

《内科护理》临床案例护理实践练习

练习方法和要求：学生每 4 人一组，依据提供的病人资料和临床情景，以角色扮演的方式（1 人扮演病人，1 人扮演家属，2 人扮演护士），针对病人的病情给予相应的护理操作。

第四章 消化系统疾病病人的护理

消化性溃疡病人的护理

【病历摘要】

资某，男性，40 岁。上腹部隐痛 5 年，每年冬季发病，当劳累、紧张、服用辛辣饮食时症状尤其明显。1 周前腹痛再发，表现为中上腹餐前空腹疼痛，并有午夜痛，近 3 日加重。

身体评估：体温 37℃，脉搏 80 次/min，呼吸 18 次/min，血压 105/75mmHg。腹软，中上腹轻压痛，无反跳痛，肝脾未及。

实验室及其他检查：WBC $7.8 \times 10^9/L$ ，N 78%，L 22%，Hb 105g/L。大便隐血试验（+）。

模拟情景一

病人由门诊收入住消化内科，作为责任护士，依据病人目前的情况，请给予饮食护理指导。

1. 进餐方式：定时定量，少食多餐，细嚼慢咽，不宜过饱，避免餐间零食和睡前进食。
2. 食物选择：进食营养丰富易消化食物，以面食为主。牛奶不宜多饮，可适量摄取脱脂牛奶。
3. 避免生、冷、硬、刺激性食物及粗纤维多的蔬菜，少食浓肉汤、鸡汤、醋等刺激胃酸分泌的食物。
4. 戒烟酒。

模拟情景二

为明确诊断，拟明日 8:00 行纤维胃镜检查，请为病人做好检查前的相关知识宣教。

1. 向病人介绍检查的目的、方法、如何配合及可能出现的问题，使病人消除顾虑和恐惧心理，取得其配合。有义齿者检查前取下义齿妥善保管。
2. 了解有无麻醉药物过敏史。
3. 检测乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病病毒标志物，阳性者用专门胃镜检查。
4. 检查前禁食 8 小时，有胃排空延迟者，需禁食更长时间，有严重幽门梗阻的病人术前 2~3 天宜进流质饮食，检查前需充分洗胃。

5. 术前半小时遵医嘱肌内注射或静脉注射地西洋 5~10mg、山莨菪碱 10mg 或静脉注射阿托品 0.5mg，以镇静、减少胃蠕动和胃液分泌。

急性胰腺炎病人的护理

【病历摘要】

周某，男性，29 岁。上腹疼痛伴恶心、呕吐 1 小时入院。病人今日中午饮酒及饱餐后出现上腹疼痛伴恶心、呕吐，疼痛性质为刀割样，并向左腰背部放射，呕吐后疼痛无明显缓解。

查体：T38℃，P96 次/分，R 24 次/分，BP130/85mmHg，神志清楚，大汗淋漓，被动蜷曲位，浅表淋巴结未触及。心肺未及明显异常；腹肌稍紧张，中上腹压痛明显，未触及包块，肝脾未触及，肠鸣音 3~5 次/分。

实验室检查：WBC $12.9 \times 10^9/L$ ，N 81.8%，Hb 126g/L，PLT $280 \times 10^9/L$ ；血淀粉酶：546U/L。初步诊断为急性胰腺炎。

模拟情景

病人由门诊收入住消化内科，作为责任护士，依据病人目前的情况，请给予相应的护理措施。

1. 评估 评估腹痛的病因、特点、程度、持续时间、加重和缓解的因素，疼痛伴随症状。记录并及时通知医生。

2. 休息与体位 绝对卧床休息，舒适体位以减轻疼痛如弯腰屈膝侧位。

3. 饮食护理 禁食、禁水 1~3 天，胃肠减压，待腹痛、呕吐消失后进食低糖、低脂流质或半流质饮食。戒酒。

4. 观察病情 ①生命体征、神志、尿量的变化；②观察疼痛性质、部位、腹部体征变化；③24 小时出入量；④呕吐物的性质和量；⑤监测血淀粉酶、血糖、电解质变化；⑥监测有无并发症表现。

5. 用药护理 建立静脉通路，遵医嘱补液，2000~3000ml/d；腹痛剧烈可遵医嘱给予解痉止痛药，首选哌替啶，禁用吗啡止痛；用减少胰酶分泌药如奥美拉唑或 H_2 受体拮抗剂等；遵医嘱应用抗生素，注意观察药物的疗效和副作用。

6. 心理护理 关心体贴病人，满足病人需要，缓解紧张情绪。

7. 口腔护理 禁食水期间，口渴者可含漱或用水滋润口唇。

8. 健康宣教 告知病人急性胰腺炎疾病相关知识，避免酗酒、暴饮暴食，积极治疗与胰腺炎有关的疾病如胆囊炎等，定期复查。

肝硬化、上消化道出血、肝性脑病病人的护理

【病历摘要】

张某，男性，58 岁。因呕血 3 次、黑便 1 天，伴头晕、心悸急诊入院。既

往有乙肝肝硬化病史 10 年，未规律治疗。三年前曾因食管胃底静脉曲张破裂出血住院治疗。具有长期饮酒史（每日饮酒 200ml，已戒酒 1 年）

入院体查：体温 36.0℃，脉搏 118 次 / min，呼吸 24 次 / min，血压 80/50mmHg。面色苍白，皮肤湿冷，可见肝掌、蜘蛛痣。腹部膨隆，移动性浊音阳性。

临床诊断：肝硬化合并上消化道出血

模拟情景一

护士现遵医嘱配合医生完成三腔二囊管的放置，做好操作前准备，操作中配合及操作后护理。

一、操作前准备

1. 病人准备 ①向病人及家属介绍操作目的、方法、注意事项，解除其顾虑，取得配合。②教会病人术中配合，如配合吞咽、深呼吸等。③嘱病人术前 12 小时应禁食。④检查病人有无义齿，如有取下活动性义齿，以免误吸。⑤观察病人情绪，若病人高度紧张或烦躁不安，可遵医嘱使用镇静剂。

2. 环境准备 环境清洁、安静、温度适宜。

3. 用物准备 双气囊三腔管压迫止血术用物、急救药品和器械。使用前检查双气囊三腔管性能，如气囊是否漏气、气囊膨胀是否均匀、管道是否通畅等。方法：用 50ml 注射器向胃气囊注气约 150~200ml，压力在 40~45mmHg；食管气囊注气约 100ml，压力在 30~40mmHg，用弹簧夹夹住管口后仔细检查气囊有无变形、损坏或漏气。检查两气囊无漏气后抽尽囊内气体备用。检查漏气有三种方法：①放入水中，查看有气泡逸出。②抽出气量少于注入气量。③将气囊放在耳边倾听有漏气声。

二、操作过程与护理配合

1. 安置体位 协助病人取半坐卧位或平卧位，头偏向一侧，颌下铺治疗巾。

2. 清洁鼻腔 用湿棉签清洁病人插管侧鼻腔。

3. 协助插三腔管 将三腔管前端及气囊外面涂上液状石蜡，然后由病人鼻孔慢慢插入，管端到达咽喉部或喉部时嘱病人做吞咽动作。当三腔管插入 50~65cm 时，抽胃液证实已达胃腔，可暂作固定。

4. 协助充气、牵引 先向胃气囊内注气约 150~200ml，压力维持在 40~

45mmHg，并封闭管口，缓慢向外牵引管道，使胃囊压迫胃底部曲张静脉。如单用胃囊压迫已止血，则食管压迫胃囊不必充气。如未能止血，则继续向食管气囊注气约 100ml，压力维持在 30~40mmHg，并封闭管口，使气囊压迫食管下段的曲张静脉。管外端以绷带连接 0.5kg 沙袋，经牵引架作持续牵引。三腔管牵引方向应顺身体纵轴，与鼻唇部呈 40° 左右，以防该处鼻腔黏膜和唇部皮肤过度受压而产生糜烂、坏死。

5. 整理 压迫止血处理妥当后整理床单位及用物。

三、操作后护理

1. 止血期观察与护理 压迫止血期间应经常抽吸胃内容物，避免胃膨胀引起呕吐，也可观察胃内容物的颜色量，如见新鲜血液，说明止血效果不好，应检查牵引松紧或气囊压力，并给予适当调整；若病人出现恶心、胸骨下不适或频发期前收缩，应检查是否为胃气囊进入食管下端挤压心脏所致，应给予适当调整；若提拉不慎或病人用力咳嗽，可将胃气囊拉出而阻塞咽喉部，引起呼吸困难或窒息，剪除三腔管放出气体。

2. 监测囊内压 压迫止血期间每 4~6 小时监测 1 次囊内压，囊内压降低时应抽尽囊内气体，重新注气。

3. 定时放气三腔管 放置 12~24 小时后，食管气囊应放气 15~30 分钟，同时放松牵引，并将三腔管向胃内送少许，以解除胃底贲门压力，然后再充气牵引，避免局部黏膜因受压过久而发生糜烂、坏死。

4. 鼻饲流质 出血停止后，定时向胃管腔内注入流质饮食，但必须确认为胃腔后再注入，以免误入气囊发生意外。

5. 口、鼻腔清洁 保持病人口、鼻腔清洁，嘱病人不要将唾液、痰液咽下，以免误入气管引起吸入性肺炎，每日两次向鼻腔滴入少量液状石蜡，以免三腔管黏附于鼻黏膜。

6. 协助拔管 出血停止后，放松牵引，放出囊内气体，保留管道继续观察 24 小时，未再出血可考虑拔管，对昏迷病人亦可继续留置管道用于注入流质食物或药液。拔管前口服液状石蜡 20~30ml，使黏膜与管外壁润滑后，再缓慢拔出三腔管。气囊压迫一般以 3~4 天为限，若病人继续出血可适当延长。

模拟情景二

经过 5 天的三腔二囊管压迫止血治疗，病人出血停止，已拔管。拔管后第二天病人神志模糊，定向力障碍，扑翼样震颤阳性。实验室检查：血氨升高，肝功能异常。作为责任护士，依据病人目前的情况，请给予相应的护理措施。

（一）一般护理

- 1、绝对卧床休息，保持病室安静、舒适。
- 2、给予高热量、高维生素、低蛋白、易消化饮食，限制蛋白质摄入量。
- 3、保持大便通畅，防止便秘，可使用乳果糖口服或灌肠。
- 4、口腔护理：保持口腔清洁，预防感染。
- 5、皮肤护理：保持皮肤清洁干燥，预防压疮。

（二）病情观察

- 1、密切观察生命体征：尤其是血压、脉搏的变化，警惕失血性休克的发生。
- 2、观察意识状态：注意病人神志、瞳孔、行为举止的变化，及时发现肝性脑病的加重。
- 3、观察呕吐物及大便情况：记录呕吐物及大便的颜色、性状、量，判断出血是否停止。
- 4、监测血氨及肝功能：了解病情变化。

（三）用药护理

- 1、遵医嘱使用降氨药物，如乳果糖、门冬氨酸鸟氨酸等，注意观察病人排便情况，保持大便通畅。
- 2、遵医嘱使用抗生素：预防性使用抗生素，预防感染。

（四）心理护理

- 1、关心、安慰病人，消除其恐惧、焦虑情绪。
- 2、向病人及家属讲解疾病相关知识，使其积极配合治疗和护理。

（五）健康教育

- 1、指导病人及家属了解肝硬化和肝性脑病的相关知识，包括病因、诱因、症状、治疗、护理等。
- 2、指导病人养成良好的生活习惯，戒酒、戒烟，避免过度劳累。
- 3、指导病人合理饮食，限制蛋白质摄入量，避免进食粗糙、坚硬的食物。

4、指导病人定期复查肝功能、血氨等指标，遵医嘱服药。

（苍薇 刘艳萍 张燕）