细胞检查 脱落细胞检查是在内镜直视下冲洗或者擦刷消化管腔黏膜，收集脱落细胞，用于诊断食管癌、胃癌；活检对胃肠道肿瘤有诊断价值。

7. 影像学检查

(1) 超声内镜（endoscopic ultrasonography, EUS）：用于弥补内镜检查对腔外解剖和病理学检查的不足，对胃肠道隆起性病变的性质和起源及侵犯管壁深度的诊断有极大帮助。

(2) X 线检查：可观察游离气体、钙化结石、脏器轮廓等，可帮助诊断胃肠穿孔、梗阻。

(3) 胃肠钡餐造影、钡剂灌肠等检查。

(4) CT 和 MRI 成像。磁共振胰胆管造影（magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP）是无创伤、非侵入性检查方式，能准确判断梗阻性黄疸的病变部位和范围，也可用于胆道结石、肿瘤、胆道狭窄的诊断。

(5) PET/CT 和放射性核素检查：PET/CT 反映生理功能，能对肿瘤进行分级和定位。

(6) 选择性腹腔动脉或肝动脉造影检查：适用于其他方法未能明确定位的肝脏占位性病变及小肝癌的诊断。

(7) 经皮经肝胆管造影（percutaneous transhepatic cholangiography, PTC）：了解胆道梗阻的部位、范围和原因。

九、消化系统疾病应该关注的心理-社会状况主要有哪些？

1. **疾病知识了解程度** 包括疾病的过程、性质、预后、防治等。
2. **心理状况** 患者的精神状态、性格，有无焦虑、抑郁等负面情绪。患者有无因疾病造成过大的心理负担、有无极大精神压力。要注意评估患者心理状态变化，以便有针对性地给予心理疏导和支持。
3. **社会支持系统** 包括患者家庭成员的组成，对患者所患疾病的认识，对患者的关怀和支持，家庭经济、文化及教育背景，医疗费用来源，后续治疗条件，居住的卫生保健设施等资源。

第二章 消化系统疾病与健康教育

第一节 食管疾病

一、什么是巴雷特食管?

巴雷特(Barrett's esophagus, BE)食管是由英国外科医师 Norman Barrett 在 1950 年首次报道,巴雷特食管是指食管下段黏膜的复层鳞状上皮被柱状上皮所取代的一种病理现象,是食管癌的癌前疾病之一,可发展为食管贲门腺癌。其主要临床表现为胃灼热、反酸等食管炎症状,常在内镜活检时被发现。

二、巴雷特食管的治疗方式有哪些?

目前主要的治疗方式有药物抑酸治疗、外科手术行食管切除术和内镜下治疗。内镜治疗适用于伴有高度异型增生和癌症局限于黏膜层的巴雷特食管患者。不伴异型增生、轻度异型增生的巴雷特食管患者建议其进行内镜随访,随着病情进展决定是否行内镜治疗。主要治疗手段包括:内镜下病变切除术[内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)、经内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)]、激光治疗术、多级电凝术、光动力疗法(photodynamic therapy, PDT)、氩离子凝固术(argon plasma coagulation, APC)以及近年来应用的射频消融术(radiofrequency ablation, RFA)等。

三、巴雷特食管的患者为什么要进行随访?

1. 未接受监测的巴雷特食管患者死于食管腺癌的比例比接受检测的患者高。
2. 接受监测的巴雷特食管患者可以早期发现不典型增生或腺癌,经监测发现的腺癌具有较低的肿瘤分期。
3. 经监测发现腺癌患者生存期较长。

四、什么是贲门黏膜撕裂综合征?

贲门黏膜撕裂综合征是指各种原因导致的腹内压或胃内压骤然增加,从而引起贲门或食管-贲门结合处黏膜或黏膜下的纵行撕裂,继而引起以上消化道出血为主要临床表现的疾病。本病首先由 Mallory 和 Weiss 报道,因此又称 Mallory-Weiss 综合征,本病是上消化道出血的重要原因,是消化系统常见的急症之一。本病好发于贲门部,其中以贲门的右侧壁多见。

五、贲门黏膜撕裂综合征的诱因有哪些?

贲门黏膜撕裂综合征常继发于各种原因引起的剧烈呕吐,其常见的诱因为酗酒、肠梗阻、尿毒症、妊娠、幽门狭窄、急性胰腺炎、脑血栓形成、药物不良反应、肝硬化及食管裂孔疝等引起。其他引起腹内压增高如剧烈咳嗽、用力排便、搬运重物等也可诱发本病。有些医源性因素如胃镜活检术后、催吐洗胃治疗等也可诱发本病。

六、贲门黏膜撕裂综合征的临床表现有哪些?

1. 呕吐或恶心 几乎所有患者发病时都伴有呕吐或恶心,少数患者虽然呕吐并不剧烈也可导致本病的发生。
2. 呕血或黑便 腹内压及胃内压骤然升高时易造成黏膜的撕裂,从而引起呕血或黑便。此外,该处血管多为黏膜下横行动脉,容易造成大出血,甚至休克或死亡。
3. 上腹部疼痛 多表现为上腹部不适或剑突下和胸骨后疼痛。
4. 休克 因失血过多所致。

七、贲门黏膜撕裂综合征的诊断要点有哪些？

询问病史，对于剧烈呕吐后引起的呕血和黑便要高度怀疑本病，通过胃镜检查可以确诊，最好在 48 小时内进行。

八、贲门黏膜撕裂综合征的治疗有哪些注意事项？

1. 一般采取内科保守治疗，如禁食止呕等对症治疗，也可遵医嘱使用抑酸剂和止血药物。
2. 内镜是确诊贲门黏膜撕裂综合征的首选方法，如患者有活动性出血，应立即行急诊内镜下治疗。
3. 若内科保守治疗及内镜下治疗无法控制出血，可行血管造影栓塞及急诊手术治疗。

九、贲门黏膜撕裂综合征的患者应该如何护理？

1. **心理护理** 耐心解释各种治疗手段，指导患者以良好的心态主动配合治疗。
2. **一般护理** 在行急诊胃镜检查时，术前按上消化道出血护理常规，指导患者禁食禁水，协助取侧卧位或头偏向一侧；保持呼吸道通畅、吸氧；绝对卧床休息，协助医师完成各项辅助检查；严密观察病情变化，建立有效静脉通道，术前常规应用抑酸药物。
3. **饮食护理** 在急性出血期要严格禁食禁水，予以静脉止血、补液等对症支持治疗，出血停止后 1~3 日，可给予温凉流质饮食，以后逐步过渡到正常饮食，避免进食坚硬、粗纤维及辛辣刺激食物。
4. **其他** 避免剧烈呕吐和用力咳嗽，保持大便通畅。

十、贲门黏膜撕裂综合征的术后并发症有哪些？

1. **穿孔** 一般很少发生，一旦患者出现呼吸急促、腹肌痛、颈部皮下气肿时，则提示食管已发生全层破裂，须立即外科手术治疗。
2. **再出血** 多发生于首次内镜治疗后的前几日。
3. **预防肺部感染及误吸** 及时清理口腔、咽喉部及呼吸道的分泌物和呕吐物，以免呕吐物误吸入呼吸道而致窒息。
4. **其他** 如胸骨后疼痛、食管胃壁内血肿及瘢痕狭窄等。

十一、如何对贲门黏膜撕裂综合征的患者进行出院指导？

指导患者养成良好的生活习惯，戒烟戒酒，保持心情舒畅，注意劳逸结合，适当进行体育锻炼提高自身免疫力，避免提重物及增加腹压的动作，避免进食辛辣刺激性食物，少食多餐，细嚼慢咽，进食高热量、高维生素、低盐、低脂饮食，保持大便通畅，定期复查，如有再出血应及时就诊。

十二、什么是食管-贲门失弛缓症？

食管-贲门失弛缓症是一种病因和发病机制尚不明确，累及食管平滑肌及 LES 的动力障碍性疾病，以吞咽时食管体部蠕动消失、LES 松弛障碍为特征的一种疾病。食管-贲门失弛缓症包括原发性和继发性两类，其发生可能与病毒感染、环境因素、自身免疫及遗传等多因素相关。目前所有的治疗方法仅能缓解其症状并不能对其进行根治。

十三、食管-贲门失弛缓症有哪些典型的临床症状？

1. **吞咽困难** 早期即出现，为间断性发生，可自动缓解。早期进食固体食物后出现胸骨后受阻感，后期进食流食也可诱发病。
2. **胸痛** 表现多样性。如痉挛痛、针刺痛、闷胀痛、灼痛等。发作时应注意与心绞痛区分。
3. **反流** 多发生在餐后，吞咽困难逐步加重，食物大量滞留于食管内，没有进入胃腔内，随着体位的变化，食物从食管中反流出来。
4. **呼吸道症状** 因反流物流入呼吸道内引起呼吸道反复感染，在夜间可出现阵发性呛咳。

十四、如何对食管-贲门失弛缓症进行诊断？

可行食管钡餐造影、内镜检查及食管测压等对食管-贲门失弛缓症确诊。食管钡餐造影的典型临床表现为在食管的远侧可呈现出“鸟嘴”样改变，贲门处钡剂通过受阻。内镜检查可见食管腔内滞留的食物和黏液，体部呈扩张、无张力状，多呈扭曲状。食管测压检查目前被认为是食管-贲门失弛缓症诊断的金标准，食管测压的敏感度较高，可在早期发现异常。

十五、食管-贲门失弛缓症有哪些治疗手段？

食管-贲门失弛缓症的治疗主要是通过降低 LES 张力，松弛食管下段，解除梗阻的对症治疗。治疗手段主要包括药物治疗、内镜下治疗、手术治疗等 3 个方面，每种治疗手段各有优缺点，须根据具体情况选择合适的治疗方法。

十六、食管-贲门失弛缓症的饮食护理要点？

由于吞咽困难、反流、胸痛等症状，食管-贲门失弛缓症患者对进食多有恐惧感，应做好饮食宣教。早期应少食多餐，进食质软、热量较高的食物，细嚼慢咽，可增加营养吸收、提高机体抵抗力。避免过冷、过热、辛辣刺激食物。食管-贲门失弛缓症晚期患者因食管极度扩张导致食物滞留，可酌情给予禁食、静脉营养支持等治疗。

十七、食管-贲门失弛缓症的患者术后如何进行出院指导？

1. 指导患者出院后两周内禁食辛辣、刺激性食物，宜进食细软易消化饮食，避免劳累；如有胸痛等不适，注意观察大便情况，防止因为饮食不当导致滞后性出血的发生。

2. 定期随访，嘱患者餐后不能立即平卧，要坐立 1~2 小时后再平卧，休息时可抬高床头 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

3. 建立健康教育手册，使患者及家属对疾病的治疗、护理、预防、饮食、运动及注意事项等有较全面的了解，养成良好的生活习惯，按时复查，定时服药，若出现不良症状，及时就诊。

十八、什么是食管癌？

食管癌是指由食管鳞状上皮或腺上皮异常增生所形成的恶性病变，是一种常见的消化道肿瘤，在消化道肿瘤中的发病率仅次于胃癌。我国是食管癌的高发地区之一，好发于食管的中下段，以鳞癌为主，腺癌则好发于食管贲门部。根据病理形态可将食管癌分为髓质型、蕈伞型、溃疡型和缩窄型，食管癌主要的转移方式为淋巴转移。

十九、食管癌的临床表现有哪些？

食管癌早期常无明显症状，在吞咽生冷、坚硬食物时常会有不适感，包括哽咽感、食管内异物感及胸骨后疼痛。中晚期食管癌的典型症状为进行性吞咽困难，患者常表现为逐渐消瘦和营养不良，当癌肿侵犯喉返神经时可表现为声音嘶哑，侵犯主动脉溃烂破裂时可引起大量呕血，侵犯气管时可导致食管气管瘘，侵犯肝脏时可导致腹水等，持续背痛或胸痛为晚期症状。

二十、什么是食管癌前病变？食管癌的癌前疾病有哪些？

癌前病变是指一些具有发展为癌变潜能的良性病变，如果治疗不及时，有可能发生癌变。食管鳞状上皮的不典型增生是食管癌重要的癌前病变。根据细胞异型增生的程度和上皮累及的深度可将食管鳞状上皮的不典型增生分为 I~III 级不典型增生，其中 III 级不典型增生又称为高级别内瘤变，如果不及治疗，进一步可发展为浸润癌。食管癌常见的癌前疾病包括食管乳头状瘤、巴雷特食管、食管溃疡经久不愈、缺铁性吞咽困难等。

二十一、食管癌发生的诱因有哪些？

1. 亚硝胺类 腌制的酸菜内含量较高，是一种很强的致癌物质。
2. 真菌因素 长期食用霉变的食物。