



内科护理

第四章 消化系统疾病病人的护理





第四章 消化系统疾病病人的护理

第三节

消化性溃疡病人的护理

主讲人：XXX



病人，男，44岁。近3年来反复出现餐前中上腹烧灼样疼痛，进食后疼痛缓解，常有夜间痛。

护理体检：T 36.4℃，P 72次/分，R 18次/分，BP 120/80mmHg。意识清楚，腹部平软，肝脾无肿大。X线钡餐检查：十二指肠球部有龛影。

临床诊断：十二指肠溃疡

- 1.列出该病人的主要护理诊断/问题。
- 2.指导病人进行合理饮食。



知识目标:

- 1.掌握消化性溃疡病人的护理评估、护理措施。
- 2.熟悉消化性溃疡病人的辅助检查、常见护理诊断/问题。
- 3.了解消化性溃疡病人的病因、护理目标、护理评价。

能力目标: 能准确评估消化性溃疡病人的病情, 为病人实施有效的用药护理与饮食指导。

素质目标: 具有细致认真的工作态度, 尊重、关爱病人的职业素养。



重点

- 消化性溃疡病人的身体状况、护理措施及健康教育。

难点

- 消化性溃疡的用药护理。



- 消化性溃疡 (peptic ulcer) 指在各种致病因子的作用下, 消化道黏膜被胃酸/胃蛋白酶消化, 发生炎症反应与坏死、脱落, 形成破损, 溃疡处黏膜坏死缺损超过黏膜肌层, 严重者可达固有肌层或更深。胃溃疡 (gastric ulcer, GU) 和十二指肠溃疡 (duodenal ulcer, DU) 最为常见。
- 本病为全球性常见病, 可发生于任何年龄, 十二指肠溃疡比胃溃疡多见。十二指肠溃疡常好发于青壮年, 胃溃疡中老年多见, 且胃溃疡发病年龄一般比十二指肠溃疡平均晚十年。男性患病较女性多。本病秋冬和冬春之交季节好发。

消化性溃疡的发生是多因素的，胃溃疡的发生着重于保护因素的削弱，十二指肠溃疡则侧重于损害因素的增强。

（一）损害因素

1. **幽门螺杆菌感染** 是导致消化性溃疡的**重要病因**。
2. **胃酸、胃蛋白酶分泌增多** 胃酸和胃蛋白酶分泌在溃疡形成中起主要作用。**胃酸在溃疡的形成中起决定作用**，是溃疡形成的直接原因。
3. **药物因素** 长期服用非甾体类抗炎药、糖皮质激素、化疗药物、氯吡格雷等药物可发生溃疡。
4. **其他因素** 粗糙和刺激性食物及吸烟、嗜酒等均可能和消化性溃疡的发生有关。

(二) 保护因素

- 1. 粘液-黏膜屏障作用** 粘液-黏膜屏障具有抗 H^+ 逆流作用，阻断致伤因子的损害。过多的胃酸、酒类、阿司匹林、胆汁反流可破坏该屏障。
- 2. 黏膜的血液循环及上皮细胞的更新** 胃、十二指肠黏膜的良好血液循环及上皮细胞强大的再生力，对黏膜的完整性起着重要的作用。
- 3. 前列腺素** 前列腺素能促进黏膜的血液循环、胃黏膜细胞分泌黏液，是维持黏膜完整性的一个重要因素。

(三) 其他因素



消化性溃疡大多单发，也可多个，呈圆形或椭圆形。胃溃疡多发生在胃窦部小弯侧，十二指肠溃疡多发生于球部，前壁较常见。溃疡浅者累及黏膜肌层，深者可贯穿肌层，直至浆膜层，穿破浆膜层可导致穿孔，血管破溃可引起出血。





(一) 健康史

- 询问病人年龄、起病情况；
- 是否与季节变化、饮食因素或情绪有关；
- 有无家族聚集现象。



(二) 身体状况

消化性溃疡以慢性病程、周期性发作、节律性上腹痛为主要特征。

1. 症状

(1) **上腹痛**：是消化性溃疡的**主要症状**。多数病人上腹部疼痛长期反复发作，病程可长达几年、十几年甚至更长，且溃疡活动期与缓解期交替出现。

(2) 胃肠道症状：暖气、反酸、恶心、呕吐、食欲不振、畏食等。

(3) 全身症状：表现为自主神经功能失调的症状。



胃溃疡和十二指肠溃疡腹痛特点的比较

鉴别项目	胃溃疡	十二指肠溃疡
病变部位	胃窦部小弯侧	十二指肠球部
疼痛部位	中上腹或剑突下偏左	中上腹或剑突下偏右
疼痛时间	常在餐后约0.5~1小时内发生, 经1~2小时后缓解, 称“餐后痛”	常在两餐之间, 至下次进餐后缓解, 称“空腹痛”或“夜间痛”
疼痛性质	灼痛、胀痛或痉挛感	灼痛、胀痛或饥饿样不适感
疼痛节律	进食—疼痛—缓解	疼痛—进食—缓解



(二) 身体状况

2.体征 溃疡活动期上腹部可有固定而局限的压痛点，缓解期多无明显体征。



(二) 身体状况

3. 并发症

(1) **出血**：是消化性溃疡**最常见的并发症**，十二指肠溃疡比胃溃疡易发生。出血引起的临床表现取决于出血的速度和量。轻者表现为呕血、黑便，重者可有周围循环衰竭，甚至低血容量性休克。

(2) **穿孔**：是胃、十二指肠溃疡**最严重的并发症**，常发生于十二指肠溃疡。急性溃疡穿孔好发于十二指肠前壁或胃前壁，表现为突发上腹部剧痛，呈刀割样或烧灼样，并迅速扩散到全腹，全腹有明显的压痛和反跳痛，腹肌紧张呈“木板样”强直，肝浊音界缩小或消失，肠鸣音减弱或消失。

(二) 身体状况

3. 并发症

(3) 幽门梗阻：可分两类：①急性梗阻（暂时性）：由于溃疡活动、炎症水肿或幽门痉挛，使幽门狭窄；②慢性梗阻（持久性）：溃疡多次复发，愈合后瘢痕形成并收缩使幽门狭窄。表现为餐后加重的上腹部饱胀，频繁呕吐，**呕吐物为有酸腐味的宿食**，重者出现水和电解质紊乱如低钾低氯性碱中毒。上腹部空腹振水音、胃蠕动波及空腹抽出胃液量超过200ml是幽门梗阻的特征性表现。

(4) 癌变：少数胃溃疡可发生癌变。





(三) 心理-社会状况

消化性溃疡病程长，常会反复发作，影响病人的日常生活，使病人产生焦虑、烦躁等情绪。



(四) 辅助检查

1. **胃镜及黏膜活检** 是**确诊**消化性溃疡的**首选检查方法**。胃镜下可直接观察溃疡的部位、大小、性质，并可在直视下取活组织作病理性检查和幽门螺杆菌监测。
2. **X线钡餐检查** 适用于对胃镜检查有禁忌或不能接受胃镜检查者。**龛影为溃疡的直接X线征象**，是诊断溃疡的可靠依据之一。
3. **Hp检测** 是消化性溃疡的常规检查的项目，检测结果常可决定治疗方案。常为根除治疗后复查的首选方法。
4. **粪便潜血试验** **粪便潜血试验阳性**，**提示溃疡活动**。若胃溃疡病人粪便潜血试验持续阳性提示癌变的可能。



(五) 治疗要点

1. 抗Hp治疗 目前推荐PPI+铋剂+两种抗菌药物组成的四联疗法为一线治疗方案，疗程为14天。通常在治疗后至少4周复查Hp。

(1) 标准剂量PPI：埃索美拉唑 20mg、雷贝拉唑 10mg、奥美拉唑 20mg、兰索拉唑 30mg、泮托拉唑 40mg、艾普拉唑 5mg，2次/d。

(2) 标准剂量铋剂：枸橼酸铋钾 220mg，2次/d。

(3) 有效抗生素：甲硝唑 400mg或替硝唑 500mg，克拉霉素 250~500mg，呋喃唑酮 100mg；四环素 750mg，阿莫西林1000mg，左氧氟沙星 200mg；2次/d。



(五) 治疗要点

2.抑制胃酸分泌

药物	药物作用	常用药物	服药方法
H ₂ 受体拮抗剂	选择性竞争结合H ₂ 受体, 使壁细胞分泌胃酸减少	西咪替丁 (800mg/d) 雷尼替丁 (300mg/d) 法莫替丁 (40mg/d)	分2次口服或睡前顿服
质子泵抑制剂 (PPI)	抑制H ⁺ -K ⁺ -ATP酶, 阻止胃酸分泌, 是目前抑制胃酸分泌作用最强的药物	奥美拉唑 (20mg/d) 兰索拉唑 (30mg/d) 泮托拉唑 (40mg/d)	清晨1次空腹口服
弱碱性抗酸剂	中和胃酸	铝碳酸镁氢 氧化铝凝胶	饭后1小时和睡前服用

(五) 治疗要点

3.保护胃黏膜 包括硫糖铝、枸橼酸铋钾及前列腺素类药物如米索前列醇等，通常不作为治疗消化性溃疡的一线药物。

4.手术治疗 对急性穿孔、大出血内科治疗无效、瘢痕性幽门梗阻、胃溃疡恶变及内科治疗无效的顽固性溃疡可进行手术治疗。



1. 疼痛 与胃酸刺激溃疡面引起化学性炎症有关。
2. 营养失调：低于机体需要量 与腹痛导致摄入量减少、消化吸收障碍有关。
3. 知识缺乏 缺乏溃疡病防治的知识。
4. 焦虑 与疼痛、症状反复出现、病程迁延不愈有关。
5. 潜在并发症：上消化道出血、穿孔、幽门梗阻、癌变。



- 1.病人的疼痛改善。
- 2.病人的营养状况改善。
- 3.病人能积极配合治疗及护理。
- 4.病人情绪稳定，对治疗有信心。
- 5.病人能了解疾病的相关知识，无并发症发生。

一、一般护理

1. 休息与体位 溃疡活动期，病人应卧床休息几天至1~2周。

溃疡缓解期注意劳逸结合，避免过劳。

2. 饮食护理 ①嘱病人**少量多餐**，避免胃窦部过度扩张而增加促胃液素的分泌，细嚼慢咽，定时进餐，不宜过饥过饱。②食物以清淡、富有营养的饮食为主，应**以面食为主食**，或软饭、米粥。③**牛奶**有抗幽门螺杆菌作用，但含钙高，可刺激胃酸分泌，**不宜多饮**。两餐之间可给适量的脱脂牛奶。④避免进食机械性刺激性食物和化学性刺激性强的食物。



二、病情观察

密切监测病人生命体征，观察病人疼痛的部位、性质、规律，若出现疼痛加剧或疼痛的节律性发生变化或出现呕血与黑便时，应及时告知医生，做好抢救配合工作。



三、用药护理

1.抑制胃酸分泌的常用药物、不良反应及使用注意事项。

药物	不良反应	注意事项
西咪替丁 雷尼替丁 法莫替丁	主要为头痛、头昏、疲倦、腹泻、一过性肝损害等，其中 西咪替丁有抗雄激素的作用	在餐中、餐后即刻服用或睡前顿服；与抗酸药联用时应间隔1小时以上；静脉给药速度不宜过快，避免低血压和心律失常
奥美拉唑 兰索拉唑 泮托拉唑 铝碳酸镁 氢氧化铝 凝胶	头晕、注意力不集中 皮疹、瘙痒、头痛、口苦等 偶有头痛、腹泻 镁制剂可致腹泻 食欲不振、骨质疏松，长期服用可致便秘等	空腹口服 ；避免服药期间开车或从事高度集中注意力的工作 在餐后1小时及睡前服用 ，服用 片剂时嚼服 ；避免与牛奶、酸性食物及饮料同服



三、用药护理

2.保护胃黏膜的常用药物、不良反应及使用注意事项

药物	不良反应	注意事项
枸橼酸铋钾	舌苔发黑、便秘、粪便呈黑色，少数恶心、一过性血清转氨酶升高	餐前半小时口服；用吸管直接吸入，不宜长期使用
硫糖铝	便秘、口干、皮疹、眩晕、嗜睡	餐前1小时及睡前各服一次，嚼服；不能与多酶片同服，以免减低疗效
米索前列醇	孕妇流产、腹泻	孕妇忌用



四、并发症护理

- 1.急性穿孔者取半卧位，禁食、禁饮、胃肠减压，可减少胃肠内容物继续流入腹腔。输液，应用抗生素，作好术前准备。
- 2.合并出血者观察和记录呕血、便血、循环血量不足的表现。取平卧位，暂时禁食，输液、输血，按时应用止血药物，做好术前准备。
- 3.合并幽门梗阻者，若暂时性梗阻者可进无渣半流质饮食，输液，纠正营养不良及低氯、低钾性碱中毒。瘢痕性梗阻者术前3天，每晚用300~500ml温等渗盐水洗胃，以减轻胃壁水肿和炎症，有利于术后吻合口愈合。



五、心理护理

积极与病人沟通，向病人说明焦虑的心理可增加胃酸分泌，诱发或加重溃疡。指导病人学会自我调节，保持乐观情绪，促进溃疡的愈合。



六、健康宣教

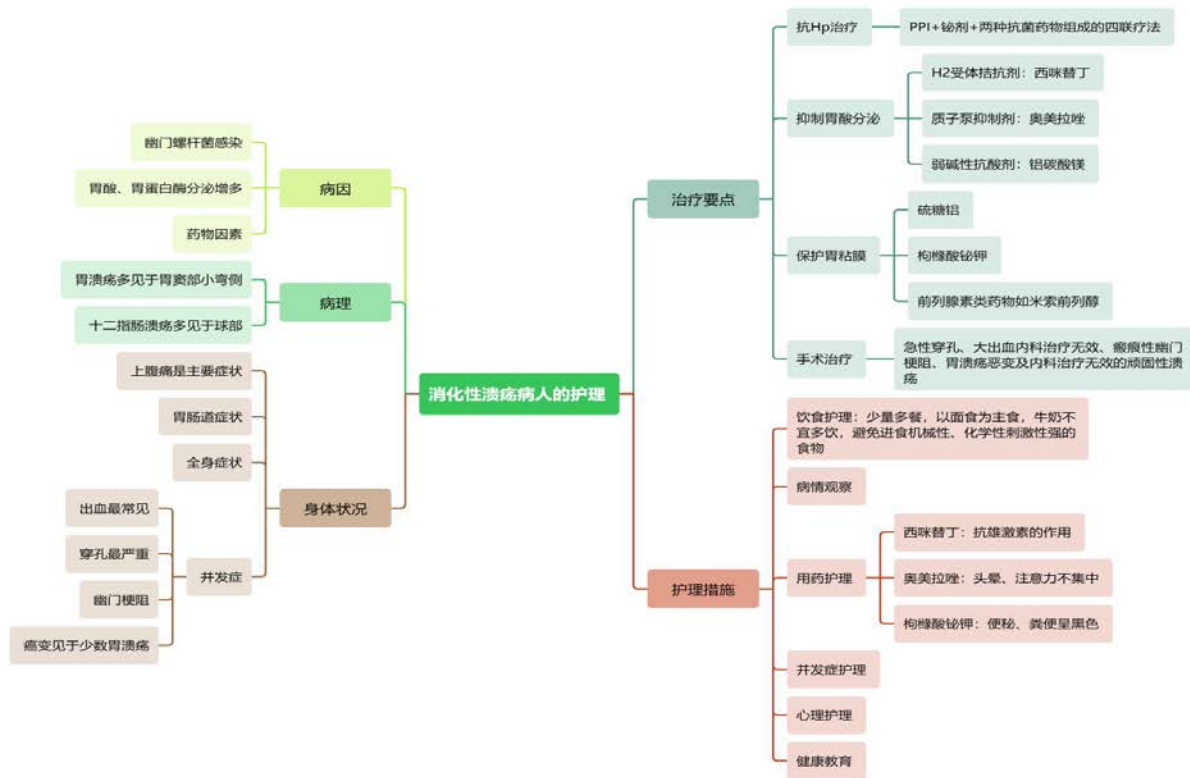
1.生活指导 指导病人养成良好饮食习惯的重要性，戒烟戒酒。保持心情舒畅，注意劳逸结合，避免重体力劳动。

2.疾病知识指导 指导病人遵医嘱用药，坚持治疗和忌用或慎用对胃黏膜有损害的药物，如阿司匹林、吲哚美辛、糖皮质激素等。定期复查，指导病人了解并发症的相关知识，如出现相应症状能及时就医。



- 病人的疼痛有无改善；
- 病人的营养状况有无改善；
- 能否积极配合治疗及护理；
- 情绪是否稳定，对治疗有无信心；
- 是否了解疾病的相关知识，有无并发症的发生。

小结





谢谢观看

