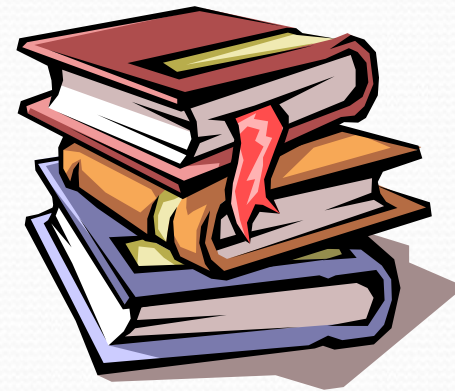


# 第四章 消化系统疾病 重症病人的护理

华西医院呼吸ICU 李建芳  
13980683842@163.com

# 主要内容

- 消化系统的监护
- 急性重症胰腺炎的护理



# 概述

- 消化系统由消化管和消化腺两部分组成
- 主要功能是摄取食物，消化食物、吸收营养物质，排出食物残渣
- 消化系统与全身：整体性



# 消化系统疾病的评估

护理评估资料

患者及家属：病史、心理社会

患者：主诉、体格检查、临床观察

病历：完整病史、辅助检查  
治疗方案

# 消化系统的常见症状

- 厌食、恶心呕吐、暖气与反酸、咽下困难、胸骨或剑突下烧灼感
- 腹胀、腹痛
- 腹泻与粪便性状改变、便秘
- 呕血、便血
- 皮肤与巩膜黄染。

□腹痛

□腹胀

□呕吐与排便改变





# 腹痛的类型

- **内脏性疼痛**：痛感弥散，定位不准确；疼痛过程缓慢、持续，由植物神经传导（主要是交感神经）。
- **躯体性疼痛**：能准确反映病变刺激的部位，常引起肌紧张，由躯体神经的感觉纤维传递。
- **牵涉性疼痛**：某个内脏病变所产生的痛觉信号，被定位于远离该内脏的身体其他部位。

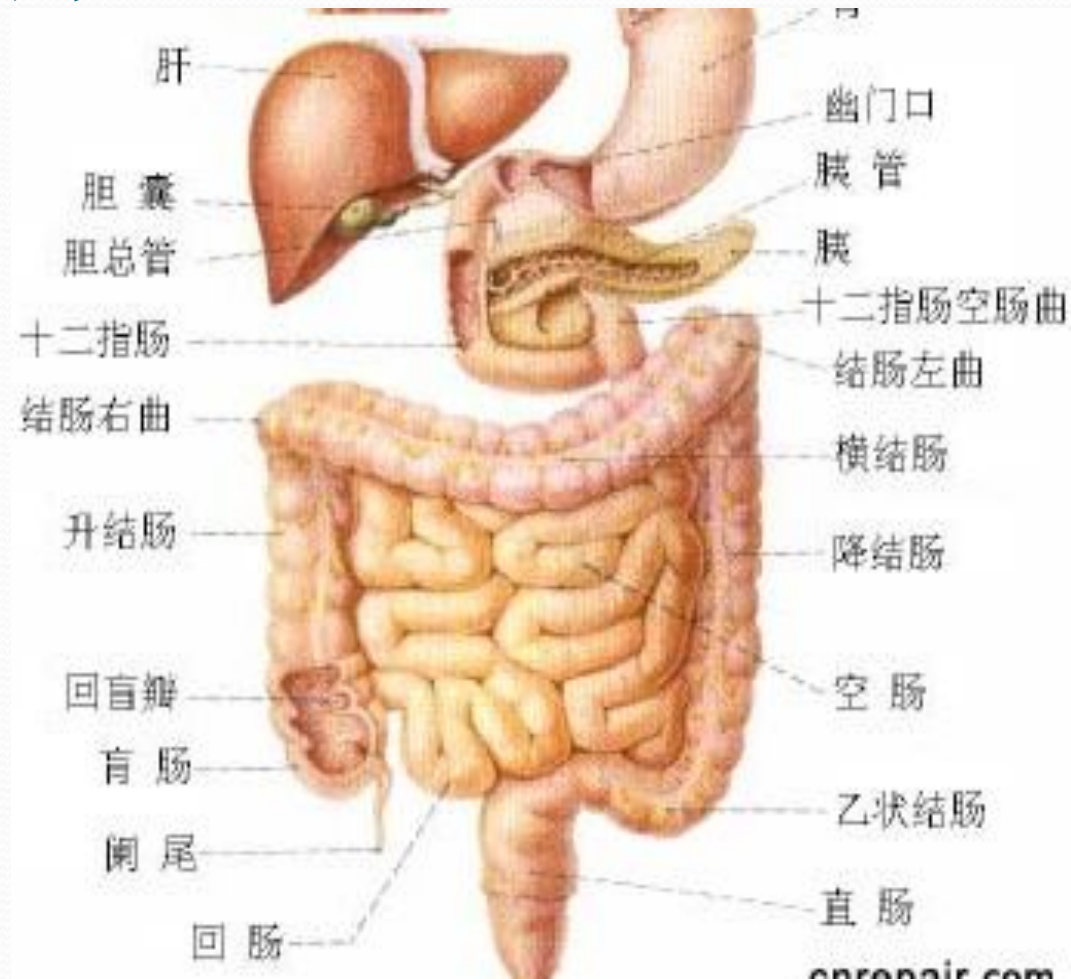
# 腹痛的观察要点

- 疼痛的部位、起始情况、程度、性质、时间、与饮食的关系。
- 持续性、渐进性或是间歇发作
- 症状加重和缓解的因素及规律性
- **伴随症状** 发热、呕吐、排便的改变、腹胀、腹膜刺激征、皮肤与巩膜黄染。休克、神经精神症状等。



# 腹痛的部位

## 内脏分布图





穿孔性

炎症性

缺血性

出血性

腹痛原因

梗阻性

功能紊乱

# 穿孔性病变

- ▶ 常见：胃十二指肠穿孔
- ▶ 突发性上腹部刀割样疼痛
- ▶ 舟状腹，迅速出现腹膜刺激征
- ▶ 移动性浊音、有气腹表现
- ▶ 肠鸣音消失
- ▶ 诊断性腹穿



# 炎症性病变

- ▶ 常见：急性胆囊炎、胆管炎、胰腺炎、阑尾炎、胃肠炎、盆腔炎等。
- ▶ 有体温升高，血白细胞及中性粒细胞增高
- ▶ 腹痛由轻到重，呈持续性
- ▶ 有固定压痛点
- ▶ 可伴有腹膜刺激征

# 出血性病變

- ▶ 常見：肝脾破裂、腹主動脈瘤破裂、潰瘍出血、食管胃底靜脈曲張破裂、異位妊娠等
- ▶ 以失血性表現為主
- ▶ 可有不同程度的腹膜刺激征
- ▶ 移動性濁音：腹水量 $>1000\text{ml}$
- ▶ 腹腔穿刺：不凝血

# 失血性周围循环衰竭表现

- 心率增快、血压降低、脉压减小
- 晕厥、口干、烦躁
- 尿量减少
- 冷汗、面色苍白、皮肤湿冷等

液体好难打!



# 梗阻性病变

- 常见：肠梗阻、肠套叠、结石、胆道梗阻
- 起病急
- 阵发性绞痛—持续性疼痛，阵发性加剧
- 初期多无腹膜刺激症
- 伴随症状：呕吐，大便改变，黄疸，血尿等

## 缺血性病變

- ▶ 常見：腸扭轉、腸系膜動脈栓塞、絞窄性疝
- ▶ 病情發展迅速
- ▶ 呈持續性腹痛陣發性加劇或持續劇痛
- ▶ 易出現腹膜刺激征或休克

# 急性腹痛的判断

## ● 外科性急腹症

- ✓ 先腹痛，后有发热等伴随症状。
- ✓ 腹痛或压痛部位比较固定，程度重。
- ✓ 可伴腹膜 刺激征。
- ✓ 如消化道穿孔、结石、肠梗阻、阑尾炎等



# 急性腹痛的判断

- 内科性急腹症：
  - ✓ 先热后痛。
  - ✓ 腹痛多无固定部位，程度轻。
  - ✓ 如急性胃肠炎、心肌梗死、大叶性肺炎等

# 急性腹痛的判断

- 妇产科急腹症

- ✓ 突发性下腹部撕裂样疼痛，向会阴部放射。
- ✓ 伴恶心、肛门坠胀感，可伴阴道不规则流血；出血多时出现 休克。
- ✓ 常见异位妊娠、巧克力囊肿破裂。



□ 腹痛

□ 腹胀

□ 呕吐与排便改变



# 腹胀

- 主诉
- 腹部膨隆情况
- 测腹围
- 腹内压的测量



# 腹内压力增高对机体的影响1

- **肺功能：**表现为呼吸增快和呼吸困难，低氧血症和高碳酸血症，气道压力升高
- **血流动力学：**使回心血量下降，心输出量减少，肺毛细血管嵌压及中心静脉压偏高
- **肾脏：**血液灌注减少；肾小球滤过滤降低以及肾小管钠水潴留

## 腹内压力增高对机体的影响2

- **肠道功能：** 肠道通透性增加和内毒素细菌移位
- **脑功能：** 颅内压升高，脑灌注压下降，可有精神症状
- **腹壁：** 腹壁血流下降，切口极易感染或裂开。



## 腹内压力增高的相关因素

- 呼吸系统疾病、胃肠道疾病及全身感染是易发ACS的主要危险因素
- 患者的创伤或基础疾病严重，往往伴有肠功能衰竭
- 大量输液和机械通气均可伴发腹胀

# 腹腔间室综合征

- 一般来讲，腹腔内压（**intra-abdominal pressure, IAP**）增加到**>25 cmH<sub>2</sub>O**时，就会引发脏器功能障碍，出现腹腔间隔室综合征（**abdominal compartment syndrome, ACS**）。
- **ACS**指继发于腹内压急剧升高的脏器功能不全。主要表现为恶心、呕吐、腹胀、呼吸困难、肠鸣音减弱或消失。

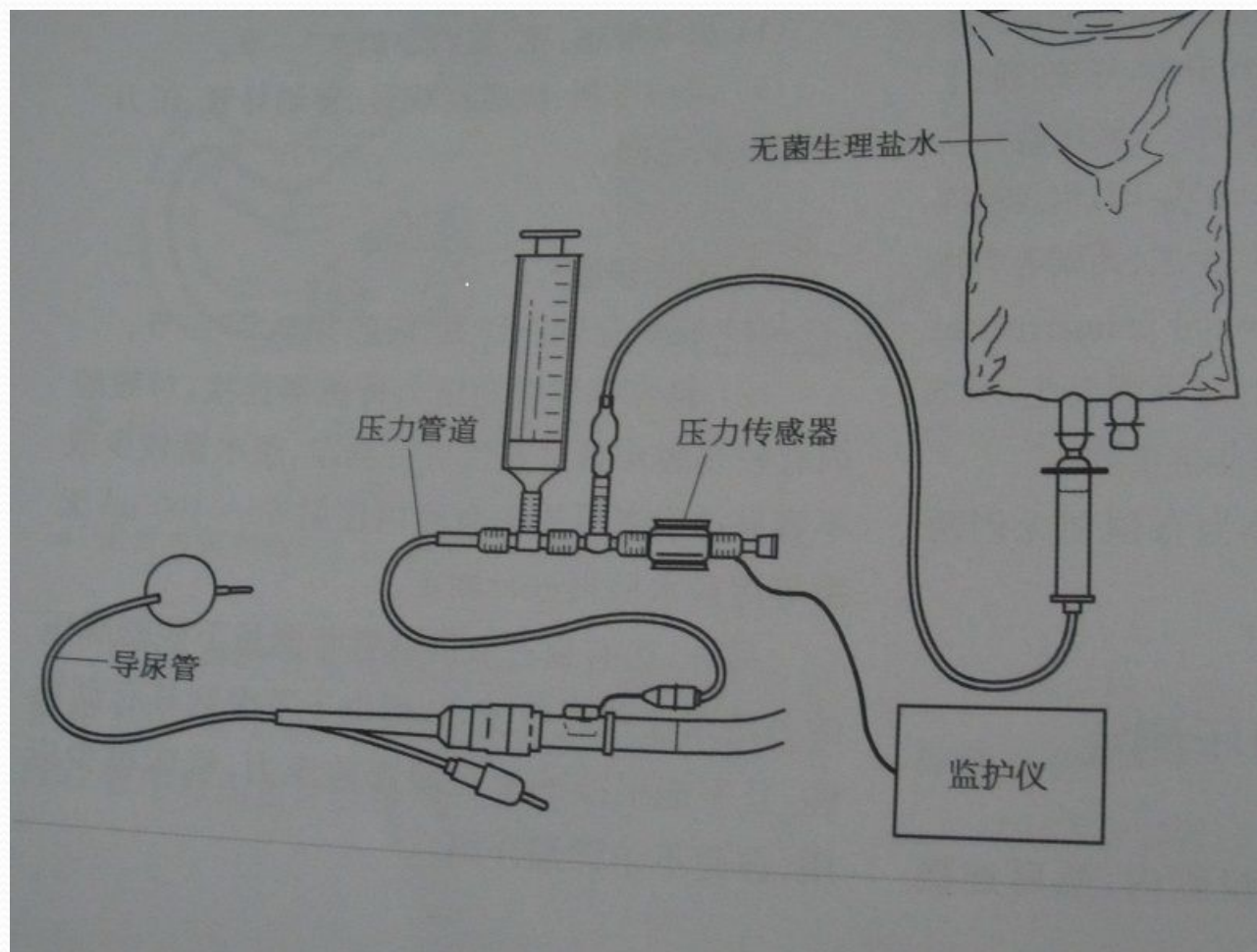
## Burch腹内高压分级体系

- **I级**: 10-15 cmH<sub>2</sub>O      维持血容量正常
- **II级**: 16-25 cmH<sub>2</sub>O      维持血容量正常+严密监测
- **III级**: 26-35 cmH<sub>2</sub>O      考虑行减压术
- **IV级** : >36 cmH<sub>2</sub>O      手术开腹减压



# 腹腔内压测定：经导尿管膀胱测压法

- 平卧
- 以耻骨联合作为0点
- 排空膀胱后
- 通过导尿管向膀胱内滴入50-100ml生理盐水
- 测得平衡时水柱的高度即为腹腔内压。



## 腹内压测量装置（压力监测仪）

# 影响因素

- 膀胱：神经源性膀胱、小膀胱、感染
- 液体温度、放液过快
- 测量因素
- 腹胀范围



## 腹胀的处理

- 饮食调整、减压
- 药物：杜秘克、中药
- 灌肠：开塞露、中药
- 热敷：小茴香、芒硝
- 手术减压





□ 腹痛

□ 腹胀

□ 呕吐与排便改变



## 呕吐

- 观察与记录呕吐次数与量、呕吐物性质、气味、颜色、有无隔宿食物。必要时留取标本送检。
- 胃内积血量达250-300ml时可引起**呕血**





# 大便的观察

- 排便的次数与量、粪便性质、颜色、气味、有无里急后重表现。
- 大便隐血实验阳性提示每日出血量大于5-10ml;
- 出现黑便表明出血量在50-70ml以上;

## 急性上消化道大出血

- ▶ 在数小时内失血量超过 1000ml或循环容量的20%。
- ▶ 常见原因：消化性溃疡、食道胃底静脉曲张破裂、胃炎、胃肿瘤。
- ▶ 临床表现取决于出血病变的性质、部位、出血量及出血速度，并与患者全身情况有关。

## 监测出血征象

- ▶ 记录呕血、黑便和便血的频度、颜色、性质、次数和总量，定期复查红细胞计数、血红蛋白、HCT与血尿素氮。
- ▶ 生命体征和循环状况：监测意识状态、脉搏和血压、肢体温度、皮肤和甲床色泽、周围静脉特别是颈静脉充盈情况、尿量等。



# 活动性出血的表现

- 呕血或黑便次数增多、颜色变鲜红。
- 胃管抽出物有较多鲜血；内镜检查
- 经快速输液输血，周围循环衰竭的表现未见明显改善，或虽暂时好转而又恶化，中心静脉压仍有波动，稍稳定又再下降；
- 红细胞计数、血红蛋白测定和Hct继续下降，网织红细胞计数持续增高；
- 补液和尿量足够的情况下，血尿素氮持续或再次增高；

# 出血停止

- ▶ 胃肠减压通畅且无继续引出液
- ▶ 患者症状好转
- ▶ 脉搏及血压稳定
- ▶ 尿量足





# 消化系统常见护理问题

**疼痛：**与腹腔内器官炎症、出血、损伤有关

**体液不足：**腹腔内液体渗出、呕吐或禁食等所致的液体丢失有关

**营养失调：**与减少进食量及异常消化功能有关

**恐惧/焦虑：**与腹痛有关

**活动无耐力**



# 急性腹痛未明确诊断前： 五禁四抗

✓ 禁食、水

✓ 禁用止痛剂

✓ 禁用热敷

✓ 禁灌肠及使用泄剂

✓ 禁止活动

✓ 抗休克

✓ 抗感染

✓ 抗水、电解质和酸碱  
失衡

✓ 抗腹胀

## 减轻疼痛

- 非休克病人取半卧位
- 禁食和胃肠减压
- 解痉和镇痛

# 休克的评估

- 体温、脉搏、呼吸及体温、中心静脉压的变化。
- 神智及表情。
- 皮肤的颜色、温度、湿度及肢端冷湿度。
- 口唇颜色。
- 甲床的颜色及毛细血管再充盈情况。
- 周围静脉及颈静脉是否有塌陷。
- 尿量。
- 胃粘膜pH值



# 补充容量

- 准确记录出入量：尿量、各种引流液、汗
- 补液有效的指标：
  - ✓ 意识恢复，四肢末端由湿冷、青紫转为温暖、红润，肛温与皮温差减小( $1^{\circ}\text{C}$ )
  - 脉搏由快弱转为正常有力，收缩压接近正常，脉压差大于30 mmHg
  - 尿量多于0.5 ml/kg/h；中心静脉压改善

## 留置胃管的护理

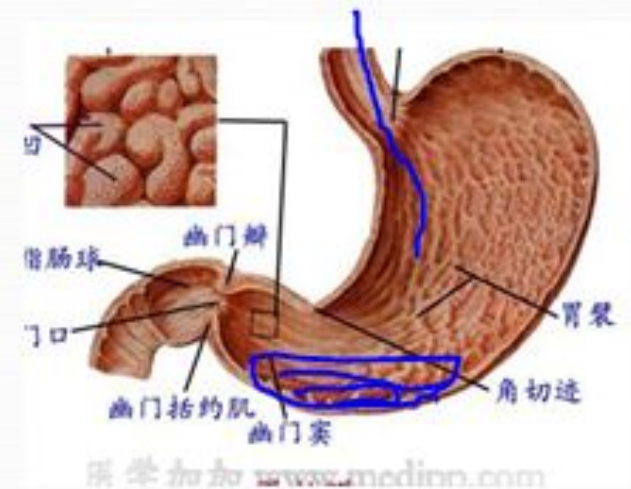
- ▶ 引流液的量与性状、气味
- ▶ 胃肠减压负压是否有效
- ▶ 妥善固定
- ▶ 通畅性

“引流出黄绿色胃液”？吐啦？



# 胃管置入长度

- 胃肠减压患者胃管置入长度及效果分析. 包立亚. 中国现代医药杂志. 2011. 13(12):134-135
- 传统法留置胃管置入长度45~55cm, 引流效果欠佳
- 胃管远端侧孔距顶端长度一般在10~12.6cm 之间





- **建议：**发际至剑突的长度或耳垂至鼻尖再到剑突的长度， 将两个结果进行比较，若长度相同，则再增加15cm，若两长度不同按长者再增加10cm。
- **效果：**引流量、肠蠕动恢复时间、腹胀改善的程度、胃管留置时间均有显著差异。

## 胃肠减压器放置高度？

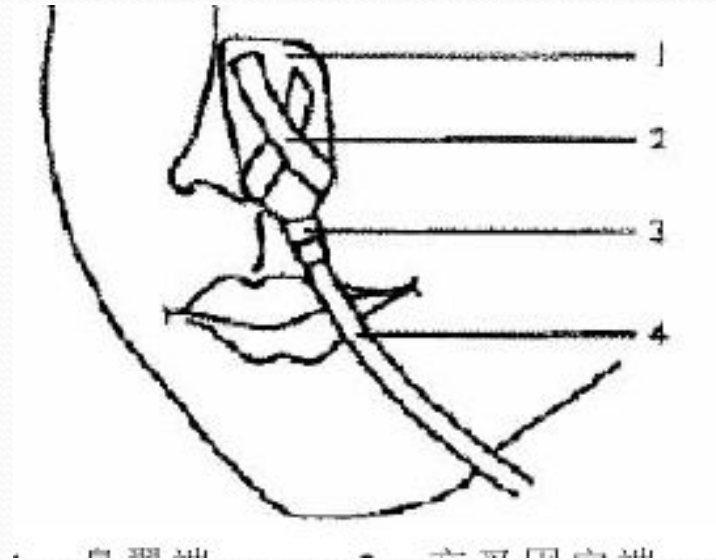
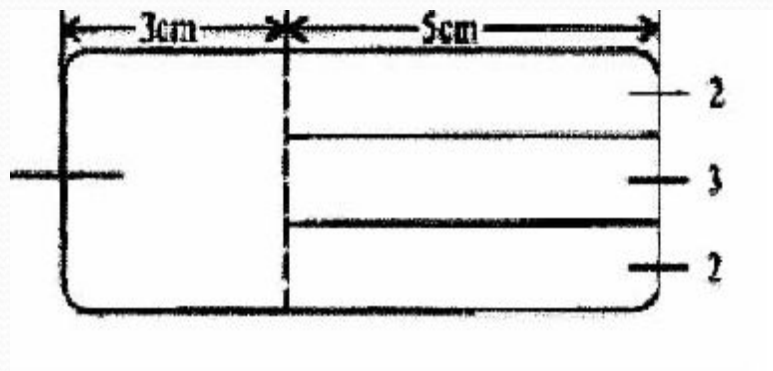




# 胃管固定方法

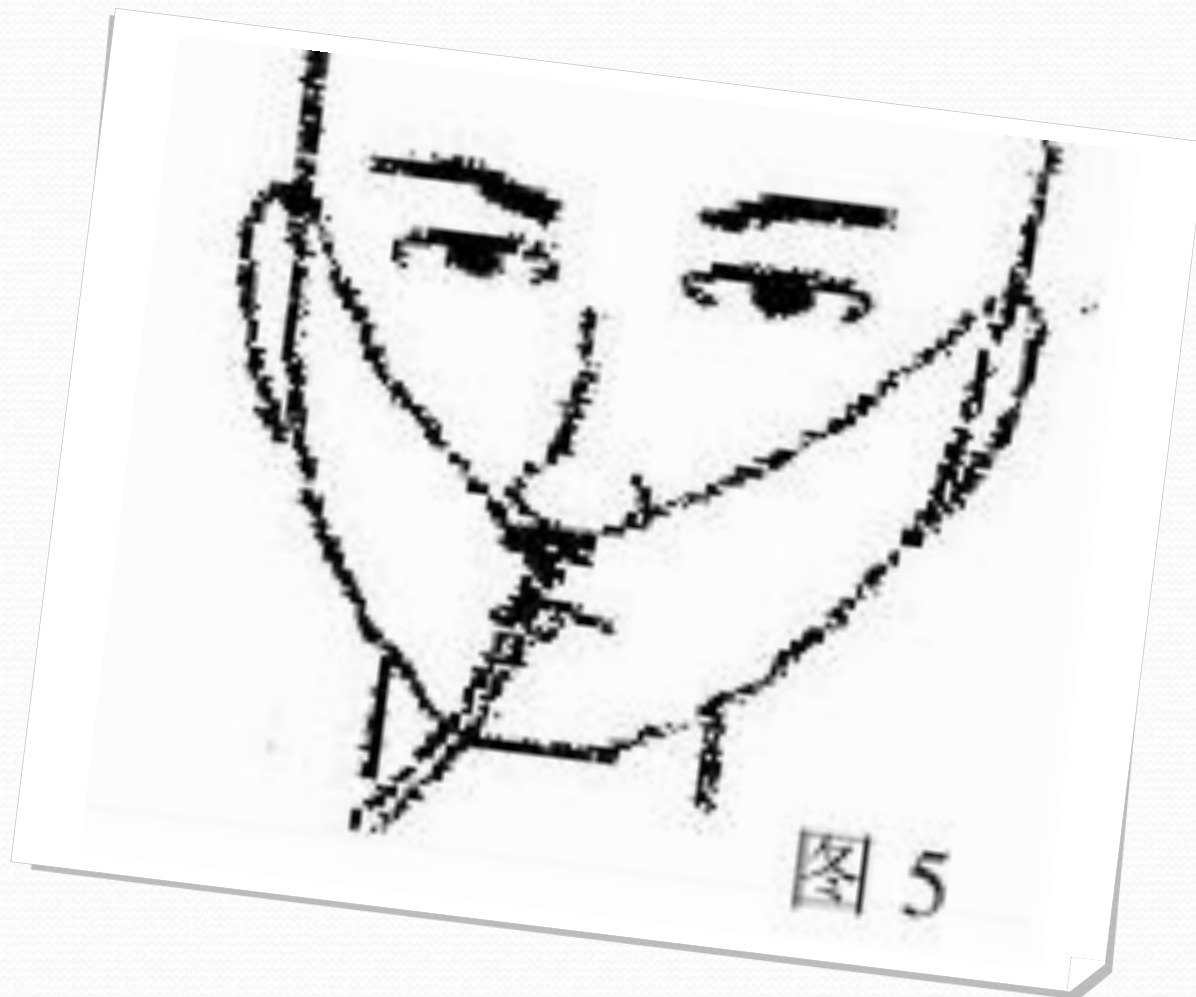
- 临床胃管固定方法护理进展(综述). 张玲妹. 安徽卫生职业技术学院学报 2009 , 8 (5) :85-86
- 传统胶布固定法
- 双套结固定法



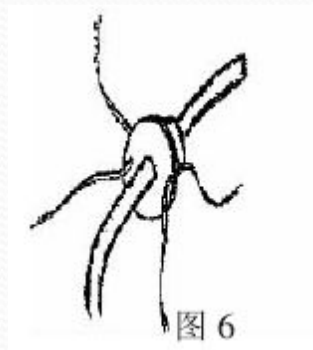


## 三叉胶布胃管固定法

# 烧伤病人胃 管固定法

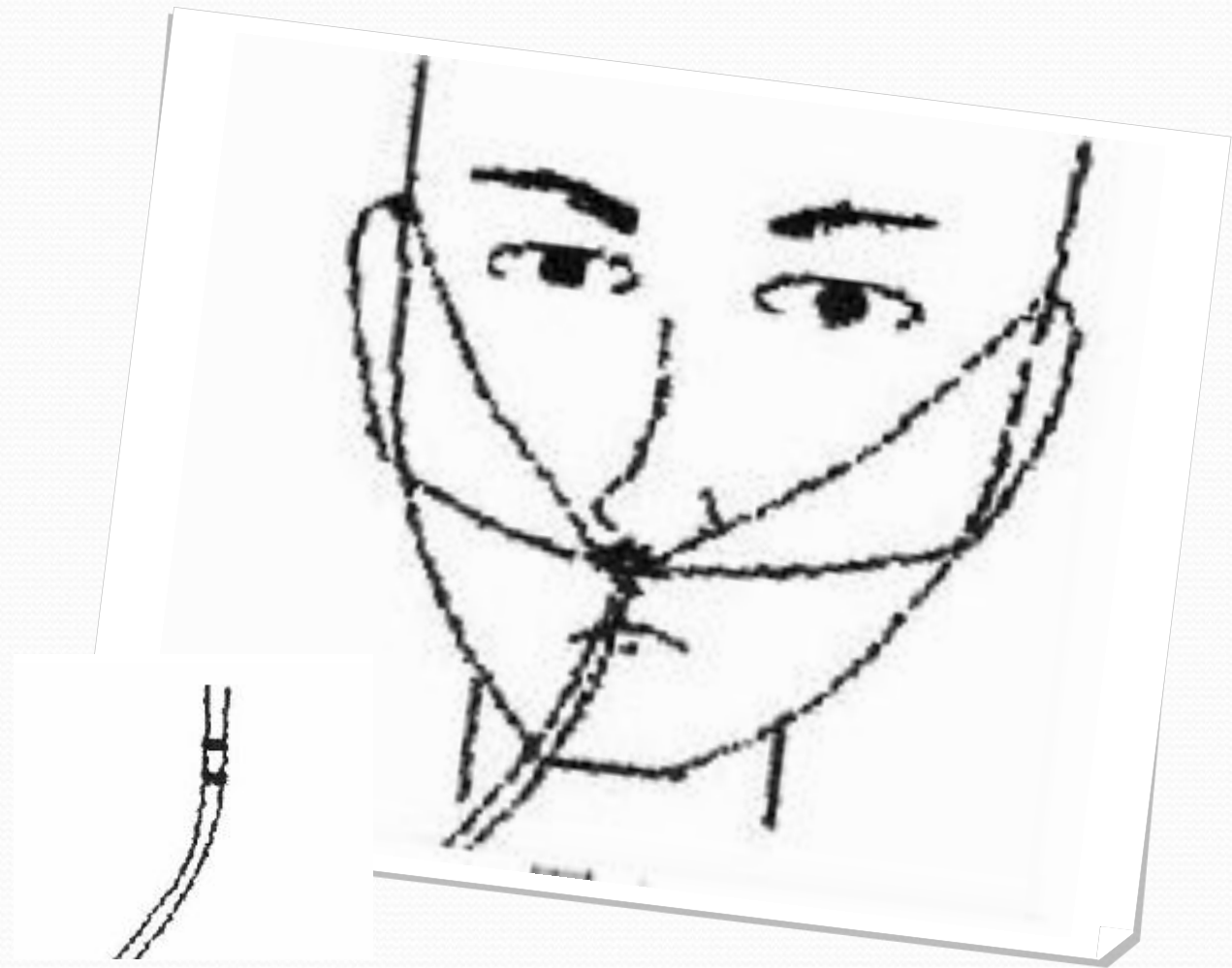


## 鼻饲管改良后 固定法





# 胃管“8”悬吊法示意图



## 双囊三腔管的护理

- 一般留置时间为24-72小时。
- 病人体位。
- 减压：放置24小时后，食管囊应放气15-30分钟，气囊充气加压12-24小时应放松牵引，放气15-30分钟。
- 拔管：拔管前口服液体石蜡20-30ml，先放空食管气囊，再放空胃气囊，并继续观察12-24小时，无出血再拔管。

## 双囊三腔管的护理

- 当胃囊充气不足或破裂时的紧急处理
- 定时冲洗胃管，保持管道通畅。
- 抬高床头，充分镇痛镇静
- 防止反流及误吸
- 观察鼻腔皮肤有无缺血坏死。



# 腹部大手术术后监护

- 腹部大手术的特点
  - ✓ 手术范围大，术中渗血多。
  - ✓ 伤及组织多。
  - ✓ 术中失血、失液多，体液易于转移。
  - ✓ 全身应激反应强烈，对重要脏器功能影响大。
  - ✓ 麻醉时间长。

## • 腹部大手术的术后监护项目

- ✓ 生命体征监测。
- ✓ 全麻病人的神志变化，记录清醒时间。
- ✓ 尿量、24小时出入量。
- ✓ 各种管道引流量，引流液的性状、颜色、气味。
- ✓ 心肺、腹部体征。
- ✓ 监测血生化。

## 专科护理

- ✓ 持续吸氧。
- ✓ 胃肠减压、抗腹胀。
- ✓ 维持内环境平衡。
- ✓ 半卧位：全麻清醒、硬膜外麻醉6小时。
- ✓ 镇静止痛。
- ✓ 营养支持。
- ✓ 管道护理。
- ✓ 体液的观察
- ✓ 并发症的观察



## 腹部大手术常见的严重并发症

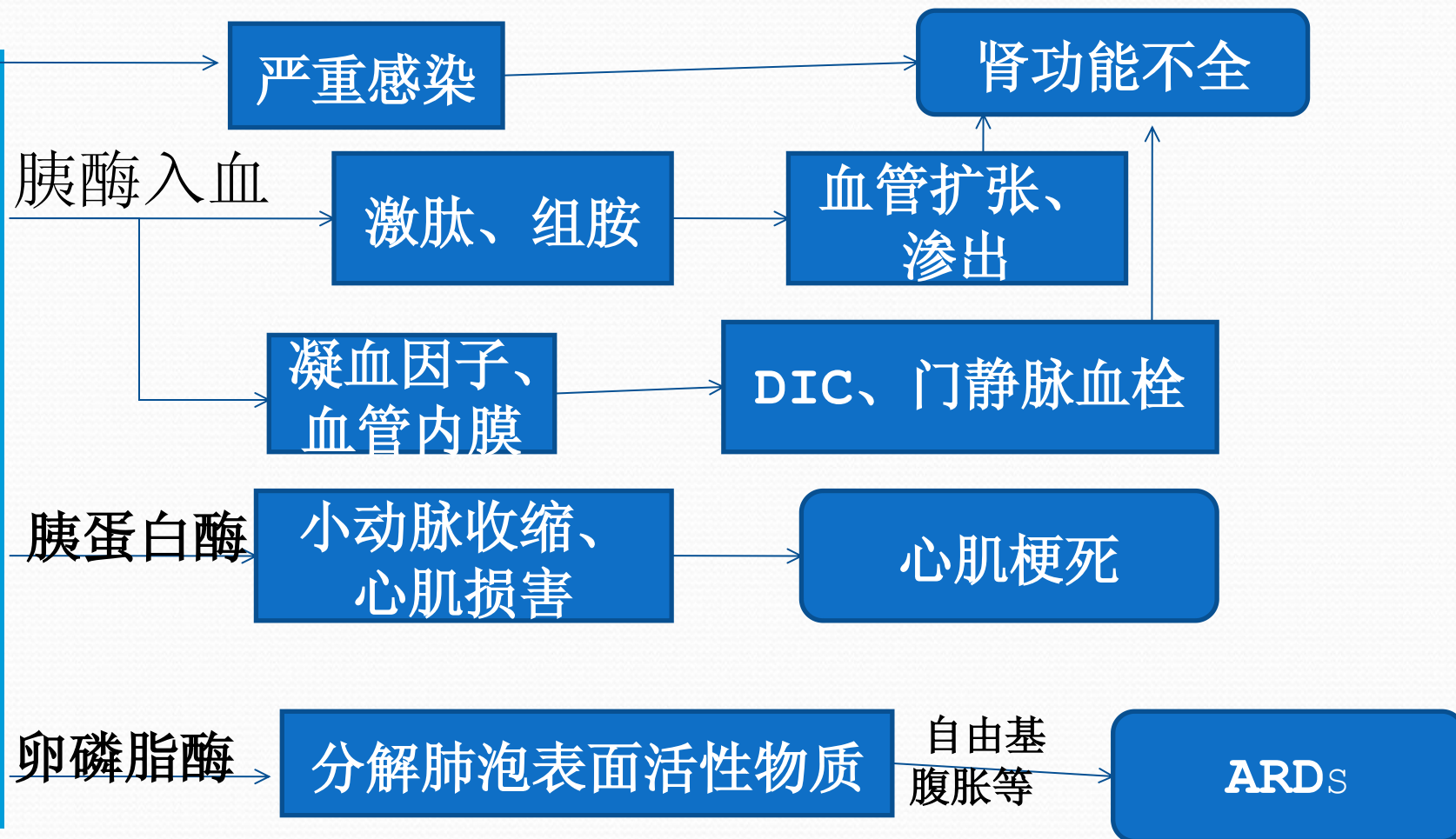
- **急性大出血：** 早期低血容量休克表现；呕血便血；引流管较多血性液引出。
- **呼吸功能衰竭**
- **严重感染：** 腹腔、肺部、全身
- **伤口裂开**

# 急性重症胰腺炎的监护

- 基础
- 护理诊断
- 一般护理措施
- 急性反应期的监测
- 体液复苏
- 血糖监护
- 感染的控制
- 管道护理
- 皮肤护理



# 胰腺出血性坏死





# SAP常见并发症

- 假性囊肿、胰周脓肿；
- 心动过速，低血压，或休克；
- 肺不张、胸腔积液和呼吸衰竭；
- 急性肾功能衰竭；
- 胰性脑病

# ARDS

- **ARDS**是**SAP**最常见早期并发症，主要表现为呼吸困难，频率>28次/分或烦躁不安，给氧后无改善，血气分析：氧分压进行性下降， $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ 。
- 早期给予呼吸支持，维持呼吸道通畅，给予雾化吸入等胸部物理治疗
- **PEEP**的使用
- 俯卧位通气

# 重症胰腺炎的病程

分期	时间	主要临床表现
急性反应期	发病至2周	可有休克、呼吸功能障碍、肾功能障碍和脑病等并发症
全身感染期	2周~2月	以全身细菌感染、深部真菌感染或双重感染为主要临床表现
残余感染期	2~3月后	主要表现为全身营养不良，存在后腹膜或腹腔内残腔，常常引流不畅，窦道经久不愈，伴有消化道瘘



# 1. 护理诊断

- ◎ 疼痛 与胰腺及其周围组织炎症有关。
- ◎ 体液不足 与体液外渗及血管扩张有关
- ◎ 营养失调 低于机体需要量
- ◎ 感染加重的危险。
- ◎ 自理缺陷 。
- ◎ 皮肤完整性受损的危险
- ◎ 潜在并发症：电解质紊乱、休克、MODS、ARDS、肾功能衰竭、出血、低血糖

## 2. 一般护理措施

- 卧床、禁食、胃肠减压
- 遵医嘱给予镇痛药物
- 预防和迅速纠正休克
- 营养支持
- 严密监测病人的体温变化，必要时给予物理降温或药物降温。
- 基础护理：保持病人清洁，协助调整体位，及时清除排泄物及渗出液，做好病人的皮肤保护。



### 3. 急性反应期的监测

- 基本生命体征：神智、HR、RR、BP、SPO<sub>2</sub>
- 循环监测：BP、CVP、尿量、皮肤黏膜、肢端循环。
- 呼吸监测：呼吸频率、状态、肺部听诊、FiO<sub>2</sub>、SPO<sub>2</sub>、血气分析、胸部x线
- 消化监测：营养状况、黄疸、腹部体征（外观、腹膜刺激征、腹水、腹压）、胃肠功能（肠鸣、胃液、大便）
- 其它器官功能：肾功、肝功、血糖、血尿淀粉酶
- 辅助检查：x线、B超、CT、其它实验室检查



## 4. 体液复苏

- **急性反应早期**：发病后3~4 d之内，表现为进行性加重的体腔积液、组织水肿和严重的分布性休克。 **维持有效循环血容量，保证器官灌注**
- **急性反应后期**：发病后5天至2周，有效循环容量初步恢复或稳定，但组织水肿依然存在。 **适当增加胶体量**
- **全身感染期**：组织水肿依然存在，腹腔间隔室综合征。**以“稳”为主**

## 5. 血糖监护

- 严密监测血糖及与血糖改变相关的症状和体征。
- 若在排除休克的情况下病人出现冷汗、眩晕、意识水平下降等，应考虑低血糖反应。
- 血糖浓度居高不下或波动太大，最好能每小时监测血糖，根据血糖水平调整外源性胰岛素补充的量及速度。
- 注意含糖液的进入速度。



## 6. 感染的控制

- 病人应安置于一个环境清洁、相对隔离的单间，保持室内合适的温度及湿度。
- 监测病人的体温，高热病人应每小时监测体温。
- 监测气道分泌物、尿液、腹腔引流液的性状、气味、颜色及细菌学检查等。
- 保持各种引流管道通畅，做好各种管道护理。
- 保持引流口及伤口无菌，敷料清洁、干燥。



## 感染的控制2

- 进行各种侵入性操作时应严格遵循无菌原则。
- 做好人工气道护理，合理进行人工气道湿化及胸部理疗。
- 积极治疗各种感染病灶，包括褥疮。
- 改善病人营养，增强机体抵抗力。
- 根据药物敏感试验合理使用抗生素

## 7. 管道护理：SAP常见管道

- 胃管、鼻肠管
- 尿管、
- 气管插管
- 中心静脉置管、血透用股静脉置管
- 多根腹腔引流管
- 肛管

## 管道护理2

- 明确标记：名称、更换日期，记录长度
- 保护性约束
- 妥善固定，尤其翻身时
- 保持引流通畅，管道无扭曲、折叠
- 保持密闭，严格无菌操作
- 局部皮肤的护理，及时更换敷料
- 准确记录引流物的量及性状



# 鼻空肠管

- **防移位和滑脱**：记录导管插入深度，在鼻翼和同侧面颊处用宽胶布双固定
- **防堵塞**
  - ✓ 每次灌注营养液前后均用温水20~30ml冲洗管道；
  - ✓ 持续输注者应当6~8小时冲洗管道 1次；
  - ✓ 未使用者至少每天冲洗管道 1次。

## 腹腔引流管

- 保持有效的负压引流，负压宜大，以能吸引出腹腔液体、引流管周围无渗出液为宜。
- 如见坏死组织堵塞管道，应及时挤压维持通畅。
- 如有血性液引出，应立即减小负压并通知医生。
- 密切观察冲洗液与引流液在量上的对比及引流液的量、色、性、味等。
- 防脱管

## 8. 皮肤完整性受损的危险因素

- 腹泻
- 局部长期受压
- 腹部渗液浸渍
- 造瘘
- 营养不良



# 皮肤护理1

- 腹泻

- ✓ 加强会阴及肛周的清洁；
- ✓ 皮肤保护：紫草油、鞣酸软膏、造口粉、皮肤保护膜等；
- ✓ 留置肛管、造口袋的使用。

- 局部长期受压

- ✓ 使用气垫床；
- ✓ 定时翻身；
- ✓ 减压敷料保护受压部位。

## 皮肤护理2

- 造瘘：造口护理
- 腹部渗液浸渍
- ✓ 维持腹腔引流管有效的负压吸引；
- ✓ 及时更换浸湿的敷料及床单，清洁皮肤；
- ✓ 使用皮肤保护膜、薄膜等隔离措施。
- 营养不良：营养支持

# 今天的内容

- 消化系统的监护：

腹痛、腹胀、出血；  
腹部大手术后的监护

- 急性重症胰腺炎的护理

监测内容、管道、皮肤的护理



谢谢！

欢迎讨论和交流！

# 病史

- 日常生活习惯
- 患病的起始情况、主要症状及其特点
- 既往检查、治疗经过及效果
- 既往疾病史及药物史、心理社会情况



# 体格检查

- 视诊：营养情况、腹部外形、呼吸运动、血管流动、胃肠型、蠕动波、皮肤黏膜颜色、湿度、弹性，色素
- 听诊：肠鸣音、血管杂音
- 触诊：腹部紧张度、有无压痛及反跳痛及其发生部位与程度；肝脾、包块及其性质
- 叩诊：实音、鼓音、移动性浊音

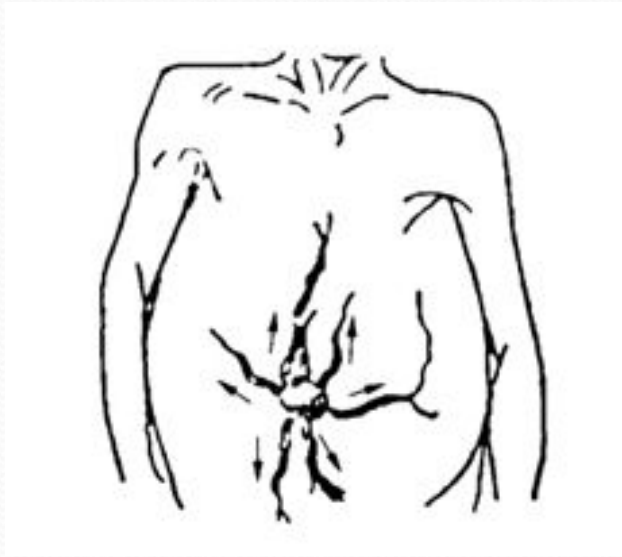


# 腹部膨隆



全腹膨隆：胃胀气、腹内积气、腹腔积液、巨大包块

# 腹壁静脉：血流方向



门静脉高压



下腔静脉梗阻



## Grey-turner征



## Cullen征





# 触诊

- 腹部触诊内容主要有腹壁紧张度、压痛、反跳痛、腹部包块、液波震颤及腹内重要脏器
- 腹肌紧张：全腹弥漫性、局限性紧张度增加
- 压痛和反跳痛：胆囊压痛点、阑尾压痛点
- 急性腹膜炎的可靠体征：压痛、反跳痛、肌紧张

# 叩诊

- 腹部叩诊的主要作用在于叩知某些脏器的大小和叩痛，胃肠道充气情况，腹腔内有无积气、积液和肿块等；
- 正常情况下，腹部叩诊大部分区域均为鼓音，只有肝、脾所在的部位，增大的膀胱和子宫占据的部位，以及两侧腹部近腰肌处为浊音
- 移动性浊音：腹水量>1000ml