



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

WAI KE HU LI



主编：周庆湘
主讲：周佳





外科护理



第十七章 胃肠疾病病人的护理

WEI CHANG JI BING BING REN DE HU LI



目录

> 第一节 胃十二指肠溃疡病人的护理

> 第二节 胃癌病人的护理

> 第三节 急性阑尾炎病人的护理

> 第四节 肠梗阻病人的护理

> 第五节 大肠癌病人的护理



第一节 胃十二指肠溃疡病人的护理

胃十二指肠溃疡（gastroduodenal ulcer）是指发生于胃十二指肠的局限性圆形或椭圆形的全层黏膜缺损。因溃疡的形成与胃酸-蛋白酶的消化作用有关，故又称为消化性溃疡（peptic ulcer）。大部分溃疡病病人经内科治疗可以痊愈，外科治疗主要用于急性穿孔、出血、幽门梗阻、药物治疗无效的溃疡病人以及恶变等情况。



一、病因

胃十二指肠溃疡病因较复杂，是多因素综合作用的结果，主要原因包括幽门螺杆菌感染、胃酸分泌异常和黏膜防御机制的破坏。

1. 幽门螺杆菌 (*helicobacter pylori*, HP) 感染 我国胃十二指肠溃疡病人HP检出率分别为70%和90%。HP属于革兰氏阴性杆菌，可产生多种酶，约1/2的HP菌株还可产生毒素，作用于胃黏膜，引起黏液降解，导致局部组织损伤，降低黏膜层的保护作用。

胃窦部HP感染还可以刺激局部胃泌素的释放，进一步加重胃黏膜的损害。

2. 胃酸分泌异常 溃疡只发生在经常与胃酸接触的黏膜处。胃酸过多时，激活胃蛋白酶，使胃十二指肠黏膜发生“自身消化”。

3. 胃黏膜屏障破坏 非甾体类抗炎药、肾上腺皮质激素、胆汁酸盐、酒精、咖啡因等均可破坏胃黏膜屏障，引起胃黏膜水肿、出血、糜烂，甚至溃疡。长期使用非甾体类抗炎药物者胃溃疡的发生率显著增高。

4. 其他因素 包括遗传、吸烟和心理压力等。

二、病理生理

本病属于慢性溃疡，多为单发。胃溃疡多发生于胃小弯，以胃角多见，胃窦部与胃体也可见，胃大弯、胃底少见。十二指肠溃疡主要发生在球部，球部以下的溃疡称为球后溃疡。典型的胃十二指肠溃疡呈圆形或椭圆形，可深达黏膜下层。若溃疡向深层侵蚀，可引起出血或穿孔。幽门处较大溃疡愈合后形成瘢痕可导致幽门梗阻。



三、护理评估

(一) 健康史

了解病人的年龄、性别、职业及饮食习惯、有无烟酒嗜好等；了解病人既往有无溃疡病史；了解病人治疗及用药情况，有无服用非甾体类消炎药等。

(二) 身体状况

1. 胃十二指肠溃疡



(1) 胃溃疡 腹痛多于进餐后0.5-1h开始，持续1-2h后消失。进食后疼痛不能缓解，有时反而加重，服用抗酸药物疗效不明显。压痛点位于剑突与脐间的正中线或略偏左。

(2) 十二指肠溃疡 临床表现为上腹部或剑突下烧灼痛或钝痛，主要为餐后延迟痛（餐后3-4h）、饥饿痛或夜间痛，进食后腹痛可暂时缓解，服用抗酸药物或进食能使疼痛缓解或停止。脐部偏右上方可有压痛。腹痛具有周期性发作的特点，秋冬季或冬春季好发。

表17-1 胃、十二指肠溃疡的鉴别

	胃溃疡	十二指肠溃疡
疼痛部位	剑突下正中或偏左	上腹正中或偏右
疼痛时间	餐后0.5-1h, 少有夜间痛	餐后3-4h, 常有夜间痛
疼痛性质	烧灼感、痉挛感	饥饿感、空腹痛
典型节律	进餐-疼痛-缓解	疼痛-进餐-缓解
好发人群	中老年	青壮年
好发部位	胃角、胃窦小弯	十二指肠球部

2. 胃十二指肠溃疡并发症

(1) 胃十二指肠溃疡急性穿孔

1) 症状：穿孔多突然发生于夜间空腹或饱食后。主要表现为突发性上腹部刀割样剧痛，并迅速波及全腹，但以上腹部为重。病人疼痛难忍，并有面色苍白、出冷汗、脉搏细速、血压下降、四肢厥冷等表现。常伴恶心、呕吐。有时伴有肩部或肩胛部牵扯痛。

2) 体征：病人呈急性面容，表情痛苦；全腹有明显的压痛和反跳



痛，以上腹部最为明显，腹肌紧张呈“木板样”强直；肝浊音界缩小或消失，可有移动性浊音；肠鸣音减弱或消失。

（2）胃十二指肠溃疡大出血

1) 症状：呕血和黑便是主要症状。多数病人只有黑便而无呕血，迅猛的出血则表现为大量呕血与血便。短期内失血量超过400ml时，病人可出现面色苍白、口渴、脉搏快速有力、血压正常或略偏高的循环系统代偿征象。

当失血量超过800ml时，病人可出现烦躁不安、出冷汗、脉搏细速、呼吸急促、血压下降、四肢湿冷等休克表现。

2) 体征：腹部稍胀，上腹部可有轻度压痛，肠鸣音亢进。

(3) 胃十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻

1) 症状：进食后上腹饱胀不适并出现阵发性胃痉挛性疼痛，伴嗝气、恶心、呕吐。反复呕吐大量宿食是最突出的症状，呕吐后病人自觉胃部舒适，故病人常自行诱发呕吐以缓解症状。



2) 体征：上腹部可见胃型和胃蠕动波，用手轻拍上腹部可闻及振水音。

（三）辅助检查

1. 实验室检查 胃十二指肠溃疡急性穿孔病人可出现血白细胞计数及中性粒细胞比值升高。胃十二指肠溃疡大出血病人可出现红细胞计数、血红蛋白值、血细胞比容呈进行性下降。



2. 影像学检查

1) X线检查：约80%胃十二指肠溃疡急性穿孔的病人立位腹部X线可见膈下新月状游离气体影。X线钡餐检查可发现胃十二指肠溃疡部位有一周围光滑、整齐的龛影或十二指肠球部变形。

2) CT检查：CT对游离气体的检测具有较高的敏感性，能确定穿孔部位、大小以及排除其他可能原因。

3) 血管造影：对胃十二指肠溃疡大出血病人行选择性腹腔动脉或肠系膜上动脉造影可明确病因与出血部位。

3. 内镜检查 胃镜检查是确诊胃十二指肠溃疡的首选检查方法，可明确溃疡部位，并可在直视下取活组织作幽门螺杆菌检测及病理学检查。

（四）心理-社会状况

胃十二指肠溃疡慢性反复发作，影响病人的正常生活及工作；病人对突发的腹痛、呕血、便血和恐惧恶变，病人及家属因知识缺乏、担心手术及预后和经济承受能力等因素出现紧张、焦虑或恐惧等不良情绪反应。

（五）处理原则

无严重并发症的胃十二指肠溃疡一般采取内科药物治疗，外科手术仅适用于胃十二指肠溃疡保守治疗无效或并发穿孔、出血、幽门梗阻或癌变者。

（1）穿孔缝合术：对胃或十二指肠溃疡穿孔者，穿孔缝合术为主要术式。穿孔时间短，腹腔污染轻者可采用腹腔镜方式进行；部分合并出血或穿孔时间长、腹腔污染严重者需选用开放手术。

(2) 出血部位的贯穿缝扎术：十二指肠球部后壁溃疡出血，可切开球部前壁后进行贯穿缝扎溃疡止血。对于高龄体弱、难以耐受长时间手术者，可采用此手术方式。

(3) 胃大部切除术：是治疗胃十二指肠溃疡及其并发症的首选术式。胃大部切除术的范围包括部分胃体、胃窦部、幽门和十二指肠球部的近胃部分（图17-1）。胃大部切除术的消化道重建术式包括毕I式胃大部切除术、毕II式胃大部切除术和胃大部切除后胃空肠Roux-en-Y吻合术。



1) 毕I式胃大部切除术：即在胃大部切除后将残胃与十二指肠吻合，多适用于胃溃疡。其优点是重建后的胃肠道接近正常解剖生理状态，胆汁、胰液反流入残胃较少，术后因胃肠功能紊乱而引起的并发症亦较少；缺点是有时为避免残胃与十二指肠吻合口的张力过大致使切除胃的范围不够，增加了术后溃疡复发机会。

2) 毕II式胃大部切除术：即胃大部切除后残胃与空肠吻合，十二指肠残端关闭。

适用于各种胃十二指肠溃疡，特别是十二指肠溃疡者。该术式的优点是即使胃切除较多，胃空肠吻合口也不致张力过大，术后溃疡复发率低；缺点是吻合方式改变了正常的解剖生理关系，胆汁、胰液流经胃肠吻合口，术后发生胃肠道功能紊乱的可能性较毕I式多。

3) 胃大部切除后胃空肠 Roux-en-Y 式吻合术：即胃大部切除后关闭十二指肠残端，在距 Treitz 韧带 10-15cm 处切断空肠，将残胃和远端空肠吻合，距此吻合口以下45-60cm 处将空肠与空肠近侧断端吻合。此法临床使用较少，但有防止术后胆胰液进入残胃的优点。

四、常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与胃十二指肠黏膜受损、胃十二指肠溃疡穿孔后消化液对腹膜的强烈刺激及手术创伤有关。
2. 体液不足 与溃疡大出血、禁食、穿孔后腹腔内大量渗出、幽门梗阻大量呕吐而至体液大量丢失有关。
3. 营养失调：低于机体需要量 与摄入不足、禁食、手术创伤有关。



4. 焦虑/恐惧 与溃疡迁延不愈、发生并发症及担忧手术有关。

5. 潜在并发症：出血、感染、吻合口破裂或瘘、术后梗阻、倾倒综合征等。

五、护理措施

（一）非手术治疗的护理/术前护理

1. 体位 取平卧位或半卧位。有呕血者，头偏向一侧。



有休克者取休克体位，生命体征平稳后改为半卧位，以利于漏出的消化液积聚于盆腔最低位，减少毒素的吸收，同时减轻腹壁张力和疼痛。

2. 饮食护理 一般情况下出现并发症者暂禁食，出血停止或非完全性幽门梗阻者，可进流质或无渣半流质饮食。

3. 胃肠减压 保持引流通畅和有效负压，减少胃内容物继续外漏，清除血凝块或减轻胃组织水肿，注意观察和记录引流液的颜色、性状和量。

4. 静脉补液 建立2条及2条以上的静脉通路，必要时行深静脉血管穿刺输液。根据医嘱和血清电解质检测结果，合理安排输液种类和速度，维持水、电解质和酸碱平衡。

5. 病情观察 严密观察病人的血压、脉搏、尿量、中心静脉压、周围循环情况及腹部情况如腹膜刺激征、肠鸣音等的变化；观察有无活动性出血。若病情不见好转反而加重者，应及时报告医师，并配合做好急诊手术的准备。



6. 术前准备 遵医嘱通过肠外营养液、输血或其他血制品等方式纠正病人营养不良的状态。幽门梗阻病人于术前3d，每晚用300-500ml温生理盐水洗胃，以减轻胃壁水肿和炎症、利于术后吻合口愈合。

7. 心理护理 理解和关心病人，告知疾病和治疗的有关知识及手术治疗的必要性，使病人能积极配合疾病的治疗和护理。

(二) 术后护理

1. 病情观察 监测病人体温、脉搏、血压等生命体征，同时观察其神志、尿量、伤口渗血、渗液和引流液情况等。

2. 体位 术后取去枕平卧位，头偏向一侧，以免发生误吸。待病人麻醉清醒生命体征平稳后给予半卧位，以保持腹肌松弛，减轻腹部切口张力，缓解疼痛，利于呼吸和引流。

3. 饮食护理 留置胃管者拔除胃管前禁食，拔除胃管后当日可饮

少量水或米汤，第二天进流质、半流质饮食，逐步恢复正常饮食。食物宜温、软、易于消化，忌生、冷、硬和刺激性食物，少量多餐。

4. 鼓励早期活动 除年老体弱或病情较重者，鼓励并协助病人术后尽可能早期活动，病人活动量根据个体差异而定。早期活动可促进肠蠕动恢复，预防术后肠粘连和下肢深静脉血栓等并发症的发生。

5. 引流管护理 胃十二指肠溃疡术后病人常留置有胃管、腹腔引流管、导尿管等。护理时需注意：①妥善固定并准确标记各引流管，避

免脱出，一旦脱出后不可自行插回；②保持引流通畅，防止受压、扭曲、折叠等，经常挤捏各引流管以防堵塞；若堵塞，可在医师指导下用注射器抽取生理盐水试冲洗引流管；③观察并记录引流液的颜色、性状和量等。④胃管注意事项：术后24h内可引流出少量血性液体或咖啡样液体，若有较多鲜红色血性液体，应及时报告医师并配合处理；待肠蠕动恢复、肛门排气后，可拔除胃管。

7. 并发症的护理

(1) 术后胃出血 胃大部分切除术后，可有少许暗红色或咖啡色胃液自胃管抽出，一般24h内不超过 300ml，且逐渐减少、变淡至自行停止。

1) 表现：术后短期内从胃管不断引流出鲜红色血性液体，24h后仍未停止，甚至出现呕血和黑便，考虑术后出血。

2) 护理：①术后严密观察病人的生命体征和神志的变化；②加强对胃肠减压引流液的颜色、性状和量的观察，若术后短期内从胃管引流

出大量鲜红色血性液体，持续不止，需及时报告医师处理；③遵医嘱应用止血药物、用冰生理盐水洗胃或输新鲜血等；④若经非手术治疗不能有效止血或出血量 $>500\text{ml/h}$ 时，应积极完善术前准备。

(2) 十二指肠残端破裂 是毕Ⅱ式胃大部切除术后早期严重并发症。

1) 表现：多发生在术后24-48h，病人出现突发性上腹部剧痛、发热和腹膜刺激征；白细胞计数增加；腹腔穿刺可抽得胆汁样液体。

2) 护理：如发生十二指肠残端破裂，立刻进行术前准备。



(3) 吻合口破裂或吻合口瘘 是胃大部切除术后的早期严重并发症之一。

1) 表现：多发生在术后1周内，病人出现高热、脉速等全身中毒症状，腹膜炎以及腹腔引流管引流出含肠内容物的混浊液体。如发生较晚，多形成局部脓肿或外瘘。

2) 护理：①出现弥漫性腹膜炎的吻合口破裂病人须立即手术，做好急诊手术的准备；②形成局部脓肿、外瘘或无弥漫性腹膜炎的病人，

进行局部引流；③禁食、胃肠减压；④合理应用抗生素和给予肠外营养支持，纠正水、电解质紊乱和维持酸碱平衡。经上述处理后多数病人吻合口瘘可在4-6周自愈；若经久不愈，须再次手术。

（4）术后梗阻 根据梗阻部位可分为输入袢梗阻、输出袢梗阻和吻合口梗阻，前两者见于毕Ⅱ式胃大部切除术后。

1) 输入袢梗阻：可分为两类。

①急性完全性输入袢梗阻：系输出袢系膜悬吊过紧压迫输入袢，

或输入袢过长穿入输出袢与横结肠系膜的间隙孔形成内疝所致。表现为病人突发上腹部剧烈疼痛，频繁呕吐，量少，多不含胆汁，呕吐后症状不缓解，且上腹有压痛性肿块。病情进展快，不久即出现烦躁、脉速、血压下降等休克表现。急性完全性输入袢梗阻易发生肠绞窄，应紧急手术治疗。

②慢性不完全性输入袢梗阻：多由于输入袢过长扭曲或输入袢过短在吻合口处形成锐角，使输入袢内胆汁、胰液和十二指肠液排空不畅而

滞留而发生。病人表现为进食后出现上腹胀痛或绞痛，随即突然喷射性呕吐出大量不含食物的胆汁，呕吐后症状缓解。指导病人禁食，遵医嘱给予胃肠减压、营养支持等，如症状在数周或数月内不能缓解，亦需手术治疗。

2) 输出袢梗阻：系胃大部切除术后胃肠吻合口下方输出袢因粘连、大网膜水肿、炎性肿块压迫所致的梗阻。病人主要表现为上腹饱胀，严重时呕吐出食物和胆汁。若非手术治疗无效，应手术解除梗阻。

3) 吻合口梗阻：一般因吻合口过小或吻合口的胃肠壁内翻过多所致，也可为术后吻合口炎症水肿所致的暂时性梗阻。病人在进食后出现上腹饱胀感和溢出性呕吐；呕吐物含或不含胆汁。X 线钡餐检查可见造影剂完全停留在胃内。非手术治疗措施同胃排空障碍的处理措施，若经非手术治疗无效，可手术解除梗阻。

(6) 倾倒综合征：由于胃大部切除术后，失去幽门对胃排空的控制，导致胃排空过快所产生的一系列综合征。根据进食后症状出现的时间可



分为早期与晚期2种类型。

1) 早期倾倒综合征：多发生在进食后30min内，病人以循环系统症状和胃肠道症状为主要表现。循环系统症状包括心悸、心动过速、出汗、全身无力、面色苍白和头晕等；胃肠道症状有腹部饱胀不适或绞痛、恶心呕吐和腹泻等。

护理措施：指导病人调整饮食，即少食多餐，避免过甜、过咸、过浓的流质饮食；宜进低碳水、高蛋白饮食；用餐时限制饮水喝汤；进餐

后平卧20min。多数病人经调整饮食后，症状可减轻或消失，术后半年到1年内能逐渐自愈。极少数症状严重而持久的病人需手术治疗。

2) 晚期倾倒综合征：又被称为低血糖综合征。病人在餐后2-4h出现心慌、出冷汗、面色苍白、手颤、无力甚至虚脱等。

护理措施：饮食中减少碳水化合物含量，增加蛋白质比例，少量多餐可防止其发生；出现症状时稍进饮食，尤其是糖类，即可缓解。

(三) 健康教育

1. 生活方式 告知病人戒烟、戒酒，饮食宜少量多餐，进食高蛋白、低脂饮食，补充铁剂与足量维生素，少食盐腌和烟熏食品，避免过冷、过烫、过辣及煎、炸食物。注意劳逸结合，避免过度劳累。
2. 心理调节 强调保持乐观的重要性，指导病人学会自我调节情绪。
3. 用药指导 指导药物的服用时间、方式、剂量，说明药物作用



及不良反应。避免服用对胃黏膜有损害性的药物，如阿司匹林、消炎痛、皮质类固醇等。

4. 复诊指导 定期门诊复查，若有不适及时就诊。



第二节 胃癌病人的护理

胃癌（gastric carcinoma）是我国最常见恶性肿瘤之一，死亡率居恶性肿瘤第2位。好发年龄在50岁以上，男女比例约为2：1。

一、病因

胃癌的病因尚未完全清楚，目前认为与以下因素有关：

1. 地域环境 胃癌发病有明显的地域差别，中国、日本、俄罗斯、



南非、智利和北欧等国家和地区发病率较高，而北美、西欧、印度的发病率则较低。我国西北与东部沿海地区胃癌的发病率明显高于南方地区。

2. 饮食习惯 长期食腌制、熏、烤食品者胃癌的发病率高，可能与上述食品中亚硝酸盐、真菌毒素、多环芳烃化合物等致癌物或前致癌物的含量高有关。食物中缺乏新鲜蔬菜、水果也与发病有一定关系。

3. 幽门螺杆菌感染 是引发胃癌的主要因素之一。HP感染率高的国家和地区，胃癌发病率也高。



4. 癌前疾病和癌前病变 胃癌的癌前疾病是指一些使胃癌发病危险性增高的良性胃疾病，如慢性萎缩性胃炎、胃息肉、胃溃疡、残胃炎等。

5. 遗传和基因 胃癌有明显的家族聚集倾向，研究发现胃癌病人有血缘关系的亲属发病率较对照组高4倍。

二、病理生理与分型

胃癌好发部位以胃窦部为主，约占一半，其次为胃底贲门部，约占1/3，发生在胃体者较少。

1. 大体分型 根据胃癌发展所处的阶段可分为早期和进展期胃癌。

(1) 早期胃癌：胃癌仅局限于黏膜和黏膜下层，不论病灶大小或有无淋巴结转移。

(2) 进展期胃癌：包括中、晚期胃癌。癌组织超出黏膜下层侵入胃



壁肌层为中期胃癌；病变达浆膜下层或是超出浆膜向外浸润至邻近脏器或有转移者为晚期胃癌。

2. 组织学分型 世界卫生组织（WHO）于2000年将胃癌分为：①腺癌（包括肠型和弥漫型）；②乳头状腺癌；③管状腺癌；④黏液腺癌；⑤印戒细胞癌；⑥腺鳞癌；⑦鳞状细胞癌；⑧小细胞癌；⑨未分化癌；⑩其他类型。胃癌绝大部分为腺癌。

3. 转移扩散途径



(1) 直接浸润：贲门胃底癌易侵及食管下端，胃窦癌可向十二指肠浸润。

(2) 淋巴转移：是胃癌的主要转移途径，早期胃癌可有淋巴转移，进展期胃癌的淋巴转移率高达70%左右。

(3) 血行转移：发生在晚期，胃癌细胞经门静脉或体循环转移至肝、肺、胰、骨骼、肾、脑等，以肝转移为多见。

(4) 腹腔种植转移：当胃癌浸润穿透浆膜后，癌细胞可脱落种植于



腹膜、大网膜和其他脏器表面形成转移结节。

三、护理评估

（一）健康史

了解病人年龄、性别、婚姻、职业、饮食、生活习惯、药物使用情况、家族中是否有胃癌病人。



（二）身体状况

1. 症状 早期胃癌多无明显症状，部分病人可有上腹隐痛、嗳气、反酸、进食后饱胀、恶心等消化道症状，无特异性。不同部位的胃癌有其特殊表现：胃窦癌常出现类似十二指肠溃疡的症状；贲门胃底癌可有胸骨后疼痛和进行性哽噎感；幽门附近的胃癌可有呕吐宿食的表现；肿瘤溃破血管后可有呕血和黑便。



2. 体征 胃癌早期无明显体征，可有上腹部深压不适或疼痛。晚期可扪及上腹部肿块。若出现远处转移时，可出现肝大、腹水、锁骨上淋巴结肿大等。

（三）辅助检查

1. 胃镜检查 是诊断胃癌的最有效方法。可直接观察胃黏膜病变的部位和范围，并可直接取病变组织作病理学检查。



2. X线钡餐 目前多采用X 线气钡双重造影，通过黏膜相和充盈相的观察作出诊断，优点是痛苦小，易被病人接受；缺点是不如胃镜直观且不能取活检进行组织学检查。早期胃癌的主要改变为黏膜相异常。进展期肿块型胃癌表现为突向腔内的充盈缺损；溃疡型胃癌主要显示胃壁内龛影；浸润型胃癌可见胃壁僵硬、蠕动波消失。

3. CT 可判断胃癌病变范围、局部淋巴结转移和远处转移情况，有助于胃癌的诊断和术前临床分期。



4. 实验室检查 大便隐血试验常呈持续阳性。部分病人肿瘤标志物癌胚抗原CEA、CA19-9、CA125可升高，目前仅作为判断肿瘤预后和治疗效果的指标。

（四）心理-社会状况

了解病人对疾病康复的认知程度和情绪状态；了解病人的社会支持情况。



（五）处理原则

早期发现、早期诊断和早期治疗是提高胃癌疗效的关键。外科手术是治疗胃癌的主要手段，也是目前治愈胃癌的唯一方法。对中晚期胃癌，积极辅以化学治疗、放射治疗及免疫治疗等综合治疗以提高疗效。

1. 非手术治疗

（1）化学治疗：是最主要的辅助治疗方法，对于无远处转移的进展期胃癌，进行术前的新辅助化学治疗，可降低根治术后的复发率；术后



应用化疗可杀灭残留的亚临床癌灶或术中脱落的癌细胞，提高综合治疗效果。

(2) 其他治疗：包括生物免疫治疗、中医中药治疗等。

2. 手术治疗

(1) 根治性手术：原则为整块切除包括癌肿，可能受浸润胃壁在内的胃的全部或大部，大、小网膜和局域淋巴结，并重建消化道。

(2) 姑息性切除术：用于癌肿广泛浸润并转移、不能完全切除者。



通过手术可以解除症状，延长生存期，包括姑息性胃切除术、胃空肠吻合术、空肠造口术等。

四、常见护理诊断/健康问题

1. 焦虑 与担心手术和疾病预后有关。
2. 营养失调：低于机体需要量 与长期食欲减退、消化吸收不良及消耗增加有关。



3. 潜在并发症：出血、十二指肠残端破裂、吻合口瘘、胃排空障碍、术后梗阻、倾倒综合征等。

五、护理措施

（一）术前护理

1. 心理护理 癌症病人常有消极悲观情绪，鼓励病人表达自身感受，向病人解释胃癌手术治疗的必要性，帮助病人消除负性情绪。鼓励家属和朋友给予支持与帮助，增强治疗信心。



2. 改善营养状况 根据病人的饮食和生活习惯，制订合理食谱，给予高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪、易消化和少渣的食物；对不能进食者，应遵医嘱予以静脉输液，补充足够的热量，必要时输血浆或全血，以改善病人的营养状况，提高其对手术的耐受性。

3. 术前准备 对有幽门梗阻者，在禁食的基础上，术前3d起每晚用温生理盐水洗胃，以减轻胃黏膜的水肿；对怀疑侵犯横结肠拟行联合脏器切除者，可行清洁肠道准备；对有慢性便秘者，术前给予生理盐水

灌肠，以免术后出现排便困难。

（二）术后护理

1. 观察病情 密切观察生命体征、神志、尿量、伤口渗血、渗液和引流液情况。

2. 体位与活动 全麻清醒前取去枕平卧位，头偏向一侧。麻醉清醒后若血压稳定则取半卧位。根据病人实际情况，鼓励早期活动，逐日增加活动量。

3. 营养支持 术后胃肠减压期间及时输液以补充病人所需的水、电解质和营养素，必要时输血清白蛋白或全血，以改善病人的营养状况，促进切口愈合。拔除胃管后，尝试少量流质饮食，逐渐过渡到半量流质饮食、全量流质饮食、半流质饮食、软食、普食。

4. 胃肠减压 保持胃管通畅，妥善固定防止脱出，观察并记录引流液的颜色、性质和量。

5. 镇痛 评估病人的疼痛程度，根据医嘱给予镇痛药物。



6. 并发症的护理 术后并发症的具体护理措施参见本章第一节中胃十二指肠溃疡术后并发症的护理。

（三）健康指导

1. 胃癌的预防 积极治疗HP感染和胃癌的癌前疾病，如慢性萎缩性胃炎、胃息肉及胃溃疡；少食腌制、熏、烤食品，戒烟、酒。高危人群定期检查。

2. 适当活动 参加适当的活动或锻炼，注意劳逸结合，避免过度

劳累。

3. 复诊指导 胃癌病人须定期门诊随访，检查肝功能、血常规等，注意预防感染。若有腹部不适、胀痛、肝区肿胀、锁骨上淋巴结肿大等表现时，应随时复查。

4. 并发症预防指导 告知病人及家属术后可能出现的并发症表现及预防措施，如无缓解，及时就医。



第三节 急性阑尾炎病人的护理

急性阑尾炎（acute appendicitis）可在各个年龄段、不同人群中发病，多发生于青壮年，以20-30岁多见，男性发病率高于女性。

一、病因

1. 阑尾管腔阻塞 是急性阑尾炎最常见的病因。阑尾管腔细，开口狭小，系膜短，造成阑尾管腔易阻塞。导致阻塞的原因包括：①淋



巴滤泡明显增生：约占60%，多见于年轻人；②粪石阻塞：约占35%；
③异物、食物残渣、炎性狭窄、蛔虫、肿瘤等，较少见。

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，形成溃疡，细菌经溃疡面进入阑尾肌层。阑尾壁间质压力升高，影响动脉血流，造成阑尾缺血，甚至梗死和坏疽。致病菌多为肠道内的各种革兰氏阴性杆菌和厌氧菌。



二、病理生理与分类

(一) 分类

根据急性阑尾炎的临床过程和病理解剖学变化，可分为4种类型。

1. 急性单纯性阑尾炎 病变多局限于黏膜和黏膜下层，属于轻型阑尾炎或病变早期。阑尾轻度肿胀，浆膜充血，失去正常光泽，表面有少量纤维性渗出物。镜下见阑尾各层水肿和中性粒细胞浸润，黏膜表面有小溃疡和出血点。



2. 急性化脓性阑尾炎 常因急性单纯性阑尾炎发展而来。阑尾明显肿胀，浆膜高度充血，表面覆有脓性渗出物，又称急性蜂窝织炎性阑尾炎。镜下见阑尾黏膜溃疡面增大并深达肌层和浆膜层，各层均有小脓肿，腔内有积脓。阑尾周围的腹腔内有稀薄脓液，形成局限性腹膜炎。

3. 坏疽性及穿孔性阑尾炎 是一种重型阑尾炎。阑尾管壁易坏死或部分坏死，呈暗紫色或黑色。因管腔梗阻或积脓，压力升高，加重



管壁血运障碍，严重者发生穿孔，穿孔多发生于阑尾根部和近端的系膜缘对侧；若穿孔后未能被包裹，感染扩散，可引起急性弥漫性腹膜炎。

4. 阑尾周围脓肿 急性阑尾炎化脓、坏疽或穿孔后，大网膜和邻近的肠管将阑尾包裹并形成粘连，出现炎性肿块或形成阑尾周围脓肿。

◦ (二) 转归

1. 炎症消退 部分单纯性阑尾炎经及时药物治疗后，炎症消退

,



大部分将转为慢性阑尾炎。由于遗留阑尾管腔狭窄、管壁增厚、阑尾粘连扭曲，炎症易复发。

2. 炎症局限 部分化脓、坏疽或穿孔性阑尾炎被大网膜和邻近肠管包裹粘连后，炎症局限，形成阑尾周围脓肿。

3. 炎症扩散 阑尾炎症较重，发展快，未及时手术切除，又未能被大网膜包裹局限，可致炎症扩散，发展为弥漫性腹膜炎、门静脉炎、细菌性肝脓肿，甚至感染性休克等。



三、护理评估

(一) 健康史

了解病人年龄、性别、饮食习惯，有无不洁饮食史、有无经常进食高脂肪、高糖、低纤维食物等。了解病人有无急性阑尾炎发作、胃十二指肠溃疡穿孔、右肾与右输尿管结石、急性胆囊炎或妇科病史，有无手术治疗史。



(二) 身体状况

1. 症状

(1) 腹痛：典型表现为转移性右下腹痛，疼痛发作多始于上腹部，逐渐移向脐周，位置不固定，6-8h后疼痛转移并局限于右下腹。此过程时间长短取决于病变发展的程度和阑尾的位置，70%-80%的病人表现出典型的转移性腹痛。部分病人也可在发病初即表现为右下腹痛。

1) 不同位置的阑尾炎，疼痛部位不同：①盲肠后位阑尾炎表现为



右侧腰部疼痛；②盆腔位阑尾炎疼痛在耻骨上区；③肝下区阑尾炎可引起右上腹痛；④极少数左下腹部阑尾炎表现为左下腹痛。

2) 不同类型的阑尾炎，腹痛有差异：①单纯性阑尾炎仅有轻度上腹部或脐部隐痛；②化脓性阑尾炎可表现为阵发性胀痛，并逐渐加重；③坏疽性阑尾炎呈持续性剧烈腹痛；④穿孔性阑尾炎因阑尾腔压力骤减，腹痛可暂时减轻，但出现腹膜炎后，腹痛可持续加剧并范围扩大，甚至出现全腹剧痛。



(2) 胃肠道症状：早期可出现轻度厌食、恶心或呕吐，呕吐多为反射性，程度较轻。晚期并发弥漫性腹膜炎时，可致麻痹性肠梗阻而出现持续性呕吐、腹胀和排气排便减少。

(3) 全身表现：早期有乏力。炎症重时出现全身中毒症状，可表现心率增快，体温升高达 38°C 左右。阑尾穿孔形成腹膜炎者，可出现寒战、体温达 $39-40^{\circ}\text{C}$ 、反应迟钝或烦躁不安。若发生门静脉炎则可出现寒战、高热及轻度黄疸。

2. 体征

(1) 右下腹压痛：是急性阑尾炎的重要体征，发病早期腹痛尚未转移至右下腹时，右下腹便出现固定压痛。压痛点可随阑尾位置变化而改变，但始终固定在一个位置，通常位于麦氏点（图17-4）。其他常见的压痛部位有 Lenz点（左右髂前上棘连线的右、中1/3交点上）、Morris 点（右髂前上棘与脐连线和腹直肌外缘交汇点）。压痛程度与病变程度相关。当阑尾炎症波及周围组织时，压痛范围亦相应扩大，



但仍以阑尾所在部位的压痛最明显。

(2) 腹膜刺激征：包括腹肌紧张、压痛、反跳痛，这是壁腹膜受到炎症刺激的一种防御性反应，提示阑尾炎症加重，有渗出、化脓、坏疽或穿孔等病理改变。但小儿、老人、孕妇、肥胖、虚弱者或盲肠后位阑尾炎时，腹膜刺激征不明显。

(3) 右下腹包块：阑尾炎性肿块或阑尾周围脓肿形成时，右下腹可扪及压痛性包块，边界不清，固定。

3. 特殊体征

(1) 结肠充气试验：病人仰卧位，检查者一手压迫左下腹降结肠区，另一手按压近端结肠，结肠内气体可传至盲肠和阑尾，引起右下腹疼痛者为阳性。

(2) 腰大肌试验：病人左侧卧位，右大腿向后过伸，引起右下腹疼痛者为阳性，常提示阑尾位于腰大肌前方，为盲肠后位或腹膜后位。

(3) 闭孔内肌试验：病人仰卧位，右髋和右膝均屈曲 90° ，然后被动



向内旋转，引起右下腹疼痛者为阳性，提示阑尾位置靠近闭孔内肌。

(4) 直肠指检：盆腔位阑尾炎常在直肠右前方有触痛。若阑尾穿孔，炎症波及盆腔时，直肠前壁有广泛触痛。若发生盆腔脓肿，可触及痛性肿块。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 多数急性阑尾炎病人血白细胞计数和中性粒细胞比值增高。白细胞计数可达 $10-20 \times 10^9/L$ 。



部分单纯性阑尾炎或老年病人血白细胞计数和中性粒细胞比值可无明显升高。

2. 影像学检查

(1) 腹部X线：可见盲肠和回肠末端扩张和气液平面，偶尔可见钙化的粪石和异物。

(2) B超：可发现肿大的阑尾或脓肿，推测病变的严重程度及病理类型。



(3) CT：可显示阑尾周围软组织及其与邻近组织的关系，有助于阑尾周围脓肿的诊断。

3. 腹腔镜检查 可以直接观察阑尾有无炎症，也能分辨与阑尾炎有相似症状的其他邻近脏器疾病，对明确诊断可起决定作用。诊断同时也可行阑尾切除术的治疗。

（四）心理-社会状况

急性阑尾炎发病突然，疼痛突然加剧，病人及家属易产生紧张与焦虑的情绪。手术治疗效果良好，但有发生粘连性肠梗阻等并发症的可能，病人对手术治疗有压力，可出现不安、信心缺乏等心理反应。



(五) 处理原则

一旦确诊，绝大多数急性阑尾炎应早期手术治疗。非手术治疗适用于不愿意手术的单纯性阑尾炎、急性阑尾炎诊断尚未确定、病程已超过72h、炎性肿块和/或阑尾周围脓肿已形成等有手术禁忌者。阑尾周围脓肿，应用抗生素治疗或同时联合中药治疗，以促进脓肿吸收消退，待3个月后再行阑尾切除术。

四、常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与阑尾炎症刺激壁腹膜或手术创伤有关。
2. 体温过高 与阑尾炎症有关。
3. 焦虑 与起病急、担心手术有关。
4. 潜在并发症：腹腔脓肿、门静脉炎、出血、切口感染、阑尾残株炎及粘连性肠梗阻等。



五、护理措施

（一）非手术治疗的护理/术前护理

1. 病情观察 严密观察病人的生命体征、腹痛及腹部体征的情况。如体温升高，脉搏、呼吸增快，或腹痛加剧，范围扩大，腹膜刺激征更明显，说明病情加重。应及时通知医生，做好急诊手术的准备。

2. 控制感染 遵医嘱及时应用有效的抗生素；脓肿形成者可配合医师行脓肿穿刺抽液。高热病人给予物理降温。



3. 饮食与体位 协助病人取半卧位，可放松腹肌，减轻腹部张力，缓解疼痛。非手术治疗病人清淡饮食，手术治疗病人应禁食，必要时胃肠减压。

4. 心理护理 了解病人及家属的心理反应，适时给其讲解有关知识，减轻病人对手术的焦虑与恐惧，使其能够积极配合治疗及护理。

5. 术前准备 拟急诊手术者应紧急作好备皮、配血、输液等术前准备。

(二) 术后护理

1. 病情观察 监测生命体征并准确记录；加强巡视，注意倾听病人的主诉，观察腹部体征的变化，发现异常及时通知医师并配合处理。

2. 体位与活动 全麻术后清醒或硬膜外麻醉平卧6h后，生命体征平稳者可取半卧位。鼓励病人术后早期在床上翻身、活动肢体，待麻醉反应消失后即下床活动，以促进肠蠕动恢复，减少肠粘连的发生。

3. 饮食 术后1-2d 可根据情况尽快恢复经口进食。



4. 腹腔引流管的护理 阑尾切除术后一般不留置引流管，只在局部有脓肿、阑尾包埋不满意和处理困难或有肠痿形成时采用，用于引流脓液和肠内容物。一般1周左右拔除。引流管应妥善固定，保持通畅，注意无菌操作，密切观察引流液的颜色、性状及量，如有异常，及时通知医师并配合处理。

5. 并发症的护理

(1) 出血：属于术后早期并发症，常发生在术后24小时以内。主

要表现为腹痛、腹胀、面色苍白、血压下降等；一旦发生，应立即遵医嘱输血、补液，并做好紧急手术止血的准备。

（2）切口感染：阑尾切除术后最常见的并发症，多见于化脓性或穿孔性阑尾炎。表现为术后3天左右体温升高，切口局部胀痛或跳痛、红肿、压痛，形成脓肿时，局部可出现波动感。应遵医嘱予以抗生素预防，若已化脓应拆除缝线敞开引流，排出脓液，定期换药，保持敷料清洁、干燥。



(3) 粘连性肠梗阻：多与局部炎性渗出、手术损伤、切口异物和术后长期卧床等因素有关。术后应鼓励病人早期下床活动；不完全性肠梗阻者行胃肠减压，完全性肠梗阻者，应协助医师进行术前准备。

(4) 阑尾残株炎：阑尾切除时若残端保留过长超过1cm，术后残株易复发炎症，症状表现同阑尾炎，X线钡剂检查可明确诊断。症状较重者再行手术切除阑尾残株。

(5) 肠痿/粪痿：较少见。多因残端结扎线脱落、盲肠原有病变或



或术中损伤等所致。临床表现与阑尾周围脓肿类似，表现为肠内容物经切口或瘻口溢出。此情况对机体影响较小，通过保持引流通畅、创面清洁、加强营养支持等非手术治疗后，多可自行闭合，仅少数需手术治疗。

（三）健康教育

1. 预防指导 指导健康人群改变不良的生活习惯，如改变高脂肪、高糖、低膳食纤维的饮食，注意饮食卫生。积极治疗或控制消化

性溃疡、慢性结肠炎等。

2. 知识指导 向病人介绍阑尾炎护理、治疗知识。告知手术准备及术后康复方面的相关知识及配合要点。

3. 复诊指导 出院后如出现腹痛、腹胀等不适及时就诊。阑尾周围脓肿未切除阑尾者，告知病人3个月后再行阑尾切除术。



第四节 肠梗阻病人的护理

肠内容物由于各种原因不能正常运行、顺利通过肠道，称肠梗阻（intestinal obstruction），是常见的外科急腹症之一。肠梗阻不但可引起肠管本身形态和功能的改变，还可导致全身性生理紊乱，临床表现复杂多变。



一、病因

1. 按肠梗阻发生的基本原因分类

(1) 机械性肠梗阻：最常见。是各种原因导致的肠腔缩窄、肠内容物通过障碍（图17-5）。主要原因包括：①肠腔内堵塞：如结石、粪块、寄生虫、异物等；②肠管外受压：如肠扭转、腹腔内肿瘤压迫、粘连引起肠管扭曲、嵌顿疝等；③肠壁病变：如肿瘤、肠套叠、先天性肠道闭锁等。



(2) 动力性肠梗阻：是神经反射或毒素刺激引起肠壁肌肉功能紊乱，使肠蠕动消失或肠管痉挛，以致肠内容物无法正常通行，而本身无器质性肠腔狭窄。

1) 麻痹性肠梗阻：常见于急性弥漫性腹膜炎、低钾血症、细菌感染及某些腹部手术后等；

2) 痉挛性肠梗阻：较少见，可继发于尿毒症、慢性铅中毒和肠功能紊乱等。



(3) 血运性肠梗阻：是肠系膜血栓形成、栓塞或血管受压等使肠管血运障碍，导致肠失去蠕动能力，肠内容物停止运行。

2. 按肠壁有无血运障碍分类

(1) 单纯性肠梗阻：只有肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍。

(2) 绞窄性肠梗阻：伴有肠管血运障碍。

3. 其他分类

(1) 根据梗阻部位



- 1) 高位（空肠）
- 2) 低位肠梗阻（如回肠与结肠）
- (2) 根据梗阻的程度
 - 1) 完全性肠梗阻
 - 2) 不完全性肠梗阻
- (3) 根据梗阻的发展快慢
 - 1) 急性肠梗阻



2) 慢性肠梗阻

上述肠梗阻的类型并不是固定不变的，随着病情的发展，某些类型的肠梗阻在一定条件下可以相互转换。

二、病理生理

肠梗阻的病理生理可分为局部变化及全身变化。

1. 局部变化

(1) 肠蠕动增强：梗阻以上肠管肠蠕动增加，以克服肠内容物



通过障碍。

(2) 肠管扩张：肠腔内因液体和气体的积贮而膨胀。肠梗阻部位越低，时间越长，肠腔积气、积液引起肠膨胀愈明显。

(3) 肠壁血运障碍：肠腔内压力不断增加，使肠壁静脉回流受阻，毛细血管及淋巴管淤积，肠壁充血、水肿、增厚，呈暗红色。随着血运障碍的发展，肠管可因缺血坏死而溃破穿孔。

2. 全身变化



(1) 水、电解质和酸碱失衡：肠梗阻时，可在短时间内丧失大量的液体，引起严重的水、电解质和酸碱失衡。如高位肠梗阻时由于早期频繁呕吐更易出现脱水；加之酸性胃液及大量氯离子丢失产生代谢性碱中毒。低位肠梗阻时病人极易发生严重的代谢性酸中毒。

(2) 感染和中毒：低位肠梗阻表现显著。梗阻以上的肠腔内细菌数量显著增加，细菌繁殖产生大量毒素。细菌和毒素可以透过肠壁引起腹腔内感染，并经腹膜吸收引起全身性感染。



(3) 休克及多器官功能障碍：体液大量丧失、电解质紊乱、酸碱失衡以及细菌大量繁殖、毒素的释放等均可引起严重休克。当肠坏死、穿孔，发生腹膜炎时，全身中毒尤为严重。最后可引起严重的低血容量性休克和中毒性休克。肠腔大量积气、积液引起腹内压增高，影响肺功能及阻断了下腔静脉回流，从而导致呼吸、循环功能障碍。最后可因多器官功能障碍乃至衰竭而死亡。



三、护理评估

（一）健康史

评估病人的一般情况，如年龄、性别、饮食习惯、排便习惯等，评估本次发病的诱因，既往有无手术史。

（二）身体状况

不同类型肠梗阻的临床表现有其自身的特点，但存在腹痛、呕吐、腹胀及停止排便排气等共同表现。



1. 症状

(1) 腹痛：单纯性机械性肠梗阻由于梗阻部位以上肠管剧烈蠕动，病人表现为阵发性腹部绞痛。绞窄性肠梗阻者表现持续性剧烈腹痛。麻痹性肠梗阻者腹痛为全腹持续性胀痛或不适。肠扭转多表现为突发腹部持续性绞痛并阵发性加剧。肠蛔虫堵塞多为不完全性肠梗阻，以阵发性脐周腹痛为主。

(2) 呕吐：与肠梗阻发生的类型有关。高位肠梗阻呕吐发生较早且



频繁，呕吐物主要为胃及十二指肠内容物等；低位肠梗阻呕吐出现较晚，呕吐物初期为胃内容物，后期可呈粪样；若吐出蛔虫，多为蛔虫团引起的肠梗阻；麻痹性肠梗阻时呕吐呈溢出性；绞窄性肠梗阻呕吐物为血性或棕褐色液体。

(3) 腹胀：发生时间较腹痛晚，程度与梗阻部位有关。高位肠梗阻由于呕吐频繁，腹胀较轻；低位肠梗阻腹胀明显。麻痹性肠梗阻表现为均匀性全腹胀，肠扭转时腹胀多不对称。



(4) 停止排便排气：完全性肠梗阻，多不再排便排气；但在高位肠梗阻早期，由于梗阻以下肠腔内仍残存粪便及气体，可在灌肠后或自行排出，故不应因此而排除肠梗阻或误认为是不完全性肠梗阻。不完全性肠梗阻可有多次少量排便排气；绞窄性肠梗阻可排血性黏液样便。

2. 体征

(1) 腹部

1) 视诊：机械性肠梗阻可见肠型和蠕动波；肠扭转可出现不对称



腹胀；麻痹性肠梗阻腹胀均匀。

2) 触诊：单纯性肠梗阻因肠管膨胀，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；蛔虫性肠梗阻，常在腹中部触及条索状团块；肠套叠时可扪及腊肠样肿块。

3) 叩诊：绞窄性肠梗阻时，腹腔有渗液，移动性浊音可呈阳性。

4) 听诊：机械性肠梗阻时有肠鸣音亢进，气过水音；麻痹性肠梗阻时，则肠鸣音减弱或消失。



(2) 全身：梗阻初期，病人全身情况可无明显变化。梗阻晚期或绞窄性肠梗阻病人可出现唇干舌燥、眼窝凹陷、皮肤弹性消失、尿少或无尿等明显脱水体征，还可出现脉搏细速、血压下降、面色苍白、四肢发冷等全身中毒和休克征象。

3. 几种常见机械性肠梗阻的表现特点

(1) 粘连性肠梗阻：是肠粘连或肠管被粘连带压迫所致的肠梗阻。主要在腹腔内手术、炎症、创伤、出血、肿瘤等引起肠粘连的基础上，



由于肠功能紊乱、饮食不当、剧烈活动、体位突然改变等因素而诱发，临床上有典型的机械性肠梗阻表现。

(2) 肠扭转：是一段肠袢沿其系膜长轴旋转而致的闭袢性肠梗阻，属于绞窄性肠梗阻。常发生于小肠，其次是乙状结肠。①小肠扭转：多见于青壮年，常在饱餐后剧烈运动时发病。表现为脐周剧烈绞痛，常牵涉至腰背部，频繁呕吐，腹胀不对称，病人早期即可发生休克。腹部可触及有压痛的肠袢。②乙状结肠扭转：多见于老年男性，常有习惯性便



秘史。有腹部绞痛及明显腹胀，但呕吐一般不明显，左下腹可触及包块。

(3) 肠套叠：一段肠管套入其邻近肠管腔内称为肠套叠。以回肠-结肠型最多见。好发于2岁以内的婴幼儿。肠套叠的三大典型症状是腹痛、血便和腹部肿块，表现为突发剧烈的阵发性腹痛，伴有呕吐和果酱样血便，腹部检查可触及压痛性腊肠形肿块。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 若肠梗阻病人出现脱水可因血液浓缩引起血红蛋白、血细胞比容、尿比重均升高。而绞窄性肠梗阻多有白细胞计数和中性粒细胞比值显著升高。血气分析、血清电解质、血尿素氮及肌酐检查出现异常结果，则表示存在水电解质及酸碱平衡失调或肾功能障碍。呕吐物和大便检查有大量红细胞或潜血试验阳性，提示肠管有血运障碍。

2. 影像学检查 一般在梗阻4-6h后，腹部X线可见多个气液平面及



胀气肠袢；蛔虫堵塞者可见肠腔内成团的蛔虫成虫体阴影。肠扭转时可见孤立、突出的胀大肠袢。麻痹性肠梗阻时，胃泡影增大，小肠、结肠全部胀气。当怀疑肠套叠、乙状结肠扭转或结肠肿瘤时，可行钡剂灌肠或CT检查，以明确梗阻的部位和性质。乙状结肠扭转时钡剂灌肠X线检查可见扭转的部位钡剂受阻，尖端呈“鸟嘴”状；肠套叠时空气或钡剂灌肠X线检查，可见空气或钡剂在结肠内逆行受阻呈“杯口”状。



（四）心理-社会状况

评估病人的心理情况；是否了解术后康复的相关知识；了解病人的家庭、社会支持情况。

（五）处理原则

处理原则是纠正肠梗阻引起的全身生理紊乱和解除梗阻。

1. 非手术治疗 适用于单纯性粘连性肠梗阻、麻痹性或痉挛性肠



梗阻、蛔虫或粪块堵塞引起的肠梗阻、肠结核等炎症引起的不完全性肠梗阻等。主要措施包括禁食、胃肠减压，营养支持，纠正水、电解质及酸碱失衡，防治感染和中毒。

2. 手术治疗 对于绞窄性肠梗阻、由肿瘤或先天性肠道畸形引起的肠梗阻以及非手术治疗无效者，可选择手术治疗。手术方式一般包括单纯解除梗阻、肠段切除术、肠短路吻合术、肠造口或肠外置术等。



四、常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与肠蠕动增强或肠壁缺血有关。
2. 体液不足 与频繁呕吐、腹腔及肠腔积液、胃肠减压等有关。
3. 潜在并发症：术后肠粘连、腹腔感染、肠痿。



五、护理措施

(一) 非手术治疗的护理/术前护理

1. 缓解疼痛与腹胀

(1) 胃肠减压：有效的胃肠减压对单纯性肠梗阻和麻痹性肠梗阻可达到解除梗阻的目的。胃肠减压期间保持管道通畅和减压装置有效的负压，注意引流液的颜色、性状和量，并正确记录。如发现血性液体，应考虑肠绞窄的可能。注入药物后，须夹管1-2h再松开。

(2) 安置体位：取低半卧位，减轻腹肌紧张，有利于病人的呼吸。

(3) 遵医嘱用药：在确定无肠绞窄后，可应用抗胆碱类药物以解除胃肠道平滑肌的痉挛，抑制胃肠道腺体的分泌。遵循急腹症治疗的原则给予镇痛镇静剂。

(4) 按摩或针刺疗法：若为不完全性、痉挛性或单纯蛔虫所致的肠梗阻，可适当顺时针轻柔按摩腹部，并遵医嘱配合应用针刺疗法，缓解疼痛。

2. 维持体液与营养平衡

(1) 补充液体：严密观察及记录呕吐次数、呕吐物的量和性状、尿量以及缺水程度、实验室检查结果等，根据病情遵医嘱补液，以维持病人水、电解质、酸碱平衡。

(2) 饮食与营养支持：肠梗阻时需禁食，应给予肠外营养支持。若梗阻解除，病人开始排气、排便，腹痛、腹胀消失12h后，可进流质饮食，忌食用易产气的甜食和牛奶等；如无不适，24h后进半流质饮食；



3d后进软食。

3. 呕吐护理 呕吐时坐起或头偏向一侧，及时清除口腔内呕吐物，以免误吸。呕吐后给予漱口，保持口腔清洁。观察和记录呕吐物颜色、性状和量。

4. 病情观察 定时监测体温、脉搏、呼吸和血压，以及腹痛、腹胀和呕吐等变化，及时了解病人各项实验室指标。若出现以下情况应警惕绞窄性肠梗阻发生的可能：①腹痛发作急骤，发病开始即可表现为持



续性剧痛或持续性疼痛伴阵发性加重，有时出现腰背痛；②呕吐出现早、剧烈而频繁；③腹胀不对称，腹部有局限性隆起或触痛性肿块；④呕吐物、胃肠减压液或肛门排出物为血性，或腹腔穿刺抽出血性液体；⑤出现腹膜刺激征，肠鸣音可不亢进或由亢进转为减弱甚至消失；⑥体温升高、脉率增快、血白细胞计数升高；⑦病情进展迅速，早期出现休克，抗休克治疗无效；⑧经积极非手术治疗而症状体征未见明显改善；⑨腹部X线可见孤立、突出胀大的肠袢，位置固不变；或肠间隙增宽，提示



腹腔积液。此类病人病情危重，应在抗休克、抗感染的同时，积极做好术前准备。

5. 术前准备 有手术指征者，按要求做好相关术前准备。

（二）术后护理

1. 体位 全麻术后未清醒时予以平卧位，头偏向一侧；麻醉清醒且血压平稳后给予半卧位。



2. 饮食 术后暂禁食，禁食期间给予静脉补液。当肠蠕动恢复后，开始可进少量流质；进食后若无不适，逐步过渡至半流质。

3. 并发症的护理

(1) 肠梗阻：鼓励病人术后早期活动，以促进机体和胃肠道功能的恢复，防止肠粘连。一旦出现腹部阵发性腹痛、腹胀、呕吐等，应采取禁食、胃肠减压、纠正水、电解质及酸碱失衡、防治感染，一般多可缓解。



(2) 腹腔内感染及肠痿：如病人有引流管，应妥善固定并保持通畅，观察记录引流液的颜色、性状和量。更换引流管时注意无菌操作。监测生命体征变化及切口情况，若术后3-5d出现体温升高、切口红肿及剧痛时应怀疑切口感染；若出现局部或弥漫性腹膜炎表现，腹腔引流管周围流出液体带粪臭味时，应警惕腹腔内感染及肠痿的可能。遵医嘱进行积极的全身营养支持和抗感染治疗。

(三) 健康指导



1. 调整饮食 少食辛辣刺激性食物，宜进高蛋白、高维生素、易消化吸收的食物。避免暴饮暴食，饭后忌剧烈运动。
2. 保持排便通畅 老年便秘者应注意通过调整饮食、腹部按摩等方法保持大便通畅，无效者可适当给予缓泻剂，避免用力排便。
3. 自我监测 指导病人自我监测病情，若出现腹痛、腹胀、呕吐、停止排便等不适，及时就诊。

第五节 大肠癌病人的护理

大肠癌是结肠癌（carcinoma of colon）及直肠癌（carcinoma of rectum）的总称，为常见的消化道恶性肿瘤之一。2018中国癌症统计报告显示，我国结直肠癌的发病率和死亡率在全部恶性肿瘤中分别位居第3位和第5位，新发病例37.6万例，死亡病例19.1万例。此外，我国直肠癌比结肠癌发病率略高，比例为1.2：1-1.5：1；中低位直肠癌在直肠癌中所占比例高，约为70%。

一、病因

大肠癌的病因尚未明确，但大量的研究证据表明大肠癌的发生发展是由遗传、环境和生活方式等多方面因素共同作用的结果。可能与以下因素有关：

1. 遗传因素 遗传易感性在大肠癌的发病中具有重要地位。
2. 癌前病变 有些疾病如家族性肠息肉病已被公认为癌前病变；大肠腺瘤、溃疡性结肠炎及血吸虫性肉芽肿等，与大肠癌的发生有较密



切的关系。

3. 生活方式 长期进食高脂肪、低纤维食物、红肉和加工肉类、腌制和油煎炸食品，可能会增加大肠癌的发病危险。糖尿病、肥胖、吸烟和大量饮酒者大肠癌发病风险增高。



二、病理与分型

(一) 临床病理分期

目前临床上广泛使用的是美国癌症联合会（AJCC）和国际抗癌联盟（Union for International Cancer Control, UICC）发布的第8版结肠直肠癌分期系统。

1. T代表原发肿瘤。原发肿瘤无法评价为Tx；无原发肿瘤证据为T₀；原位癌为T_{is}；肿瘤侵犯黏膜下层为T₁；肿瘤侵犯固有肌层为T₂；肿瘤侵犯浆膜层为T₃；肿瘤侵犯浆膜外为T₄。



T₂；肿瘤侵透固有肌层达结直肠周围组织为T₃；肿瘤侵透脏腹膜，或者侵犯或粘连邻近器官或结构为T₄。

2. N代表区域淋巴结。区域淋巴结无法评价为 N_x；无区域淋巴结转移为 N₀；1-3枚区域淋巴结转移或存在任何数量的肿瘤结节并且所有可辨识的淋巴结无转移为N₁；4枚以上区域淋巴结转移为N₂。

3. M代表远处转移。无远处转移为M₀；转移至一个或更多远处部位或器官，或腹膜转移被证实为M₁。



(二) 分型

1. 根据肿瘤大体形态分型

(1) 隆起型：肿瘤的主体向肠腔内突出，预后较好。

(2) 溃疡型：最常见，肿瘤形成深达或贯穿肌层的溃疡。此型分化程度较低，转移较早。

(3) 浸润型：肿瘤向肠壁各层弥漫浸润，使局部肠壁增厚，但表面常无明显溃疡或隆起，易引起肠腔狭窄和肠梗阻。此型分化程度低，转



移早，预后差。

2. 根据组织学分类较常见类型 ①腺癌，占大多数，预后较好；
②鳞癌；③黏液癌；④未分化癌，预后最差。

（三）扩散和转移方式

淋巴转移是大肠癌最常见的转移途径。血行转移常转移至肝，也可向远处转移至肺、脑或骨骼等。也可直接浸润临近器官和种植转移。



三、护理评估

(一) 健康史

1. 一般情况 了解病人的年龄、性别、婚姻状况、饮食习惯，有无烟酒嗜好。
2. 既往史 了解是否有大肠腺瘤、溃疡性结肠炎、结直肠息肉、克罗恩病、血吸虫性肉芽肿等病史。
3. 家族史 了解家族成员中是否有家族性腺瘤性息肉病、遗传性非



息肉病性结直肠癌、大肠癌或其他肿瘤病人。

(二) 身体状况

1. 结肠癌

(1) 排便习惯和粪便性状改变：常为最早出现的症状，多表现为排便次数增多，腹泻，便秘，排血性、脓性或黏液性粪便。

(2) 腹痛或腹部不适：也是常见的早期症状。表现为定位不确切



的持续性隐痛或仅为腹部不适或腹胀感；当癌肿并发感染或肠梗阻时腹痛加剧，甚至出现阵发性绞痛。

（3）腹部肿块：多为癌肿本身，也可能是梗阻近侧肠腔内的积粪，位于横结肠或乙状结肠的癌肿可有一定活动度。

（4）肠梗阻：多为中晚期症状。一般为慢性、低位、不完全性肠梗阻，表现为便秘、腹胀，可伴腹部胀痛或阵发性绞痛，进食后症状加重。



(5) 全身症状：病人可出现贫血、消瘦、乏力、低热等全身性表现。晚期还可出现肝大、黄疸、水肿、腹水及恶病质等。

因癌肿部位及病理类型不同，结肠癌的临床表现存在差异：①右半结肠肠腔较大，癌肿多呈肿块型，突出于肠腔，一般以贫血、腹部包块、消瘦乏力为主要表现，肠梗阻症状不明显。②左半结肠肠腔相对较小，故临床以肠梗阻症状较多见，肿瘤破溃时，可有便血或黏液。

2. 直肠癌



(1) 直肠刺激症状：癌肿刺激直肠产生频繁便意，引起排便习惯改变，便前常有肛门下坠、里急后重和排便不尽感；晚期可出现下腹痛。

(2) 黏液血便：最常见，80%-90%病人可出现便血。癌肿破溃后，可出现粪便表面带血和/或黏液。

(3) 肠腔狭窄症状：癌肿增大和/或累及肠管引起肠腔缩窄，初始粪便变形、变细，之后可有腹痛、腹胀、排便困难、肠鸣音亢进等不完全性肠梗阻症状。



(4) 转移症状：侵犯前列腺、膀胱时可出现尿道刺激征、血尿、排尿困难等；侵及骶前神经则出现骶尾部、会阴部持续性剧痛、坠胀感；晚期出现肝转移 时可有腹水、肝大、黄疸、消瘦、水肿等。

(三) 辅助检查

1. 直肠指检 是诊断低位直肠癌最直接和最重要的方法，可了解直肠肿瘤大小、形状、质地、下缘距肛缘的距离、与周围器官的关系等。



2. 实验室检查

(1) 大便隐血试验：可作为高危人群的普查及初筛方法。对消化道少量出血的诊断有重要价值，阳性者应行进一步检查。

(2) 肿瘤标记物测定：癌胚抗原（CEA）和 CA19-9 是目前公认对大肠癌诊断和术后监测有意义的肿瘤标记物，主要用于预测大肠癌的预后和监测复发。

3. 内镜检查 内镜检查报告包括进镜深度、距肛缘距离、肿物大



小、形态、局部浸润的范围等，并在直视下获取活组织行病理学检查，是诊断大肠癌最有效、可靠的方法。

4. 影像学检查

(1) B超和CT检查：有助于了解大肠癌的浸润深度及淋巴转移情况，还可提示有无腹腔种植转移、是否侵犯邻近组织器官或有无肝、肺转移灶等。

(2) X线检查：气钡双重X线造影可作为诊断结直肠癌的方法，但



不能用于结直肠癌分期。

(四) 心理-社会状况

评估病人对所患疾病的认知程度，有无出现过度焦虑、恐惧等影响康复的心理反应；能否接受制订的治疗护理方案，对康复及未来的生活是否充满信心；对手术前后配合及肠造口相关知识的掌握程度；对即将进行的手术及可能出现的并发症、排便方式的改变有无足够的心理承受能力；家庭的经济承受能力和对病人的支持程度。



（五）处理原则

手术切除是大肠癌的主要治疗方法，同时配合化学治疗、放射治疗等综合治疗可在一定程度上提高疗效。

1. 非手术治疗 主要包括化学治疗、放射治疗、中医治疗或局部治疗等。

2. 手术治疗

（1）根治性手术



1) 结肠癌根治性手术：切除范围包括癌肿、两端足够的肠段及其所属系膜和区域淋巴结。根据肿瘤部位，有右半结肠切除术、横结肠切除、左半结肠切除术乙状结肠癌根治切除术。

2) 直肠癌根治性手术：切除范围包括癌肿、两端足够的肠段、受累器官的全部或部分、周围可能被浸润的组织及全直肠系膜。根据癌肿的部位、大小、活动度、细胞分化程度及术前控便能力等选择手术方式，常用的术式有：①局部切除术：适用于早期瘤体小、分化程度高的直肠



癌；②腹会阴联合直肠癌根治术：即 Miles 手术，适用于腹膜反折以下的直肠癌，不可保留肛门；③经腹直肠癌切除术：或称直肠低位前切除术，即 Dixon 手术，适用于腹膜反折线以上的直肠癌，可保留肛门；④经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术：即 Hartmann 手术，适宜于全身一般情况很差，不能耐受 Miles 手术或急性肠梗阻不宜行 Dixon 手术的直肠癌病人。

(2) 姑息性手术：如局部癌肿尚能切除但已发生远处转移的手术、



无法切除的晚期结肠癌病人行的造口术等。

四、常见护理诊断/健康问题

1. 焦虑 与对癌症治疗缺乏信心及担心肠造口影响生活、工作等有关。
2. 营养失调：低于机体需要量 与癌肿慢性消耗、手术创伤、化疗反应等有关。
3. 体象紊乱 与肠造口及排便方式改变有关。



4. 知识缺乏：缺乏有关术前准备及术后注意事项的知识。
5. 潜在并发症：切口感染、吻合口瘘、造口及造口周围皮肤并发症等

五、护理措施

（一）术前护理

1. 心理护理 关心体贴病人，帮助其树立与疾病作斗争的勇气及信心。需行肠造口手术者，术前通过图片、模型及视频等向病人解释



肠造口的相关知识和术后可能出现的情况及处理方法；可介绍同病种恢复良好、心理健康的康复病人与其交流，增强其治疗疾病的信心。

2. 营养支持 术前补充高蛋白、高热量、高维生素、易于消化、营养丰富的少渣饮食，如鱼、瘦肉、乳制品等；必要时，少量多次输血、输白蛋白等，以纠正贫血和低蛋白血症，提高手术耐受性。

3. 肠道准备

(1) 饮食准备



1) 传统饮食准备：术前3d进少渣半流质饮食，如稀饭、蒸蛋；术前1-2d 起进无渣流质饮食。

2) 新型饮食准备：术前3d至术前12h口服全营养制剂，即可满足机体的营养需求，又可减少肠腔粪渣形成。

(2) 肠道清洁：传统上术前1d 进行肠道清洁；加速康复治疗方案中不常规行术前肠道清洁。应视病人有无长期便秘史及肠道梗阻等进行适当调整。



1) 导泻法：①传统的导泻方法：常用制剂为甘露醇、硫酸镁等。

由于其在肠道中几乎不吸收，口服后使肠腔内渗透压升高，吸收肠壁水分，使肠内容物剧增，刺激肠蠕动增加，导致腹泻。②等渗溶液导泻：

目前临床上应用较广，常用制剂为复方聚乙二醇电解质散溶液。开始口服的速度宜快，有排便后可适当减慢速度，多饮水，总量达2000ml以上，直至排出的粪便呈无渣、清水样为止，全过程3-4h；年迈体弱、心肾等脏器功能不全以及肠梗阻者不宜选用。③中药导泻：常用番泻叶泡茶饮



用及口服蓖麻油。

2) 灌肠法：目前临床多主张采用全肠道灌洗法，若病人年老体弱无法耐受或存在心、肾功能不全或灌洗不充分时，可考虑配合灌肠法，应灌洗至粪便呈清水样，肉眼无粪渣为止。

(3) 其他用药：口服肠道不吸收的抗生素，如新霉素、甲硝唑、庆大霉素等。因控制饮食及服用肠道抗生素，维生素K的合成及吸收减少，需适当补充。



5. 阴道冲洗 女性病人为减少或避免术中污染、术后感染，尤其癌肿侵犯阴道后壁时，术前3d每晚行阴道冲洗。

6. 留置胃管及导尿管 有肠梗阻者应尽早留置胃管以减轻腹胀。术晨留置导尿管，可维持膀胱排空，预防手术时损伤输尿管或膀胱和因直肠切除后膀胱后倾或骶神经损伤所致的尿潴留。

（二）术后护理

1. 病情观察 持续监测病人的生命体征，每30min测量1次血压、



脉搏、呼吸，平稳后可改为每小时1次；术后24h病情平稳后逐步延长间隔时间。

2. 体位 全身麻醉尚未清醒者除非有禁忌，应取平卧位，头偏向一侧；病情平稳后，可改半卧位，以利于病人呼吸和引流。

3. 饮食 术后早期禁食、胃肠减压，经静脉补充水、电解质及营养物质。术后48-72h 肛门排气或肠造口开放后，若无腹胀、恶心、呕吐等不良反应，即可拔除胃管，饮水无不适后可进流质饮食，但忌进食



易引起胀气的食物；术后1周进少渣半流质饮食，2周左右可进普食。注意补充高热量、高蛋白、低脂、维生素丰富的食品，如豆制品、蛋、鱼等。

4. 活动 病人卧床期间，可鼓励其床上翻身、活动四肢；术后第1d，病人情况许可时，可协助病人下床活动，以促进肠蠕动的恢复，减轻腹胀，避免肠粘连。活动时注意保护伤口，避免牵拉。

5. 引流管护理



(1) 导尿管：保持导尿管通畅，尿道口护理2次/d，观察尿液的颜色、性状和量，若出现脓尿、血尿、尿量少等，及时报告医师予以处理。

(2) 腹腔/盆腔引流管：妥善固定；保持引流管通畅；观察并记录引流液的颜色、性状和量；保持引流管口周围皮肤清洁、干燥，定时更换敷料；5-7d 后，待引流液量少、性状无异常时，即可拔除引流管。

6. 并发症的护理

(1) 切口感染：①监测病人的生命体征，观察切口有无充血、水肿



剧烈疼痛等；②遵医嘱预防性应用抗生素；③有肠造口者，术后2-3d内取肠造口侧卧位，采用防水性伤口敷料保护腹壁切口，及时更换浸湿的敷料，避免从肠造口流出的排泄物污染腹壁切口；④有会阴部切口，可于术后4-7d 用1：5000高锰酸钾温水坐浴，2次/d；⑤合理安排换药顺序，先腹部切口后会阴部切口。

(2) 吻合口瘘：①原因：由于术前肠道准备不充分、病人营养不良、术中误伤或吻合口缝合过紧影响血供等导致。②表现：病人突发



腹痛或腹痛加重，部分可有明显腹膜炎体征，甚至能触及腹部包块，引流管内可见混浊液体。③护理：为避免刺激吻合口，影响愈合，术后7-10d内切忌灌肠；严密观察病人有无吻合口痿的表现；一旦发生吻合口痿，应禁食、胃肠减压，行盆腔持续滴注、负压吸引，同时予以肠外营养支持，必要时行急诊手术。

7. 肠造口护理

(1) 肠造口评估 正常肠造口颜色呈鲜红色，有光泽且湿润。术后



早期肠黏膜轻度水肿属正常现象，1周左右水肿会消退。肠造口一般高出皮肤表面1-2cm，利于排泄物进入造口袋内。肠造口多呈圆形或椭圆形，结肠造口一般比回肠造口直径大。

(2) 造口袋的使用

1) 佩戴造口袋：于手术当日或术后2-3d 开放肠造口后即可佩戴造口袋。当造口袋内充满1/3排泄物时，应及时倾倒，以防因重力牵拉而影响造口底盘的粘贴。



2) 更换造口袋：①取下造口袋；②清洁造口：用生理盐水或温水由外向内清洁周围皮肤及造口黏膜，再用清洁柔软的毛巾或纸巾蘸干，观察造口及周围皮肤情况；③测量造口：用量尺测量造口基底部的大小；④裁剪底盘开口：按测量结果将底盘开口裁剪至合适大小，直径大于造口基底部1-2mm；⑤粘贴底盘；⑥若造口周围皮肤发红，可洒少许造口保护粉抹匀；若造口周围皮肤有凹陷，可使用防漏膏；⑦扣好造口袋尾部袋夹。



(3) 饮食指导：①宜进食高热量、高蛋白、富含维生素的少渣食物；②勿食用过多膳食纤维，可能会引起粪便干结和排便困难，甚至出现肠梗阻；③洋葱、大蒜、豆类、山芋等可产生刺激性气味或胀气，不宜过多食用；④少吃辛辣刺激食物，多饮水。

(4) 造口及造口周围皮肤常见并发症的护理

1) 造口出血：多由于肠系膜小动脉未结扎或结扎线脱落所致。出血量少时，可用棉球和纱布稍加压迫；出血较多时，可用0.1%肾上腺素



溶液浸湿的纱布压迫或用云南白药粉外敷；大量出血时，需缝扎止血。

2) 造口缺血/坏死：多由于造口血运不良、张力过大引起。术后密切观察肠造口的颜色。如造口黏膜颜色发紫、发黑，及时告知医生，协助处理。

3) 造口狭窄：由于造口周围瘢痕挛缩，可引起造口狭窄。观察病人是否出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐、停止排气、排便等肠梗阻症状并进行造口探查。为预防造口狭窄的出现，指导病人在出院后每1-2周，



自戴手套，石蜡油润滑后，用示指和中指伸入造口，扩张造口1次，持续2-3个月。

4) 造口回缩：可能是造口肠段系膜牵拉回缩、造口感染等因素所致。轻度回缩时，可用凸面底盘并佩戴造口腰带或造口腹带固定；严重者需手术重建造口。

5) 造口脱垂：大多由于肠段保留过长或固定欠牢固、腹壁肌层开口过大、术后腹内压增高等因素引起。轻度脱垂时，无须特殊处理；中



度脱垂可手法复位并用无孔腹带稍加压包扎；重症者需手术处理。

6) 皮肤黏膜分离：常因造口局部坏死、缝线脱落或缝合处感染等引起。分离较浅者，可在分离处洒上少许造口保护粉，用水胶体敷料保护，再用防漏膏阻隔后粘贴造口袋；分离较深者，交由造口师处理。

(5) 心理护理：①术后首次让病人观看造口时，宜在清洁造口及周围皮肤后，避免视觉冲击，增加病人对造口的接受度；②主动与病人交谈，鼓励其说出内心的真实感受，有针对性地进行帮助；③鼓励病人参、



与造口自我护理，可安排同伴教育。

(三) 健康教育

1. 社区宣教 建议一般人群每年进行一次大便潜血试验，每5年进行一次乙状结肠镜检，每10年进行一次纤维结肠镜检。关注大肠癌相关疾病，做好积极预防和治疗。注意饮食及个人卫生。

2. 饮食与运动 根据病人情况调节饮食，宜进食新鲜蔬菜、水果，多饮水，避免高脂肪及辛辣、刺激性食物。回肠造口和造口狭窄者避



免进食木耳、菌菇、芹菜等难消化及纤维过长易成团食物，适当控制易产气及异味的食物。鼓励规律生活，适量参加体育锻炼。

3. 工作与社交 保持心情舒畅，避免自我封闭，应尽可能地融入正常的生活、工作和社交活动中。可参加造口病人联谊会，学习交流彼此的经验和体会，重拾自信。

4. 结肠灌洗 是指将一定容量的温水经结肠造口灌入肠腔，以刺激肠蠕动，清除结肠内的粪便及积气。方法：①连接灌洗装置，在集水



袋内装入500-1000ml的39-41℃温开水；②将灌洗头插入造口，使灌洗液缓慢进入造口内，灌洗时间10-15min；③灌洗液完全注入后，尽可能保留10-20min；④开放灌洗袋，排空肠内容物。若灌洗过程中病人出现面色苍白、出冷汗、腹痛、头昏眼花或血压骤降、脉搏加快等情况，应立即停止灌洗。

5. 定期复诊 每3-6个月定期门诊复查。行放化疗者，定期检查血常规，出现白细胞和血小板计数明显减少时，应及时到医院就诊。



谢谢观看

