

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

第九节

消化系统常用诊疗技术及护理

主讲人：XXX



学习目标

知识目标： 1.掌握消化系统常见诊疗技术的术前准备、术中护理配合及术后护理。

2.熟悉消化系统常见诊疗技术的操作过程。

3.了解消化系统常见诊疗技术的适应证和禁忌证。

能力目标： 能向病人和家属解释操作的目的、操作前、操作中及操作后护理。

素质目标： 具有医疗安全、团队合作的职业意识和认真负责的职业态度，尊重、理解和关爱病人。





目录



01

腹腔穿刺术



02

胃镜检查术



03

结肠镜检查



04

三（四）腔二
囊管压迫止血





概念 腹腔穿刺术



腹腔穿刺术是为了诊断和治疗疾病，用穿刺技术抽取腹腔液体，以明确腹水的性质,降低腹腔压力或向腹腔内注射药物，进行局部治疗的方法。



- ◎ 腹腔积液原因不明，抽液检查协助诊断。
- ◎ 大量腹水者适当放液缓解症状。
- ◎ 腹腔内注射药物以配合治疗。
- ◎ 施行腹水浓缩回输术。
- ◎ 人工气腹，协助X线诊断或治疗（如肺结核空洞或大咯血治疗）。
- ◎ 诊断性（如腹部创伤时）或治疗性（如重症急性胰腺炎时）腹腔灌洗。



禁忌症 腹腔穿刺术



- ◎ 有肝性脑病先兆者，禁忌腹腔穿刺放腹水。
- ◎ 广泛性腹膜粘连。
- ◎ 卵巢囊肿、包虫病(球蚴病)。
- ◎ 大量腹水伴有严重电解质紊乱。
- ◎ 妊娠。





操作前准备 腹腔穿刺术



病人准备：嘱病
人排尿以免穿刺
时损伤膀胱



环境准备



用物准备

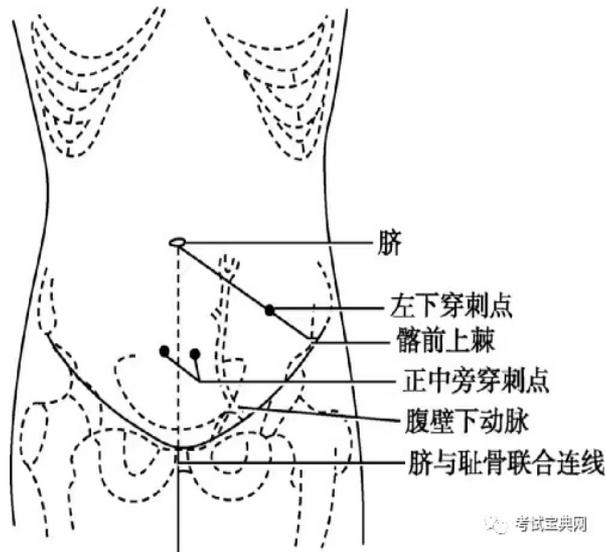
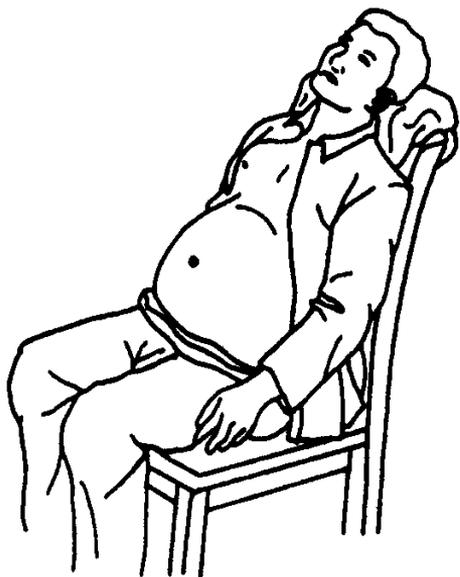


- 1.安置体位 体弱者在床上取坐位、半卧位或侧卧位
- 2.选择适宜穿刺点：常用左下腹部脐与髂前上棘连线中外1/3的交界处
- 3.穿刺前准备 穿刺部位常规消毒,戴无菌手套, 铺洞巾,局部浸润麻醉
- 4.协助穿刺、放液腹腔内注药 在放液过程中, 用血管钳固定针头并夹持橡皮管
- 5.观察病情变化
- 6.拔针、束腹 手指压迫5~10分钟, 束紧腹带
- 7.整理、记录、送检标本





操作过程中与护理配合 腹腔穿刺术





操作后护理 腹腔穿刺术

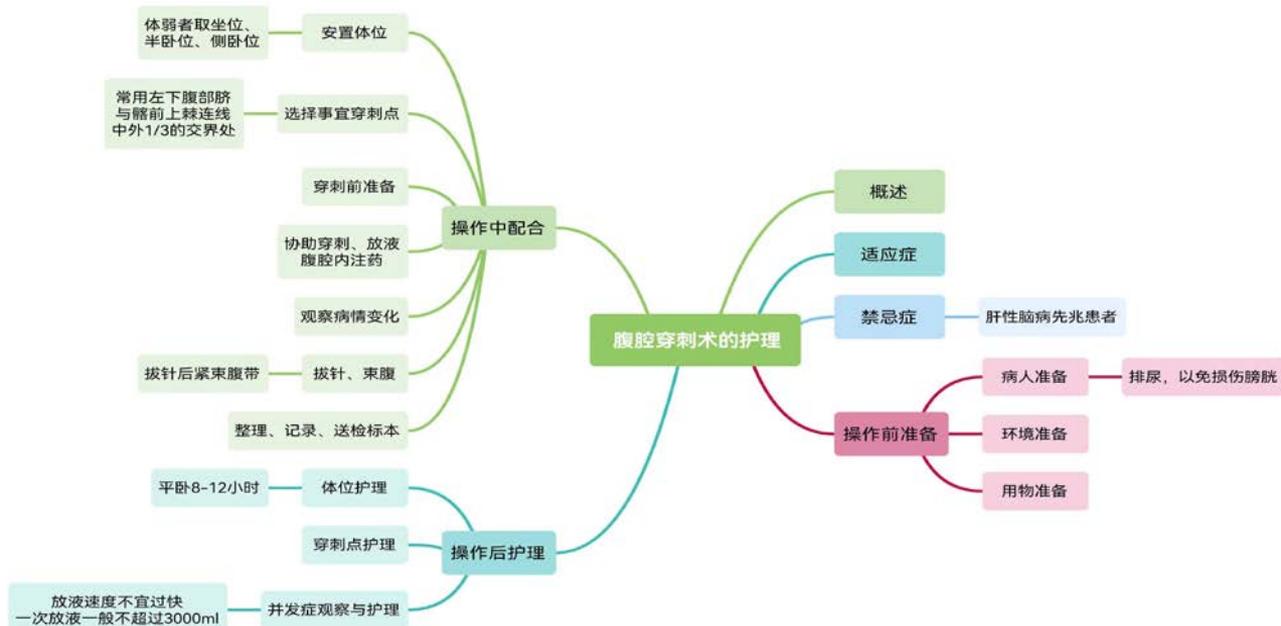


- 1.体位护理 术后平卧8~12小时
- 2.穿刺点护理 测量腹围，观察腹水消长的情况。预防伤口感染。穿刺点如有腹水漏出时，可用蝶形胶布或涂上火棉胶封闭。
- 3.并发症观察与护理 观察病人面色、生命体征、意识等变化。肝硬化病人一次放腹水一般不超过3000ml,过多放液可诱发肝性脑病和电解质紊乱。腹腔持续流，引流量 $\leq 2000\text{ml/d}$ 。





小结 腹腔穿刺术





概念 胃镜检查术



纤维胃镜检查包括食管、胃、十二指肠的检查。是应用最广泛、进展最快的内镜检查，通过此项检查可直接观察食管、胃及十二指肠炎症、溃疡或肿瘤等病变的大小、部位及范围，并可行组织学或细胞学检查。





- 1.有明显消化道症状，但不明原因者。
- 2.原因不明的上消化道出血。
- 3.疑有上消化道肿瘤者。
- 4.已确诊需随访的上消化道病变,如消化性溃疡、萎缩性胃炎等。
- 5.需作内镜治疗者，如摘取异物、止血及食管静脉曲张的硬化剂注射与结扎、食管狭窄的扩张治疗等。





- 1.严重心、肺疾病，如严重心律失常、心力衰竭、严重呼吸衰竭及支气管哮喘发作等。
- 2.各种原因所致休克、昏迷、癫痫发作等危重状态。
- 3.食管、胃、十二指肠穿孔急性期。
- 4.神志不清、精神失常不能配合检查者。
- 5.严重咽喉部疾病、腐蚀性食管炎、主动脉瘤及严重的颈胸段脊柱畸形等。
- 6.慢性乙、丙型肝炎或病原携带者、AIDS病人应具备特殊的消毒措施。





操作前准备 胃镜检查术



病人准备：术前
禁食8小时



环境准备



用物准备





操作过程与配合护理 胃镜检查术

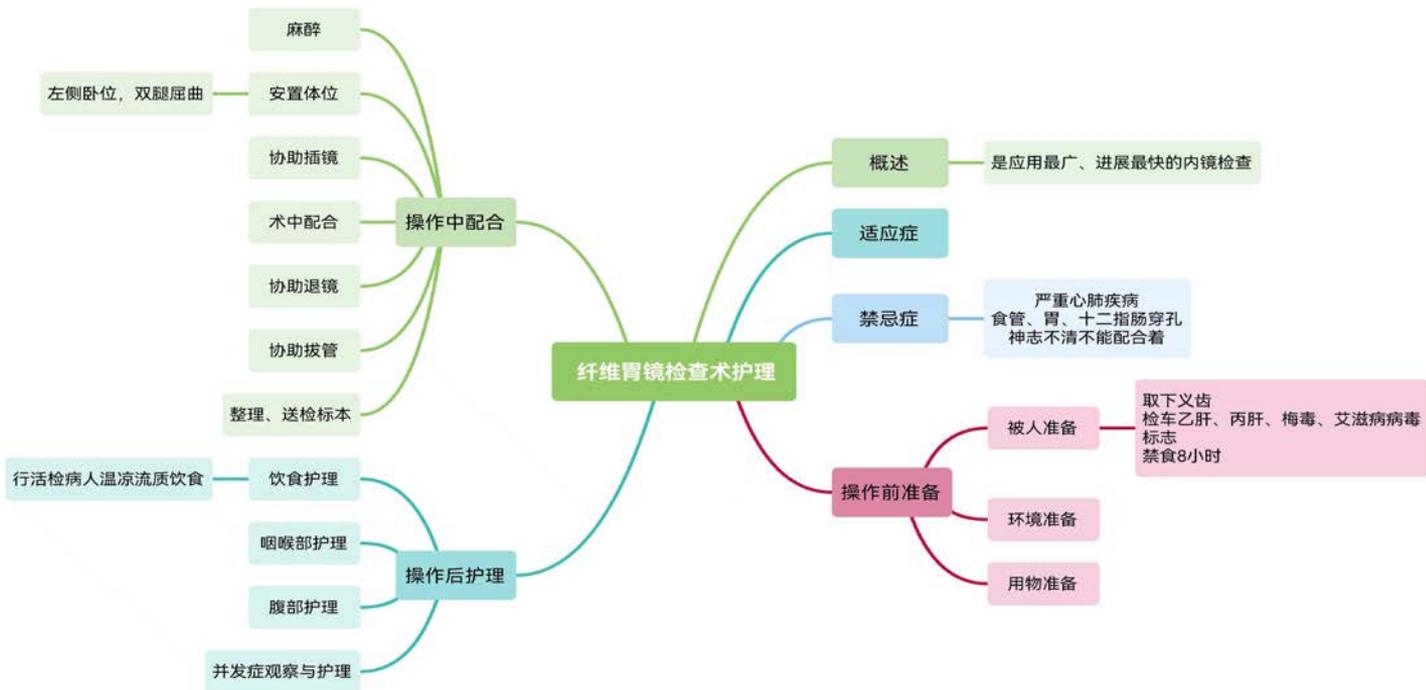


- 1.麻醉
- 2.安置体位 左侧卧位，双腿屈曲
- 3.协助插镜
- 4.术中配合 如病人出现恶心不适,护士应嘱病人深呼吸，肌肉放松，如恶心较重，可能是麻醉不足，应重新麻醉。。
- 5.协助退镜 退出胃镜时尽量抽气
- 6.协助拔管
- 7.整理、送检标本





内 容	护 理 要 点
饮食护理	咽喉部麻醉作用未消退前，嘱其不要吞咽唾液，以免呛咳。麻醉作用消失后再进饮食。当天饮食以流质、半流质为宜，行活检的病人应进温凉饮食。
咽喉部护理	术后可出现咽痛、咽喉部异物感，嘱病人不要用力咳嗽，以免损伤咽喉部黏膜。
腹部护理	若病人出现腹痛、腹胀，多为术中注入胃内的气体进入小肠所致，可进行腹部按摩，促进排气。
并发症观察与护理	检查后数天内观察病人有无消化道穿孔、出血、感染等并发症，一旦发现及时协助医师进行处理。





概念 结肠镜检查术



纤维结肠镜检查是通过肛门插入内镜,在X线监视下操作,进行肠道的直视检查,可以清楚地发现肠道病变,并可对部分肠道病变进行治疗,是诊断和治疗大肠疾病安全有效的方法之一。





适应症 结肠镜检查术



- 1.原因不明的慢性腹泻、便血及下腹疼痛，疑有结肠、直肠、末端回肠病变者。
- 2.钡剂灌肠有可疑病变需进一步明确诊断者。
- 3.炎症性肠病的诊断与随访。
- 4.需做止血及结肠息肉摘除等治疗者。
- 5.结肠癌术前诊断、术后随访，息肉摘除术后随访。
- 6.大肠肿瘤的普查。





禁忌症 结肠镜检查术



- 1.严重心肺功能不全、极度虚弱者及精神病者。
- 2.肛门、直肠严重狭窄者。
- 3.急性重度结肠炎、急性弥散性肠炎、腹腔脏器穿孔、粘连及大量腹水者。
- 4.月经期及妊娠妇女、极度虚弱者。





禁忌症 结肠镜检查术



- 1.严重心肺功能不全、极度虚弱者及精神病者。
- 2.肛门、直肠严重狭窄者。
- 3.急性重度结肠炎、急性弥散性肠炎、腹腔脏器穿孔、粘连及大量腹水者。
- 4.月经期及妊娠妇女、极度虚弱者。





操作前准备 结肠镜检查术



病人准备：**检查**
前一天流食，当
日早餐禁食



环境准备



用物准备



核对病人，说明目的→病人左侧卧位，双腿屈曲→术者直肠指检→协助医师插镜，按术者口令遵照循腔进镜原则逐渐缓慢插入肠镜→做好术中配合，协助医师摄像、取活检及治疗等工作
协助医师退镜和抽气→做好病人术后护理→清理用物，记录检查情况。





1.生活护理

- ◎ 检查结束后，病人稍事休息，观察15~30min再离去。
- ◎ 嘱病人注意卧床休息，作好肛门清洁。
- ◎ 术后3天内进少渣饮食。如行息肉摘除、止血治疗者，再给予抗生素治疗、半流质饮食，适当休息3~4天。

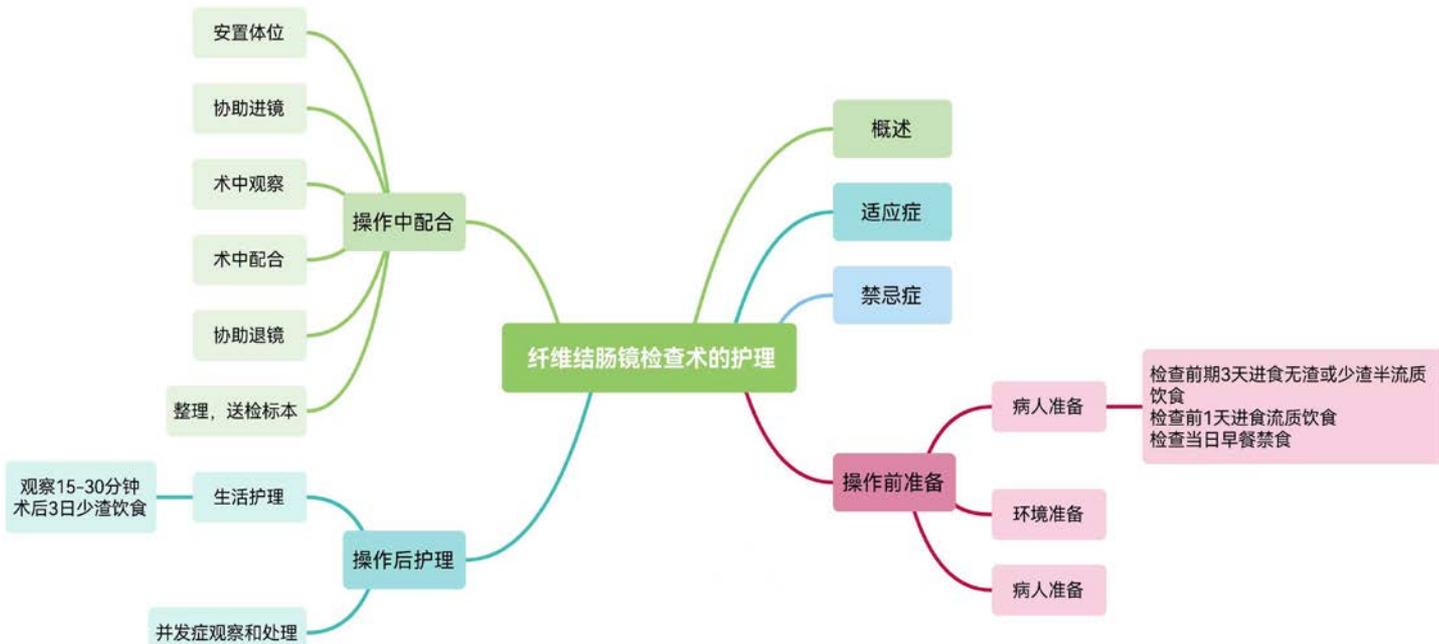
2.并发症观察与护理

- ◎ 注意观察病人腹胀、腹痛及排便情况。
- ◎ 腹胀明显者，可行肛管、内镜下排气。
- ◎ 观察粪便颜色，必要时行粪便隐血试验，腹痛明显或排便者应留院继续观察。





结肠镜检查术 小结





概念 三（四）腔二囊管压迫止血



三(四)腔二囊管压迫止血术是指利用三(四)腔二囊管的气囊压力直接压迫胃底和食管下段静脉予以止血的技术，是一种临时急救止血的措施。





适应症/禁忌症 三（四）腔二囊管压迫止血



适应证

门静脉高压所致的食管下端、胃底静脉曲张破裂出血。

禁忌证

由于其他原因引起的上消化道出血。





操作前准备 三 (四) 腔二囊管压迫止



病人准备：**术前**
禁食12小时



环境准备



用物准备
检查三腔管的性能





操作过程与护理配合 三 (四) 腔二囊管压迫止血

- 1.安置体位
- 2.清洁鼻腔
- 3.协助插三(四)腔管 当三(四)腔管插入50~65cm时,抽胃液证实已达胃腔,可暂做固定。





操作过程与护理配合 三 (四) 腔二囊管压迫止血

4.协助充气、牵引 先向胃气囊内注气200~300ml, 再食管气囊注气100~150ml。

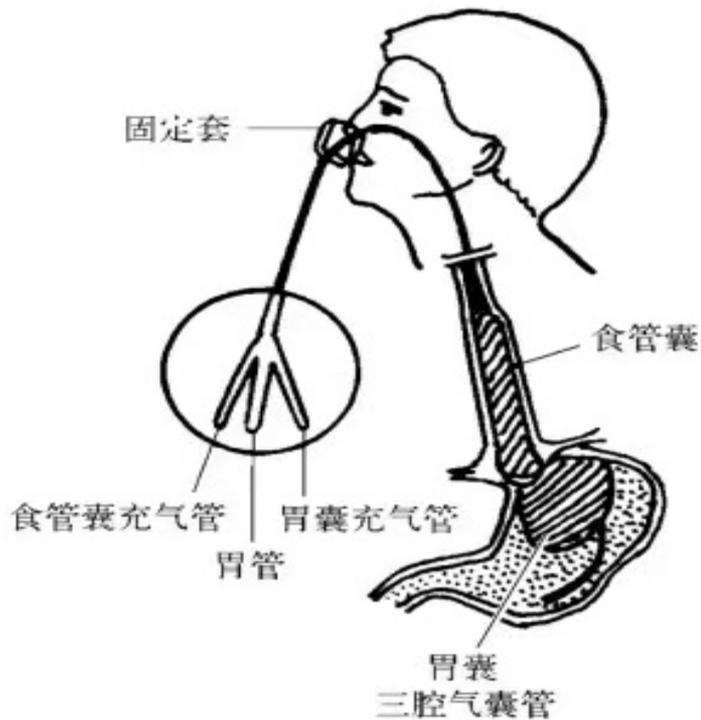
5.整理

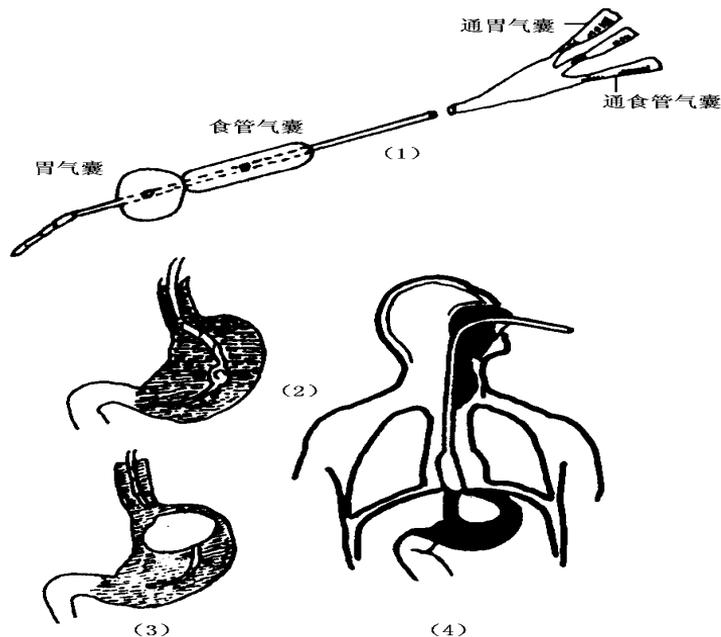
6.协助拔管 拔管前口服液状石蜡 20~30ml。





操作过程与护理配合 三 (四) 腔二囊管压迫止

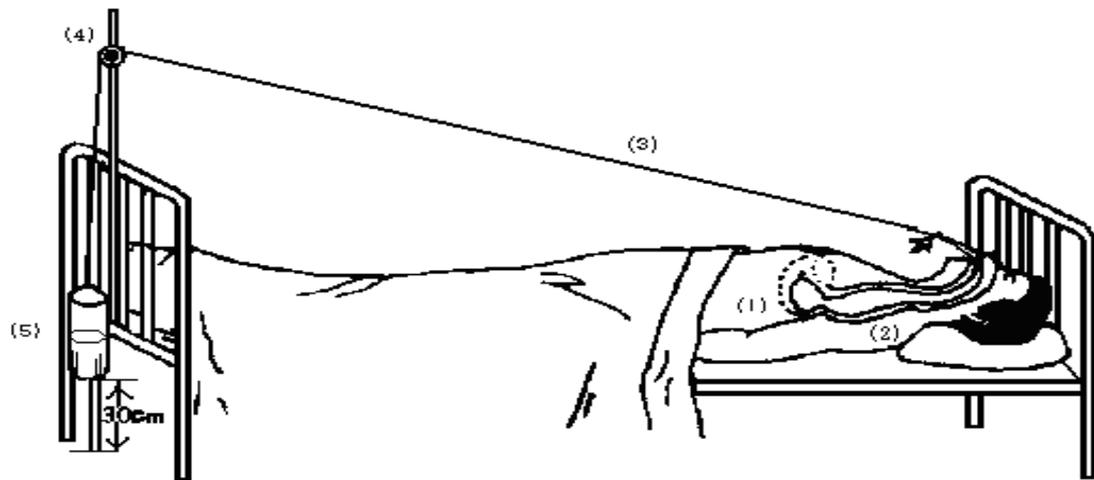




- (1) 双气囊三腔管
- (2) 管插入65cm, 头端已达幽门
- (3) 胃气囊压在胃底
- (4) 食管气囊压迫食管下1/3



操作过程与护理配合 三 (四) 腔二气囊管压迫止



- (1) 胃气囊 (2) 食管气囊 (3) 牵引线
(4) 滑轮 (5) 牵引物





操作后护理 三 (四) 腔二囊管压迫止

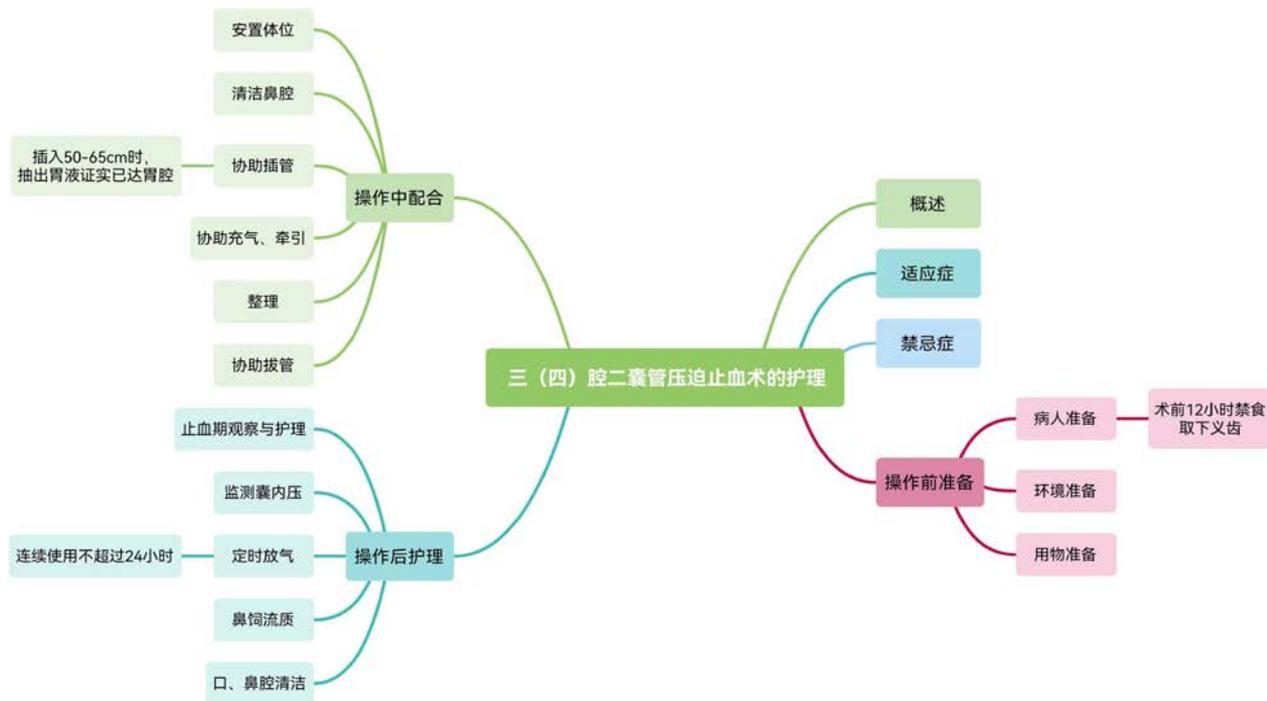


- 1.止血期观察与护理
- 2.监测囊内压
- 3.定时放气 放置12~24小时后,食管气囊应放气15~30分钟,同时放松牵引
- 4.鼻饲流质
- 5.口、鼻腔清洁 嘱病人不要将唾液、痰液咽下





小结 三 (四) 腔二囊管压迫止





谢谢观看

