

第二十六章、胃十二指肠疾病病人的护理

第一节解剖生理概要

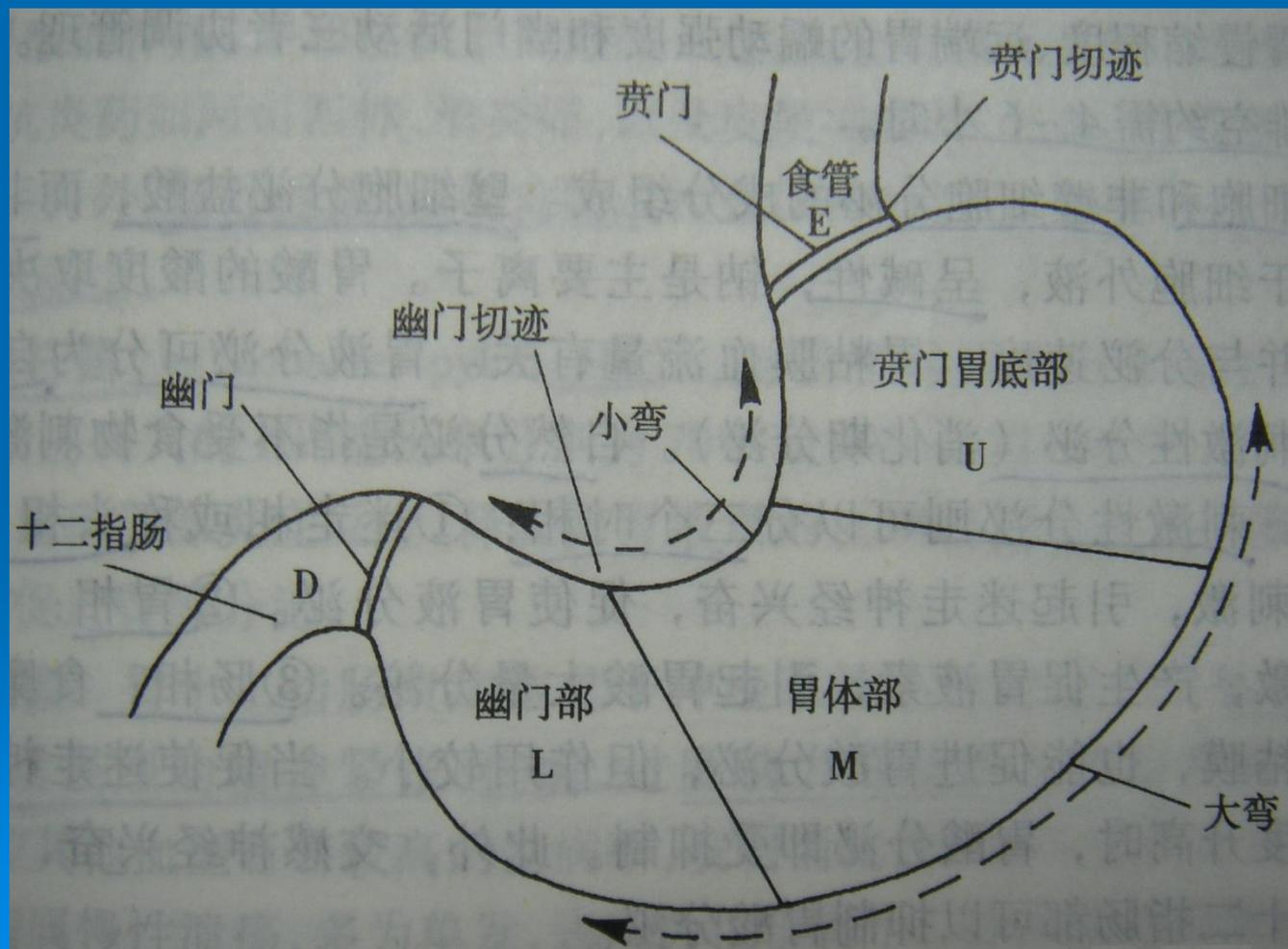
第二节胃十二指肠溃疡及并发症

第三节胃癌

学习目标

- 掌握①胃癌、胃十二指肠溃疡以及其并发症的临床表现及护理;②胃癌围手术期护理以及术后并发症的预防、观察、护理;③胃十二指肠溃疡并发症的术前护理。
- 熟悉胃癌的病因病理、常用的辅助检查及治疗原则;胃十二指肠溃疡及其并发症的处理方法。
- 了解胃十二指肠的解剖生理。

胃的解剖



1. 胃壁由内向外分为粘膜层、粘膜下层、肌层、浆膜层。

2. 粘膜层有丰富的腺体，由主细胞、壁细胞、粘液细胞等组成。

3. 胃的神经

交感神经：抑制胃分泌和运动

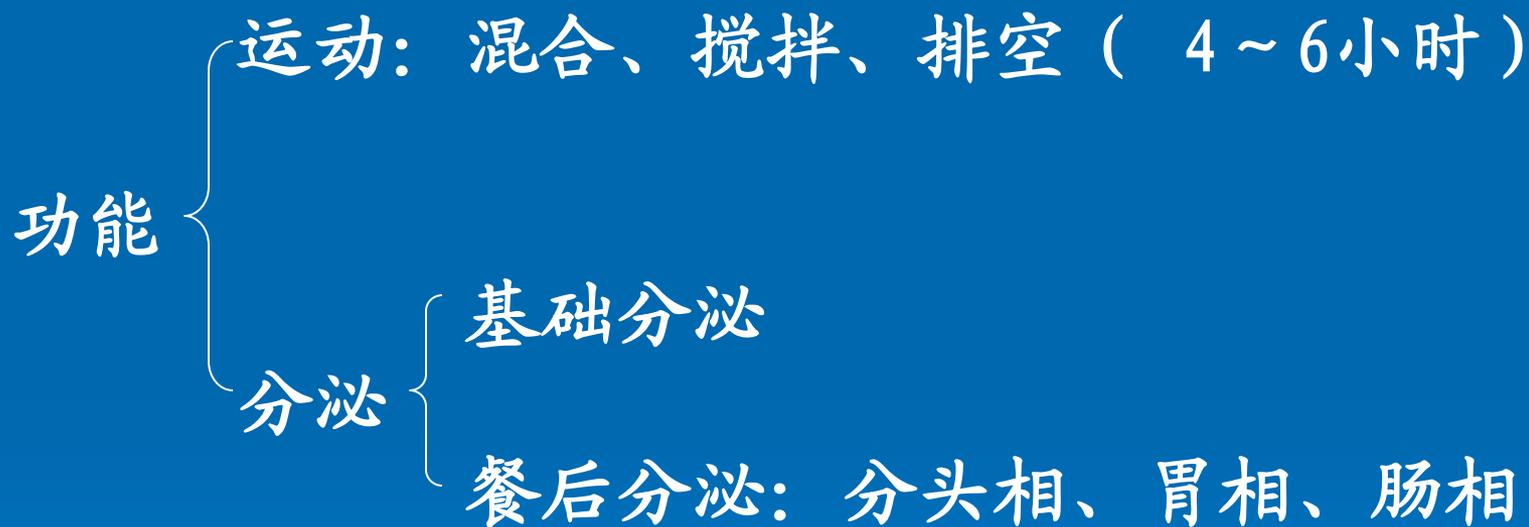
副交感神经：促进胃分泌和运动

左、右迷走神经

```
graph TD; A[左、右迷走神经] --> B[副交感神经：促进胃分泌和运动]; B --- C[交感神经：抑制胃分泌和运动]; D[3. 胃的神经] --- C;
```

胃的生理

胃是储存食物和消化食物的脏器



十二指肠的解剖

十二指肠位于幽门和屈氏韧带之间，长约25cm，由球部、降部、水平部、升部四部分组成，由十二指肠悬韧带固定。

十二指肠的生理

十二指肠能分泌碱性十二指肠液。

第二十六章、胃十二指肠疾病病人的护理

第一节解剖生理概要

第二节胃十二指肠溃疡及并发症

第三节胃癌

一、胃十二指肠溃疡

病因

- ❖ 幽门螺杆菌（HP）
- ❖ 胃酸分泌过多 胃酸过多，激活胃蛋白酶，使胃十二指肠粘膜发生“自身消化”。
- ❖ 胃粘膜屏障受损 胃粘液、粘膜柱状上皮构成胃的机械屏障，许多药物、胆汁返流、粗糙食物都可造成胃粘膜屏障的破坏。
- ❖ 持续强烈的精神紧张、忧虑、过度脑力劳动

病理

胃十二指肠壁可见局限性圆形或椭圆形缺损

并发症：穿孔、出血、瘢痕性幽门梗阻、癌变。

临床表现

慢性病程、周期性、节律性上腹部疼痛。

临床表现 类型	疼痛开始 时间	服用抗 酸药 物效 果	进食后腹 痛能否 缓解	压痛点
胃溃疡	餐后1/2 ~ 1h	不明显	否	剑突与脐 间的正 中线或 略偏左
十二指 肠溃疡	餐后3 ~ 4 h	明显	能	脐部偏右 上方

辅助检查

首选胃镜，其次X线钡餐

处理原则

(一) 外科治疗适应证:

1. 内科治疗无效
2. 出现并发症者
3. 胃十二指肠复合溃疡或巨大溃疡

(二) 手术方式

1. 胃大部切除术：首选

(1) 切除范围：胃的远侧 $2/3 \sim 3/4$ 。

(2) 治疗原理

(3) 术式分类：毕I式、毕II式、胃空肠
Roux-en-Y吻合

2. 迷走神经切断术

(1) 治疗原理

(2) 分类：迷走神经干切断术、选择性迷走神经切断术、高选择性迷走神经切断术。

二、胃十二指肠溃疡穿孔

【病因病理】

溃疡 → 穿透浆膜层 → 胃酸、胆汁、胰液、食物进入腹腔 → 腹膜炎 → 休克

【诱因】 饮食不当、精神过度紧张、劳累、皮质醇药物等。

【临床表现】

1. 症状 突发上腹刀割样或烧灼样剧痛，伴恶心、呕吐，面色苍白，出冷汗，四肢厥冷、 $P\uparrow$ 、 $BP\downarrow$ 。
2. 体征 急性腹膜炎体征，舟状腹，触诊时腹肌呈“木板样”强直。

【辅助检查】

1. 血常规：白细胞 \uparrow 、中性粒细胞 \uparrow
2. X线检查：膈下游离气体。
3. 腹腔穿刺：抽出胆汁或食物残渣。

【处理原则】

1. 非手术治疗：同急性腹膜炎+ H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂
2. 手术治疗：穿孔修补术、胃大部切除术。

【护理】

护理问题

急性疼痛

体液不足

非手术治疗护理/术前护理

等同急性化脓性腹膜炎的术前护理
术前准备

三、胃十二指肠溃疡大出血

【病因病理】

溃疡病史 $\xrightarrow{\text{诱因}}$ 溃疡侵蚀基底血管 \longrightarrow 血管破裂出血 \longrightarrow 血容量 \downarrow , Bp \downarrow , 血流缓慢 \longrightarrow 血细胞凝聚 \longrightarrow 暂时止血 \longrightarrow 胃酸、胃肠蠕动、内容物接触 \longrightarrow 再次出血

【诱因】 饮食不规律、劳累、皮质醇药物等。

【临床表现】

- 1. 呕血和黑便
- 2. 休克：出冷汗、脉搏细速、呼吸浅快、血压降低。
- 体征：腹稍胀、轻度压痛、肠鸣音亢进

【辅助检查】

胃镜检查

血管造影

血常规：红细胞、血红蛋白进行性下降。

【处理原则】

(一) 非手术治疗

1. 补充血容量：输液、输血。
2. 禁食置胃管：注入冰生理盐水或灌注加入去甲肾上腺素的生理盐水
3. 止血：药物、胃镜下止血

(二) 手术治疗

1. 手术指征
2. 手术方法：胃大部切除术、贯穿缝扎术。

【护理】

护理问题

焦虑/恐惧

体液不足

非手术治疗护理/术前护理

心理护理

体位

止血措施

扩容

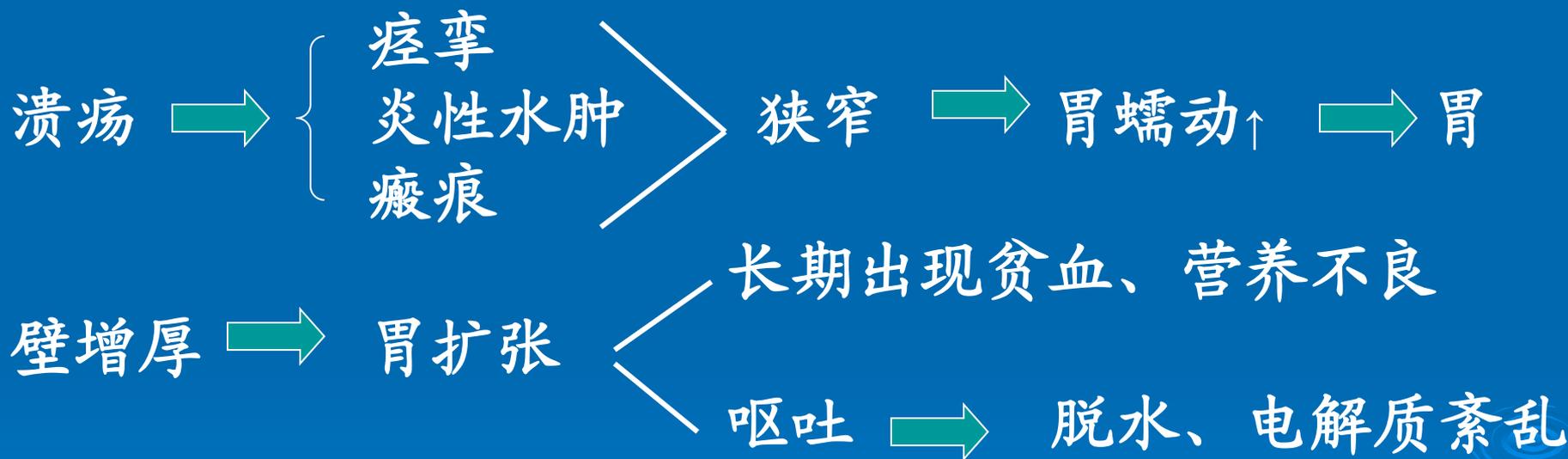
禁食

病情观察

术前准备

四、胃十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻

【病因病理】



低氯低钾性碱中毒。

【临床表现】

1. 上腹饱胀不适、疼痛、食欲减退、恶心、嗝气。
2. **呕吐**：呕吐物为宿食，有腐败酸臭味，呕吐后胃部舒适
3. 上腹隆起
4. 营养障碍

【处理原则】

1. 输液、输血、肠外营养支持，以纠正脱水和低氯低钾性碱中毒、纠正营养不良。
2. 完全梗阻要禁食、胃肠减压、温盐水洗胃
3. 手术：胃大部切除术、胃空肠吻合术加迷走神经切断术。

【护理】

护理问题

营养失调

体液不足

术前护理

1. 营养支持：肠外营养支持、输血制品
2. 维持水电解质酸碱平衡：观察、记录出入量、补液
3. 洗胃：完全梗阻要禁食、胃肠减压、温盐水洗胃

第二十六章、胃十二指肠疾病病人的护理

第一节解剖生理概要

第二节胃十二指肠溃疡及并发症

第三节胃癌

病因

1. 胃幽门螺杆菌（HP）
2. 癌前病变和状态：萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、肠上皮化生、异型增生。
3. 环境、饮食（熏烤、盐腌食品）、遗传因素。

病理

大体分型

- ❖ 早期胃癌：是指病变仅侵及粘膜和粘膜下层，而不论病灶大小或是否有淋巴转移。
- ❖ 进展期胃癌：指病变超过粘膜下层，分为肿块型、无浸润溃疡型、有浸润溃疡型、弥漫浸润型。

组织学分型

腺癌、印戒细胞癌、腺鳞癌、鳞状细胞癌、未分化癌、不能分类的癌。

转移扩散途径

- ❖ 直接浸润
- ❖ 淋巴转移
- ❖ 血行转移
- ❖ 腹腔种植：癌肿浸润穿透浆膜层，癌细胞可脱落种植于腹膜、大网膜或其他脏器表面。

临床分期

PTNM分期

P 表示术后病理组织学证实

T 代表原发肿瘤

N 表示淋巴转移情况

M 表示远处转移

临床表现

症状

- ❖ 上腹不适：隐痛、嗝气、返酸、进食哽噎感
- ❖ 消化道症状：恶心、呕吐、饱胀、食欲减退
- ❖ 呕血和黑便
- ❖ 晚期有贫血、消瘦

体征

上腹部深压痛、晚期有贫血、营养不良、腹部包块、锁骨上淋巴结肿大等

辅助检查

- 内镜检查：胃镜可直接观察病变部位，并做活检确定诊断。
- 影像学检查：X线钡餐检查、CT、B超
- 实验室检查：粪便隐血试验

处理原则

- **手术治疗**：根治术、姑息性切除术
- 化学治疗
- 其它治疗

护 理



护理评估

（一）术前评估

1. 健康史及相关因素：病因及诱因
2. 身体状况：局部、辅助检查。
3. 心理和社会支持状况

（二）术后评估：麻醉方式、手术名称、术中补液、输血情况、生命体征、引流液、切口、并发症情况。

护理

护理问题

焦虑/恐惧

营养失调，低于机体需要量

舒适的改变：

潜在并发症：出血、吻合口瘘、消化道梗阻、胃排空障碍、倾倒综合征、十二指肠残端瘘等

护理措施

术前护理

1. 饮食营养：高蛋白、高热量、高维生素、易消化、无刺激的食物，少量多餐，戒烟酒。
2. 心理护理
3. 术前准备：常规准备、胃肠道准备

术后护理

1. 病情观察
2. 体位与活动：平卧位→半卧位
3. 引流管护理：腹腔引流管、胃肠减压管、尿管
4. 饮食与营养：禁食→水→流质→半流质→软食→普食。肠外、早期肠内
5. 基础护理
6. 并发症的观察、预防和护理

(1) 胃切除术后的并发症

1) 术后胃出血

2) 十二指肠残端破裂

3) 吻合口破裂或吻合口瘘

4) 术后梗阻：包括输入段梗阻、吻合口梗阻、输出段梗阻。

5) 倾倒综合征

早期倾倒综合征：发生在餐后10~30分钟内；表现为胃肠道和心血管两大系统症状；预防措施包括少食多餐、避免过甜过咸过浓食物、进餐后平卧10~20分钟。

晚期倾倒综合征：发生在餐后2~4小时；表现为心慌、无力、眩晕、出汗、手颤、嗜睡；处理措施为稍进饮食；预防措施包括少食多餐，减少碳水化合物，增加蛋白比例。

6) 胃排空障碍：禁食、胃肠减压、肠外营养支持、维持水电解质酸碱平衡、应用促胃动力药物。

(2) 迷走神经切断术后并发症

1) 吞咽困难

2) 胃潴留：表现为上腹不适、饱胀、呕吐胆汁和食物；治疗包括禁食、胃肠减压洗胃。

3) 胃小弯坏死穿孔：立即手术修补。

4) 腹泻

健康教育

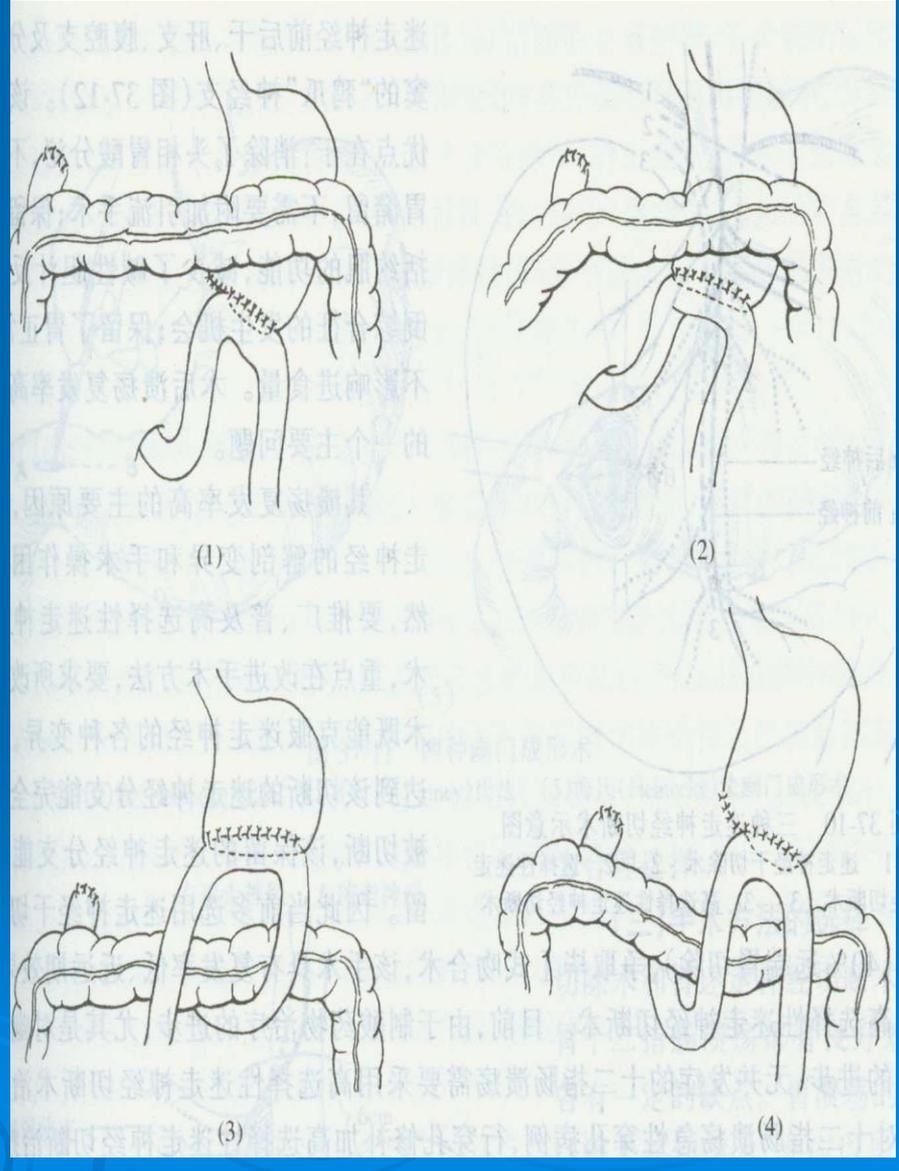
- 饮食指导
- 生活规律，保持情绪乐观
- 药物指导 避免使用对胃粘膜有损害的药物
- 定期复查

再见！





图 37-6 毕 I 式胃大部切除术



(3)

(4)

特点 类型	适用于	手术方式	优点	缺点
毕 I 式	胃溃疡	切除远端胃大部分后残胃与十二指肠吻合	胃肠道接近正常解剖	术后溃疡复发率高
毕 II 式	十二指肠溃疡	切除远端胃大部分后，缝合毕十二指肠残端，残胃与上段空肠吻合	术后溃疡复发率低	改变了正常的解剖生理关系

