

## 消化系统近 5 年考点总结

001、能够分泌胃蛋白酶和凝乳酶原是（主细胞）；能够分泌盐酸和抗贫血因子的是（壁细胞）。

002、结肠的主要生理功能是（吸收水分、储存和转运粪便），还能吸收部分电解质和葡萄糖。结肠内的细菌（利用肠内物质合成维生素 K、维生素 B 复合物）和短链脂肪酸等，供体内代谢需要。

003、大肠的运动形式有：混合运动（袋状往返运动）和推进运动（蠕动和集团运动）

004、鹅口疮的病原体为（白色念珠菌感染），口腔黏膜表面出现（白色乳凝块样物），患处不痛，不流涎，不影响进食。鹅口疮患儿宜用（2%碳酸氢钠溶液清洁口腔），每日 2~4 次，以（餐后 1 小时）左右为宜。

005、疱疹性口腔炎的病原体为（单纯疱疹病毒），溃疡性口腔炎主要由球菌感染引起。

006、（幽门螺杆菌感染）是慢性胃炎常见原因，多无明显症状，主要表现为上腹部饱胀不适、隐痛、反酸等。（胃镜检查）是最可靠的确诊方法。

007、宜餐前服用的药物有：胃黏膜保护药如（硫糖铝）；胃肠动力药如（多潘立酮）或西沙必利；抗生素如阿莫西林、头孢克洛、阿奇霉素，因食物会影响其吸收。

008、减少对胃肠的刺激，非甾体镇痛药宜餐后服用；延迟胃排空，有更多抗酸和缓冲作用时间，西咪替丁、雷尼替丁等于餐后服；使胃内酸度



降低的制酸剂如氢氧化铝、碳酸氢钠、铝碳酸镁等，于

（餐后 1~2 小时）、睡前或胃部不适时服用。

009、慢性胃炎急性发作期病人可给予无渣、半流质的（温热饮食），如病人有少量出血可给予牛奶、米汤等，以中和胃酸，利于黏膜的恢复。

010、十二指肠溃疡可见于任何年龄，但以青壮年居多，好发于球部；胃溃疡的发病年龄较迟，平均晚 10 年，（多见于胃角和胃窦小弯）。幽门螺杆菌感染为消化性溃疡的重要发病原因。

011、非甾体抗炎药如阿司匹林、布洛芬、吲哚美辛等。除具有直接损伤胃黏膜的作用外，还能（抑制前列腺素和依前列醇的合成），从而损伤黏膜的保护作用。另外，肾上腺皮质激素也可与溃疡的形成和再活动有关。

012、消化性溃疡病程以慢性病程、周期性发作、节律性上腹痛为特点，一般春秋季节易发作。（上腹痛为消化性溃疡的主要症状）。胃溃疡的疼痛部位在剑突下正中，疼痛常在（进餐后 0.5~1 小时）出现，其典型节律为（进食-疼痛-缓解）。十二指肠溃疡病人疼痛为饥饿痛或空腹痛，其疼痛节律为（疼痛-进食-缓解）。

013、出血是消化性溃疡（最常见）的并发症，穿孔是（最严重）的并发症，都常发生于十二指肠溃疡。穿孔主要表现为腹部剧痛和具有急性腹膜炎的体征。

014、幽门梗阻主要表现为餐后上腹部饱胀，（频繁呕吐宿食），严重时可引起水和电解质紊乱，并有营养不良和体重下降症状。

015、癌变发生于胃溃疡，若胃溃疡病人粪便潜血试验持续阳性，应考虑（有癌变可能）。

016、质子泵抑制剂或胶体铋剂和两种抗菌药物如氨苄西林、克拉霉素、甲硝唑等三联治疗，可使幽门螺杆菌根除率可达 80% 以上。质子泵抑制剂以奥美拉唑为代表的，是（目前最强的胃酸分泌抑制剂）。

017、枸橼酸铋钾具有抗酸和抗幽门螺杆菌的作用，不良反应有舌苔发黑、便秘、粪便呈黑色、神经毒性，餐前半小时口服，（用吸管直接吸入），不宜长期使用。

018、嘱消化性溃疡病人定时进餐，少量多餐，（以面食为主食）。禁喝咖啡、红茶、酒类等饮料；因豆浆、牛奶含钙和蛋白较高，可刺激胃酸分泌，不宜多吃；红烧肉、猪蹄等在胃内停留时间长，可使胃过度扩张，应少吃。

019、溃疡性结肠炎好发于直肠、乙状结肠，主要临床表现是腹泻、大便有（黏液脓血、腹痛及里急后重），有疼痛-便意-便后缓解的规律。

020、轻、中型溃疡性结肠炎患者（首选柳氮磺吡啶）；肾上腺糖皮质激素适用于暴发型或重型病人。

021、急性发作期溃疡性结肠炎病人应进食（无渣流质或半流质饮食），病情严重者应禁食，使肠道得以休息，利于减轻炎症，控制其症状。

022、对于采用灌肠疗法的溃疡性结肠炎病人，应指导病人（左侧卧位，尽量抬高臀部），达到延长药物在肠道内的停留时间的目的。

023、秋冬季节的婴幼儿腹泻 80% 以上是由（病毒感染）所致，以轮状病毒感染最为常见。轮状病毒肠炎粪便为（蛋花样、无腥臭味）。



- 024、轻型腹泻和重型腹泻的（重要区别是有无明显的脱水、电解质紊乱）、酸碱失衡及全身中毒症状。
- 025、哭有泪、尿量稍少→（轻度脱水），泪少、尿量明显减少→中度脱水，无泪、无尿、休克→（重度脱水）。
- 026、血钠 $<130\text{mmol/L}$ 为（低渗性脱水）；血钠 $130\sim150\text{mmol/L}$ 为等渗性脱水；血钠 $>150\text{mmol/L}$ 为高渗性脱水。
- 027、低钾血症主要表现为神经肌肉兴奋性降低，如肌无力、腱反射减弱或消失，腹胀、（肠鸣音减弱或消失），心电图出现U波等。
- 028、真菌性肠炎常为白色念珠菌感染所致，粪便可见（豆腐渣样细块）泡沫多。金黄色葡萄球菌肠炎多继发于使用大量抗生素以后，典型大便为暗绿色，全身中毒症状明显。
- 029、口服补液盐（ORS）一般用于轻、中度脱水无明显呕吐者，（传统配方张力约为 $2/3$ 张），低渗配方张力约为 $1/2$ 张。
- 030、静脉补液适用于中度以上脱水、呕吐或腹胀明显的患儿。第一天的补液总量包括累计损失量、继续损失量和生理需要量三方面，一般轻度脱水约（ $90\sim120\text{ml/kg}$ ），中度脱水约（ $120\sim150\text{ml/kg}$ ），重度脱水约（ $150\sim180\text{ml/kg}$ ）。
- 031、补充累积损失量一般情况下是（低渗脱水补 $2/3$ 张含钠液），等渗脱水补 $1/2$ 张含钠液，高渗脱水补 $1/3$ 张含钠液，应在 $8\sim12$ 小时内补足。

032、重度脱水或有周围循环衰竭者应首先静脉推注或快速滴入（2:1）等张含钠液（20ml / kg），总量不超过（300ml），于（30~60分钟内）静脉输入，以扩充血容量，改善血液循环和肾功能。

033、腹泻患儿选用抗生素治疗的指证为（黏液、脓血便），不能滥用抗生素。

034、若补液后患儿出现（眼睑水肿，可能是电解质溶液比例过高），应及时通知医生调整补液。

035、腹泻患儿应低脂、低蛋白饮食；病毒性肠炎多继发双糖酶（主要是乳糖酶）缺乏，暂停乳类喂养，改为豆浆、去乳糖配方奶粉等，以减轻腹泻，缩短病程。

036、（粘连性肠梗阻属于机械性肠梗阻），常由腹腔内手术、炎症、创伤、出血、异物等引起，一般采用非手术治疗。

037、小肠扭转多见于青壮年，常在（饱食后剧烈运动）时而发病，表现为突发脐周剧烈绞痛，极易发生绞窄性肠梗阻，故应及时手术治疗。

038、肠套叠多见于2岁以内的儿童，特异性表现为（果酱样血便），腹部可扪及腊肠形肿块，并有压痛。早期可用（空气或钡剂灌肠复位）。


039、肠梗阻的症状主要有（腹痛、呕吐、腹胀、肛门停止排便排气）。立位或侧卧位腹部平片可见多个阶梯状排列液气液平面。

040、肠梗阻病人（术后早期下床活动），以促进肠蠕动恢复，（预防粘连）。

041、阑尾管腔阻塞是急性阑尾炎最常见的原因，大多数病人具有典型的（转移性右下腹疼痛），腹痛多始于脐周或上腹部，右下腹固定的压痛



6

护满分  点亮护理职业人生



是最常见的重要体征，压痛部位常在**麦氏（McBurney）**

**点**，即**（右髂前上棘与脐连线的中外 1 / 3 交界处）**。

042、阑尾周围脓肿先使用抗生素控制症状，**（一般 3 个月后）**再行手术切除阑尾。

043、切口感染是阑尾炎术后最常见的并发症。表现为术后**（3~5 天体温升高）**，切口疼痛且局部有红肿、压痛或波动感。

044、阑尾炎术后并发腹腔脓肿表现为**（术后 5~7 天体温升高）**，或下降后又上升，并有腹痛、腹胀、腹部包块或排便排尿改变，其中**（盆腔脓肿有里急后重表现）**。

045、鼓励阑尾炎术后病人早期床上或下床活动，促进**（肠蠕动恢复）**，防止发生肠粘连。

046、绞窄性疝发生肠壁坏死，其**（肠壁动脉血流障碍是区别嵌顿性疝）**的主要表现。

047、腹外疝病人术后取**（平卧位，膝下垫一软枕）**，使髋关节微屈，以**（松弛腹股沟切口的张力）**和减少腹腔内压力，利于切口愈合和减轻切口疼痛。病人一般于术后 6~12 小时，若无恶心、呕吐可进水及流食，次日可进半流食、软食或普食。

048、腹外疝病人活动出院后逐渐增加活动量，**（3 个月内应避免重体力劳动或提举重物）**。

049、内痔好发于直肠下端的左侧、右前或右后方**（截石位 3、7、11 点）**，主要表现为**（排便时无痛性出血）**和痔块脱出。

050. 疱疹性口腔炎患儿在口腔涂药后应协助患儿闭口（10 分钟）
051. 服用胃黏膜保护剂硫糖铝后最常见的不良反应是（便秘）
052. 有助于维护和修复小儿肠黏膜屏障功能的药物是（蒙脱石散）
- 心瓣膜具有防止心房和心室在收缩或舒张时出现血液反流的功能。