

肠梗阻病人的护理

肠内容物不能正常运行、顺利通过肠道，称为肠梗阻，是外科常见急腹症。肠梗阻不但可引起肠管本身解剖与功能的改变，并易导致全身性生理紊乱。

小肠分十二指肠、空肠和回肠三部分，正常成人长3~5m,但个体差异较大。肠壁由外至内分浆膜层、肌层、黏膜下层和黏膜层。小肠血液供应来自腹主动脉分出的肠系膜上动脉，该动脉又分出胰十二指肠下动脉、中结肠动脉、右结肠动脉、回结肠动脉和12~16支空肠、回肠动脉，各支相互吻合形成动脉弓，最后分出直支到达肠壁；小肠静脉分布与动脉相似，最后集成肠系膜上静脉，与脾静脉汇合成门静脉干。小肠淋巴管起于肠黏膜绒毛中央的乳糜管，淋巴液经肠系膜根部的淋巴结、肠系膜上动脉周围淋巴结及腹主动脉前腹腔淋巴结注入乳糜池。小肠接受交感和副交感神经的支配。

小肠是食物消化和吸收的主要部位，小肠黏膜腺体分泌含有多种酶的碱性肠液，使食糜在小肠内分解为葡萄糖、氨基酸、脂肪酸等，并由小肠黏膜吸收。此外还吸收水、电解质、各种维生素，以及每天约8000ml的内源性物质的液体，故发生肠梗阻或肠炎等小肠疾病时，可引起严重的营养障碍和水、电解质、酸碱平衡失调。

【病因及病理生理】

（一）病因和分类

1.根据梗阻发生的基本原因分三类。

（1）机械性肠梗阻：是临床上最常见的类型，由于各种原因引起肠腔狭小，肠内容物通过发生障碍所致。常见原因包括：①肠腔堵塞，如寄生虫（图26-1）、粪石、异物、大胆石等。②肠管受压（图26-2），如粘连带压迫、肠管扭转、嵌顿疝或肿瘤压迫等。③肠壁病变，如肿瘤、炎症性狭窄、先天性肠道闭锁等。

图26-1 蛔虫团性肠梗阻

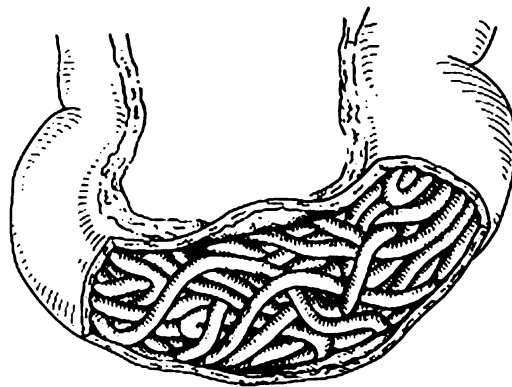


图26-2 粘连性肠梗阻

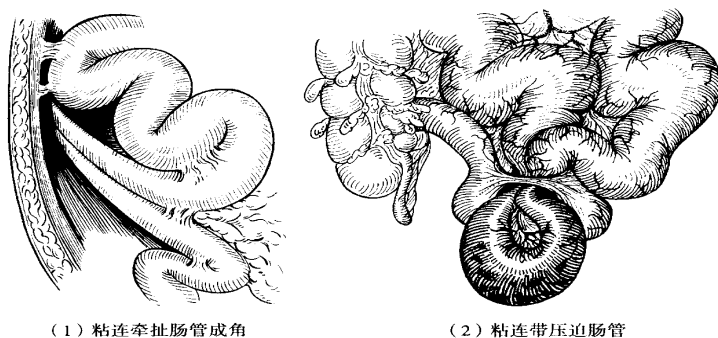


图 21-1 粘连性肠梗阻

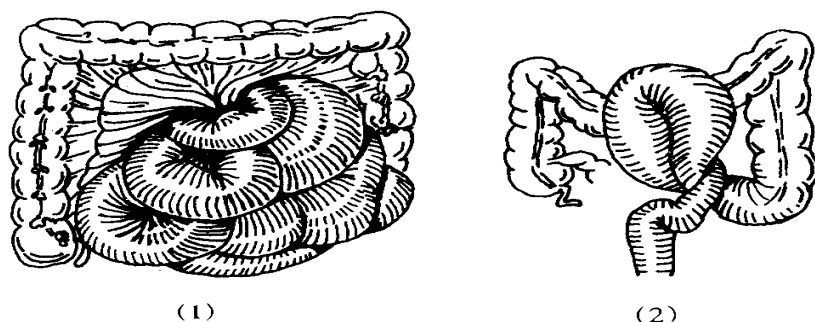


图 19-4 肠扭转

(1) 全小肠扭转 (2) 乙状结肠扭转

(2) 动力性肠梗阻：由于神经反射或毒素刺激引起肠壁肌功能紊乱，使肠蠕动丧失或肠管痉挛，导致肠内容物运行障碍，但无器质性肠腔狭窄。常见于急性弥漫性腹膜炎、腹部大手术、腹膜后血肿或感染引起的麻痹性肠梗阻。痉挛性肠梗阻很少见。

(3) 血运性肠梗阻：肠系膜血管栓塞或血栓形成，导致肠管血运障碍，继而发生肠麻痹，使肠内容物不能正常运行。

2. 根据肠壁有无血运障碍分为单纯性和绞窄性肠梗阻两类。只是肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍，称为单纯性肠梗阻；梗阻并伴有肠壁血运障碍者称为绞窄性肠梗阻，可因肠系膜血管受压、血栓形成或栓塞等引起。

3. 其他分类按梗阻的部位分为高位肠梗阻（如空肠上段）和低位肠梗阻（如回肠末段和结肠）；按梗阻的程度分为完全性和不完全性肠梗阻；按发展过程快慢分为急性和慢性肠梗阻。

（二）病理生理

1. 局部病理变化各类型肠梗阻的病理生理变化虽然不全一致，但病情发展基本过程都包括梗阻以上肠段蠕动增强、肠腔扩张、肠腔内积气和积液、肠壁充血水肿，血供受阻时则坏死、穿孔。梗阻初期，梗阻上段蠕动增强，以推动肠内容物通过梗阻部位；肠腔扩张，大量积气、积液。梗阻以下肠管则空虚、瘪陷或仅存少量粪便。

肠管膨胀又可影响肠壁微循环，抑制肠液的吸收，从而加剧气体和液体的聚积，其中肠腔气体中咽下的空气占 70%，血液弥散至肠腔及肠道内容物经细菌发酵产生的气体占 30%。而积液主要来自胃肠道分泌液。梗阻部位越低、梗阻时间越长则肠膨胀越显著。急性完全性梗阻时，随着梗阻近端肠腔迅速膨胀与肠壁压力的不断升高，最初表现为静脉回流受阻，肠壁肿胀、充血，出现散在出血点，腹腔和肠腔内有血性渗出液。若未及时治疗，肠腔压力继续升高，可引起动脉血供应受阻、肠壁失去活力、呈紫黑色，腹腔内出现带有粪臭的渗出物；最终导致肠管坏死、穿孔。慢性不完全性肠梗阻时，可引起梗阻近端肠壁代偿性增厚，多无

血运障碍。痉挛性肠梗阻多为暂时性，肠管无明显病理改变。

2.全身性病理变化

(1) 水、电解质、酸碱平衡失调：高位肠梗阻早期由于频繁呕吐、不能进食，可迅速导致血容量减少和血液浓缩；加之酸性胃液及大量氯离子的丢失而导致代谢性碱中毒。低位肠梗阻时，呕吐发生迟，病人体液的丢失主要是由于充血、水肿的肠壁无法正常回吸收胃肠道分泌的大量液体；同时因毛细血管通透性增加，血浆渗出，大量液体存在肠腔和腹腔内。由于小肠中消化液为中性或碱性，丢失的钠、钾离子多于氯离子，同时因组织灌注不良和尿量减少等均易导致酸性代谢产物积聚并引起代谢性酸中毒；大量钾离子丢失还可引起肠壁肌张力减退，加重肠腔膨胀，并可引起肌无力及心律失常。

(2) 细菌繁殖和毒素吸收：由于梗阻以上的肠腔内细菌繁殖并产生大量毒素，以及肠壁血运障碍致通透性增加，细菌和毒素透过肠壁引起腹腔内感染，可经腹膜吸收引起严重的全身性感染或中毒。

(3) 呼吸和循环功能障碍：肠腔大量积气、积液引起腹内压升高，膈肌上抬，影响肺的通气及换气功能；腹内压的增高阻碍了下腔静脉血的回流，而大量体液的丧失、血液浓缩、电解质紊乱、酸碱平衡失调以及细菌的大量繁殖、毒素的释放等均可导致微循环障碍。严重者可致多系统器官功能障碍，甚至衰竭。

【临床表现】

1.症状

(1) 腹痛：机械性肠梗阻表现为阵发性腹部绞痛，疼痛多在腹中部。若腹痛间歇期不断缩短，或出现剧烈的持续性腹痛，应警惕发生绞窄性肠梗阻的可能。麻痹性肠梗阻为持续性胀痛。

(2) 呕吐：梗阻早期呈反射性呕吐，呕吐物为食物或胃液。此后，呕吐随梗阻部位高低而有所不同，高位梗阻呕吐早、频繁，吐出物主要为胃及十二指肠内容物；低位梗阻呕吐迟而少，可吐出粪样物。结肠梗阻呕吐迟，以腹胀为主。绞窄性肠梗阻时呕吐物呈咖啡样或血性。

(3) 腹胀：高位梗阻，一般无腹胀，可有胃形。低位梗阻及麻痹性肠梗阻腹胀显著，遍及全腹，可有肠形。绞窄性肠梗阻表现为不均匀对称性腹部隆起。



(4) 排气、排便停止：完全性肠梗阻病人肛门排气、排便停止。但梗阻早期、高位梗阻、不完全性梗阻可有肛门排气、排便。血性便或果酱便见于绞窄性肠梗阻、肠套叠、肠系膜血管栓塞等。

2.体征

(1) 腹部：单纯性机械性肠梗阻可见肠形和蠕动波；肠扭转等闭袢性肠梗阻的腹胀多不对称；麻痹性肠梗阻则腹胀均匀。绞窄性肠梗阻时，可有固定压痛和腹膜刺激征。压痛性包块，常为绞窄的肠袢。绞窄性肠梗阻叩诊有移动性浊音。机械性肠梗阻听诊可闻及气过水声或金属音、肠鸣音亢进；麻痹性肠梗阻肠鸣音减弱或消失。

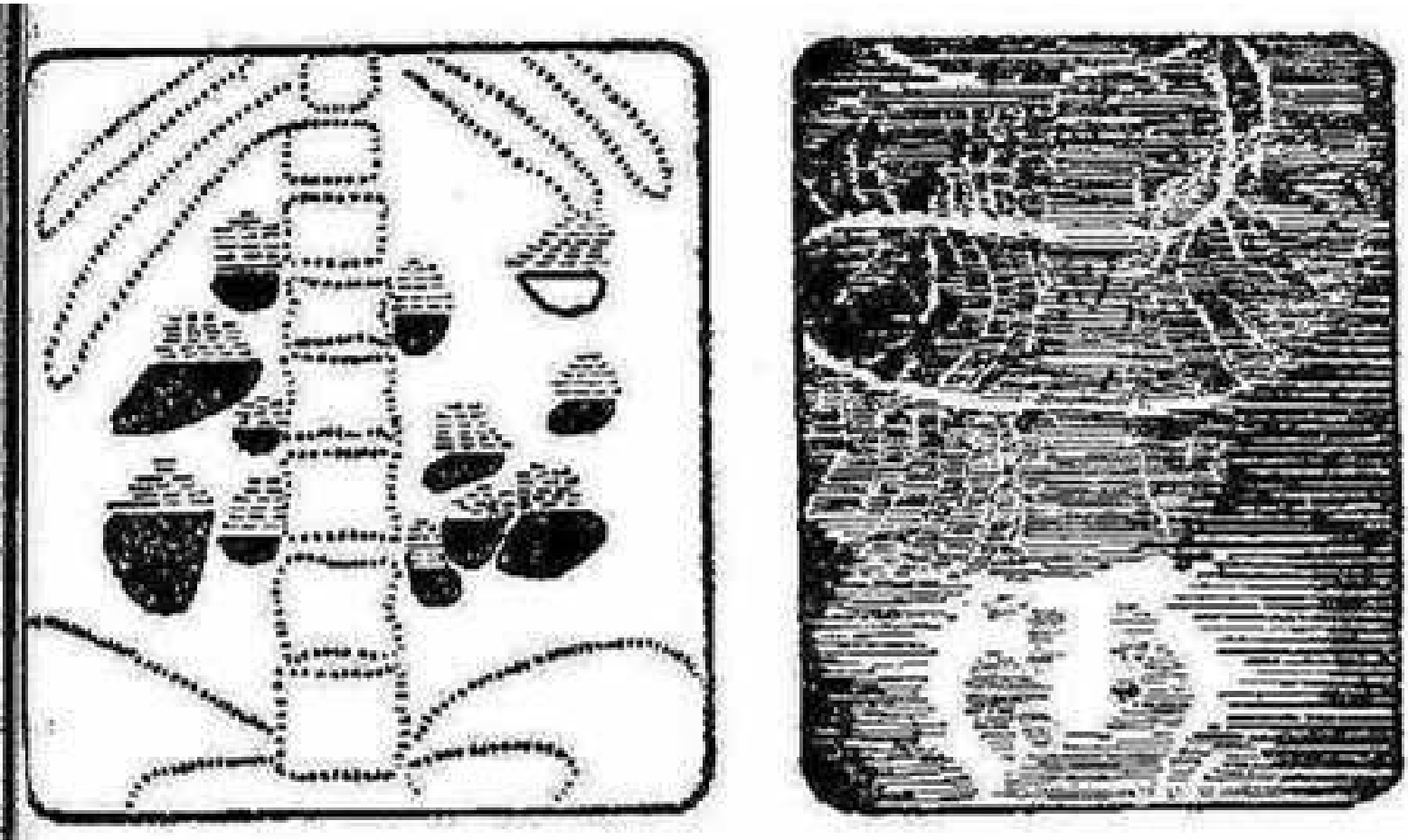
(2) 全身变化：早期多无明显改变，晚期可出现脱水体征。严重脱水或绞窄性肠梗阻时，出现脉搏细速、血压下降、面色苍白、四肢发凉等中毒和休克征象。

【辅助检查】

1.实验室检查肠梗阻后期血红蛋白值及红细胞比容升高。绞窄性肠梗阻白细胞计数及中性粒

细胞比例增加。电解质及酸碱失衡时可有血钠、钾、氯及血气分析值的变化。

2. X线检查一般在梗阻4~6h或以后,立位或侧卧位X线平片可见胀气肠襻及阶梯状排列的气液平面。空肠梗阻、胀气可见“鱼肋骨刺”状的环形黏膜纹。绞窄性肠梗阻可见孤立、突出、胀大的肠襻。



【处理原则】

根据病史、症状、腹部体征及X线结果可明确诊断。治疗原则是解除梗阻,治疗缺水、酸中毒、感染和休克等合并症。

1.非手术治疗包括禁食、胃肠减压;纠正水、电解质失衡;应用抗生素;留置导尿者密切观察尿量;禁用强导泻药及强镇痛药;密切观察病情变化。

2.手术治疗①去除病因:如粘连松解、解除疝环压迫、肠管扭转复位等,排尽梗阻近侧肠道内的积气积液。②肠切除肠吻合术:如肠管肿瘤、炎性狭窄等。③短路手术:如晚期肿瘤浸润固定或肠粘连成团不能切除者,可行梗阻近端与远端肠襻短路吻合术。④肠造口或肠外置术:如病人情况严重或局部病变所限不能耐受复杂手术者。

【护理评估】

1.术前评估

(1)健康史:了解病人的一般情况,发病前有无饮食不当、饭后剧烈活动等诱因,既往有无腹部手术史和外伤史。

(2)身体状况:手术前了解腹痛的性质、呕吐物、胃肠减压抽出液的性质和量;评估生命体征和腹部体征的变化,注意有无体液失衡的表现,以及辅助检查的结果。术后评估麻醉方式、术中输血和输液情况、手术方式等手术情况;术后病人的生命体征;术后恢复情况,有无切

口感染、腹腔感染或肠痿等并发症发生。腹腔引流管是否通畅，引流液的颜色、性质和量。

（3）心理-社会状况：了解引起病人和家属焦虑或恐惧的原因，评估对疾病的了解程度及经济承受能力等。

【护理诊断及医护合作性问题】

- 1.腹痛、腹胀与肠内容物不能正常运行或通过障碍、肠腔积液、积气、手术治疗有关。
- 2.体液不足与呕吐、禁食、胃肠减压、肠腔积液致体液丢失过多有关。
- 3.潜在并发症肠坏死、腹腔感染、感染中毒性休克、肠粘连等。

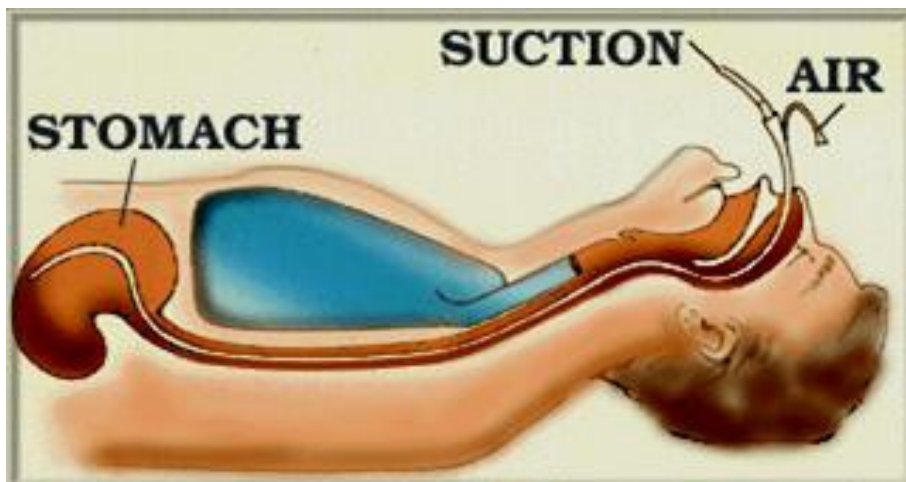
【护理目标】

- 1.腹痛程度减轻，腹胀缓解，舒适感增加。
- 2.病人体液平衡得以维持。
- 3.及时发现并积极配合处理并发症。

【护理措施】

（一）非手术治疗的护理

- 1.饮食应禁食，若梗阻缓解，恢复排气、排便，腹痛、腹胀消失后可进流质饮食，忌食产气的甜食和牛奶等。
- 2.胃肠减压观察和记录引流液的颜色、性状和量，发现有血性液，应考虑有绞窄性肠梗阻的可能。



- 3.体位生命体征稳定者取半卧位，以改善呼吸循环功能，并预防腹腔脓肿发生。
- 4.缓解腹痛和腹胀若无肠绞窄或肠麻痹，可用镇静、解痉药物对症治疗，但应禁用吗啡类止痛药，以免掩盖病情。还可行液状石蜡胃管注入、热敷腹部、针刺足三里，以缓解腹痛和腹胀。
- 5.呕吐的护理呕吐时嘱病人坐起或头侧向一边，以免误吸引起吸入性肺炎或窒息；及时清除口腔内呕吐物，观察记录呕吐物的颜色、性状和量。
- 6.记录出入量，合理补液观察和记录呕吐量、胃肠减压引流量和尿量等，结合血清电解质和血气分析结果，合理安排输液种类、输液量，维持水、电解质及酸碱平衡。
- 7.预防和控制感染合理使用抗生素以防治感染，减少毒素产生。同时观察用药效果和不良反应。
- 8.严密观察病情严密观察病人的精神状态、生命体征及呕吐、腹痛、腹胀、腹膜刺激征等，如发生下列情况，应考虑肠绞窄：①腹痛发作急骤，开始即为持续性剧烈疼痛，或在阵发性加重期间仍有持续性疼痛。肠鸣音可不亢进。呕吐出现早、剧烈而频繁。②病情发展迅速，早期出现休克，抗休克治疗后症状改善不显著。③有明显腹膜刺激征，体温升高，脉率增快，

白细胞计数和中性粒细胞比例增高。④不对称性腹胀，腹部有局部隆起或触及有压痛的肿块。⑤呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物为血性，或腹腔穿刺抽出血性液体。⑥经积极非手术治疗后症状体征无明显改善。⑦腹部X线检查所见符合绞窄性肠梗阻的特点。此类病人因病情危重，多处于休克状态，需紧急手术治疗，应积极做好术前准备。

（二）手术治疗病人的护理

1.术前准备除常规手术前准备外，交叉配血。

2.术后护理

（1）观察病情：观察病人的精神状态、生命体征；观察腹部症状和体征的变化，如呕吐、腹痛、腹胀的改善程度，肛门排气、排便情况等。

（2）体位：血压平稳后给予半卧位。

（3）饮食：禁食期间给予补液。待肠蠕动恢复并有肛门排气后可进少量流质；进食后若无不适，逐步过渡至半流质饮食。

（4）胃肠减压和腹腔引流的护理：妥善固定引流管，保持引流通畅，避免受压扭曲。观察和记录引流液的颜色、性状及量。

（5）并发症的观察与护理：术后（尤其是绞窄性肠梗阻术后）若出现腹部胀痛、持续发热、白细胞计数增高，腹壁切口处红肿，或腹腔引流管周围流出较多带有粪臭味的液体时，应警惕腹腔内或切口感染及肠痿的可能，应及时报告医师，并协助处理。

（6）活动：病情允许，鼓励病人早期下床活动，促进肠蠕动恢复，防止肠粘连。

3.健康教育

（1）告知病人注意饮食卫生，避免吃不洁食物、暴饮暴食等。

（2）出院后应进易消化食物，少食刺激性食物，避免腹部受凉和饭后剧烈活动。

（3）保持大便通畅，老年便秘者应及时服用缓泻剂。

（4）若有腹痛、腹胀、停止排气排便等不适，及时就诊。

【护理评价】

1.疼痛程度是否减轻，腹胀是否缓解。

2.体液平衡能否得到维持，生命体征是否稳定，有无脱水征，是否保持尿量 $>30\text{ml/h}$ 。

3.有无肠坏死、腹腔感染、休克、肠粘连等并发症发生，是否得到及时发现和处理。