2011年外科护理：肠梗阻的护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_A4_96_c21_3504.htm

肠梗阻的护理包括：护理诊断及预期目标，护理措施。

（一）护理诊断及预期目标

- 1.疼痛：与梗阻的肠内容物不能运行或通过障碍，肠蠕动增强有关。预期目标：病人自诉疼痛减轻。
- 2.体液不足：与禁食、呕吐、第三间隙积液造成血容量不足有关。预期目标：病人体液不足得到纠正和改善。
- 3.潜在并发症：肠坏死、腹膜炎。预期目标：护理人员密切观察病情变化，能够早期发现异常并协助医师采取处理措施。

（二）护理措施

- 1.非手术疗法的护理
 - （1）饮食：肠梗阻者应禁食，待梗阻缓解后12小时方可进少量流食，但忌甜食和牛奶，以免引起肠胀气，48小时后可试进半流食。
 - （2）胃肠减压：以减轻腹痛、腹胀。保持减压通畅，做好减压期间相关护理。
 - （3）解痉、止痛：单纯性肠梗阻可应用阿托品类解痉药缓解疼痛，禁用吗啡类止痛药，以免掩盖病情而延误诊断。
 - （4）液体疗法的护理：保证输液通畅，记录24小时出、入液体量，观察水、电解质失衡纠正情况等。
 - （5）防治感染和中毒：遵医嘱应用抗生素，以减少毒素吸收，减轻中毒症状。
 - （6）病情观察：严密观察病情变化，以及时发现绞窄性肠梗阻的体征。出现下列情况时应考虑到有绞窄性肠梗阻的可能，应及早采取手术治疗。
 - 1) 腹痛：发作急剧，起始即为持续性腹痛，或在阵发性加重之间仍有持续性腹痛。肠鸣音可不亢进。
 - 2) 呕吐：早、剧烈而频繁。
 - 3) 腹胀：不对称，腹部有局限性隆起或触及压痛性包块（胀大的肠袢）。
 - 4) 有明显的腹膜刺激症，

体温上升，脉率增快，白细胞计数增高。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) 腹部X线检查：见到孤立、固定的肠袢，且不受体位、时间的影响。7) 经积极的非手术治疗无效而症状无明显改善者。

2. 手术疗法的护理

(1) 术前准备：除上述非手术护理措施外，按腹部外科常规术前准备。

2. 术后护理

1) 卧位：回病房后根据麻醉给予适当的卧位，麻醉清醒后。血压、脉搏平稳给予半卧位。

2) 饮食：禁食、胃肠减压，待肛门排气，拔出胃管后当日每1~2小时饮20~30ml水，第2日喝米汤，第3日流食，1周后改半流食，2周后软饭。忌生冷、油炸及刺激性食物。

3) 活动：鼓励病人早期活动，以利于肠功能恢复，防止肠粘连。

4) 防治感染：遵医嘱应用抗生素。

5) 病情观察：观察生命体征、伤口敷料及引流情况，及时发现术后并发症。

3. 健康教育

(1) 注意饮食卫生：不食不洁净的食物，不暴饮暴食，多吃易消化的食物，进食后不做剧烈运动。

(2) 保持大便通畅：老年及肠功能不全者有便秘现象应及时给予缓泻剂，必要时灌肠，促进排便。

(3) 有腹痛等不适，及时前来医院就诊。

特别推荐：[#0000ff>2011年护士执业资格考试内容七大变化](#) [#0000ff>2011年执业护士考试题型](#) [#0000ff>2011年执业护士考试时间](#) [#0000ff>2011年执业护士资格考试大纲](#) 更多信息请访问：[#0000ff>护士考试辅导无忧通关班](#) [#0000ff>护士论坛](#) [#0000ff>护士在线题库](#) [blue>护理学专业\(护士\)《相关专业知识》全真模拟试汇总](#) 相关推荐：[#0000ff>2011年外科护理：人工肛门\(结肠造口\)的护理](#) [#0000ff>2011年外科护理：胃、空肠造瘘适应症](#) 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问