

第九章

消化系统疾病患儿的护理

作者：张丽琴

单位：太原市卫生学校



目录

CONTENTS



第一节 儿童消化系统解剖生理特点



第二节 口炎



第三节 腹泻病



第四节 儿童液体疗法



学习目标

具有

儿科护理人员所需要的严谨、细致、慎独的职业素养，较好的护患沟通与团队合作能力，尊重患儿及其家庭成员，关爱患儿、主动为患儿缓解不适、促进患儿恢复健康的职业态度。

掌握

口炎及腹泻病的护理评估、常见护理诊断/问题、护理措施；儿童液体疗法。

熟悉

口炎、腹泻病的病因和健康教育。

了解

腹泻病的发病机制。

学会

运用护理程序对口炎及腹泻病患儿实施整体护理。



第一节 儿童消化系统 解剖生理特点



一、口腔

新生儿及婴幼儿口腔黏膜薄嫩，唾液腺发育不完善，唾液分泌少，口腔黏膜干燥，易受损伤和感染。**3个月以下婴儿唾液中淀粉酶含量低，故不宜喂淀粉类食物**；5～6个月时唾液分泌明显增多，但由于口底浅，婴儿不能及时吞咽唾液，常发生生理性流涎。



二、食管

婴儿的食管呈漏斗状，黏膜薄嫩，弹力组织及肌层尚不发达，食管下段及贲门括约肌发育不成熟，控制能力差，常发生胃食管反流，如吸奶时吞咽过多空气，易发生溢乳。一般在8~10个月时症状逐渐消失。



三、胃

婴儿胃略呈水平位，开始行走时变为垂直位。由于贲门和胃底部肌张力低而幽门括约肌发育良好，故易发生幽门痉挛而出现呕吐。盐酸和各种消化酶的分泌少，酶活力较低，消化功能较差。



四、肠

儿童肠管相对比成人长，黏膜血管丰富，小肠绒毛发育较好，有利于消化吸收。肠壁薄、通透性高、屏障功能差，肠内毒素、消化不全产物和过敏原等可经肠黏膜吸收进入体内，引起全身感染和变态反应性疾病。**肠系膜柔软而长，固定性差，肠活动度大，易发生肠套叠、肠扭转。**



五、肝

儿童年龄越小肝相对越大，正常婴幼儿肝可在右肋下触及1~2cm，柔软、无压痛，6~7岁则不易触及。婴儿期胆汁分泌较少，对脂肪的消化、吸收能力较差。婴儿肝结缔组织发育较差，肝细胞再生能力强，不易发生肝硬化，在感染、缺氧、中毒等因素影响下可使肝细胞发生肿胀、变性、坏死及纤维增生而肿大，影响肝的正常生理功能。



六、胰腺

新生儿出生时胰液分泌量少，3~4个月时胰腺发育较快，胰液分泌量也随之增多，消化酶出现的顺序最先是胰蛋白酶，其后是糜蛋白酶、羧基肽酶、脂肪酶，最后是淀粉酶，故婴幼儿3~4个月以前不宜喂淀粉类食物。婴幼儿时期胰液及其消化酶的分泌易受天气和各种疾病的影响而被抑制，从而发生消化不良。



七、肠道细菌

胎儿消化道内无细菌，出生后数小时细菌即经口、鼻、肛门等侵入肠道。肠道菌群的细菌种类与摄入的食物有关，**单纯母乳喂养儿以双歧杆菌占绝对优势**。婴幼儿肠道正常菌群脆弱，易受各种因素的影响而发生菌群失调，引起消化功能紊乱。



八、健康婴儿粪便特点

1. 母乳喂养儿粪便

呈黄色或金黄色均匀糊状，偶有细小乳凝块，每日排2~4次，一般在引入转乳期食物后排便次数减少。

2. 牛乳、羊乳喂养儿粪便

呈淡黄色或灰黄色，较干稠，有臭味，每日排1~2次，易发生便秘。

3. 混合喂养儿粪便

与喂牛乳者相似，但质地较软，颜色较黄。



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

第二节 口炎



一、概述

口炎是指口腔黏膜的炎症，可由病毒、真菌、细菌等感染引起，亦可因口腔黏膜局部受理化因素刺激而发生。如病变仅局限于舌、齿龈、口角亦可称为舌炎、齿龈炎或口角炎。本病多见于婴幼儿，可单独发生，也可继发于急性感染、腹泻、营养不良、B族维生素及维生素C缺乏等疾病。



二、护理评估

三种口炎的比较

	鹅口疮	疱疹性口炎	溃疡性口炎
病因	白色念珠菌感染，多见于新生儿、营养不良、长期应用广谱抗生素或糖皮质激素的患儿	单纯疱疹病毒I型，可在集体托幼机构引起小流行	细菌感染所致
局部特点	口腔黏膜出现白色乳凝块样小点或小片状物，可融合成大片，不易拭去，患处不痛，不流涎，不影响吃奶	口腔黏膜出现单个或成簇的小疱疹，破溃后形成溃疡，有黄白色纤维素性分泌物覆盖，因疼痛可表现拒食、流涎、烦躁	口腔黏膜充血水肿，随后形成大小不等的糜烂或溃疡，上有纤维素性炎性分泌物形成的假膜。局部疼痛、流涎、拒食
全身症状	一般无全身症状	发热、淋巴结肿大	发热、局部淋巴结肿大
辅助检查	镜下可见真菌的菌丝和孢子	白细胞总数正常或偏低	白细胞总数和中性粒细胞增高
治疗原则	用2%碳酸氢钠溶液清洁口腔，局部涂10万~20万U/ml制霉菌素鱼肝油混悬溶液	用3%过氧化氢溶液清洗口腔，局部可喷涂西瓜霜、锡类散等	用3%过氧化氢溶液清洁口腔，溃疡面涂5%金霉素鱼肝油、锡类散



三、常见护理诊断/问题

- 1.口腔黏膜受损 与口腔黏膜感染有关。
- 2.体温过高 与口腔黏膜感染有关。
- 3.疼痛 与口腔黏膜糜烂、溃疡有关。



四、护理措施

1.促进口腔黏膜愈合

(1) 保持口腔清洁：鼓励患儿多饮水，进食后漱口，保持口腔黏膜清洁和湿润。**清洗口腔每日2~4次，以餐后1h左右为宜。**

(2) 按医嘱正确涂药：涂药前先清洗口腔，然后用无菌纱布或干棉球放在颊黏膜腮腺管口处或舌系带两侧，再用干棉球将病变部位黏膜表面吸干后方能涂药。**涂药后嘱患儿闭口10min**，然后取出隔离唾液的纱布或棉球，**不可立即漱口、饮水或进食**。小婴儿不配合时可直接涂药。在清洁口腔及局部涂药时应用棉签在溃疡面上滚动式涂药。



四、护理措施

2.维持正常体温

密切监测体温变化，体温超过 38.5°C 时，给予擦浴、置冰袋等物理降温，必要时给予药物降温。

3.疼痛的护理

饮食以温凉流质或半流质饮食为宜，避免酸、辣、热、粗、硬等刺激性食物以减轻疼痛。清洁口腔及局部涂药时动作要轻，以免使患儿疼痛加重。对因疼痛影响进食者，可按医嘱在进食前局部涂2%利多卡因。对不能进食者，应给予肠道外营养，以确保能量与水分供给。



五、健康教育

- 1.向家长讲解口炎的原因、影响因素及护理。指导家长教育儿童养成良好的卫生习惯，纠正患儿吮指、不刷牙等不良习惯。
- 2.告知家长注意奶瓶、奶头和食具卫生，每次使用后要消毒。**鹅口疮患儿使用过的奶瓶及奶嘴应放于5%碳酸氢钠溶液浸泡30min后再煮沸消毒。**
- 3.给家长示教清洁口腔及局部涂药的方法，并强调护理患儿前后要洗手。
- 4.宣传均衡营养对提高抵抗力的重要性。



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

第三节 腹泻病

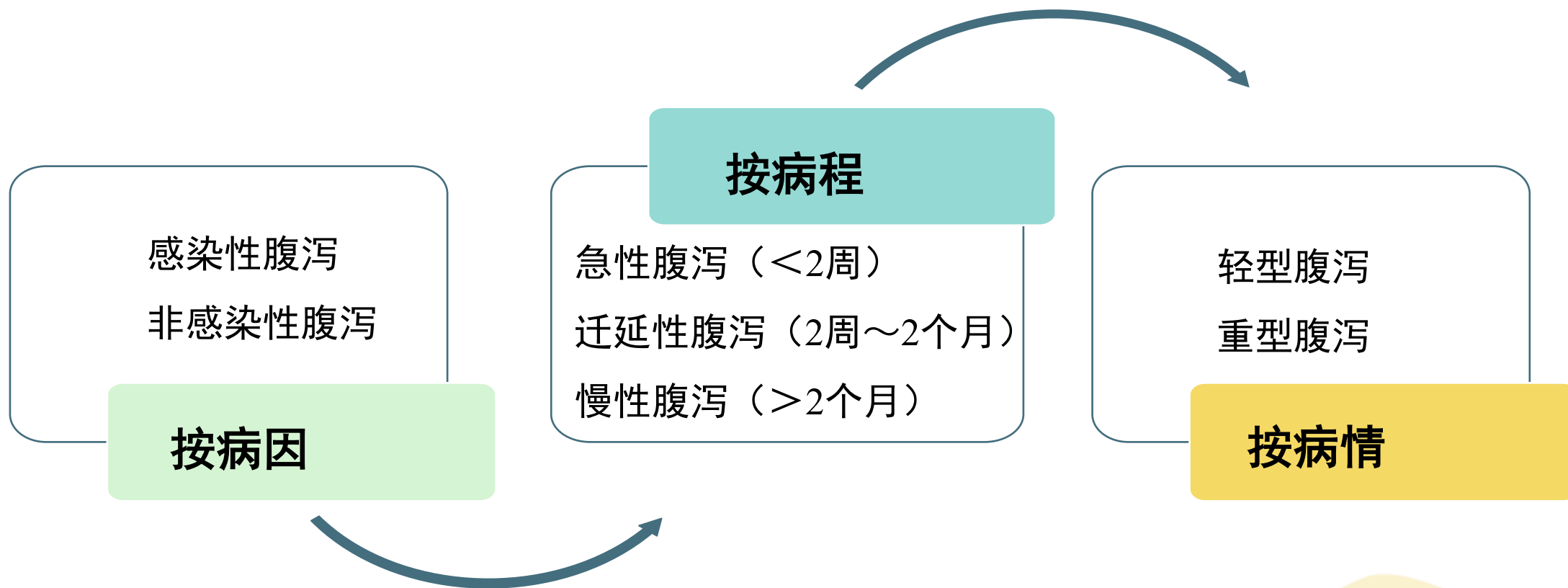


一、概述

腹泻病是由多病原、多因素引起的以大便次数增多和性状改变为特点的消化道综合征，严重者可引起水、电解质及酸碱平衡紊乱，为婴幼儿时期的常见病，是我国儿童保健重点防治的“四病”之一。腹泻多发生在2岁以下儿童，其中1岁以内者约占半数。一年四季均可发病，但夏秋季发病率最高。



二、分类





三、病因

1. 消化系统发育不成熟
2. 机体防御功能差
3. 肠道菌群失调
4. 人工喂养
5. 生长发育快

易感因素

1. 肠道内感染
2. 肠道外感染

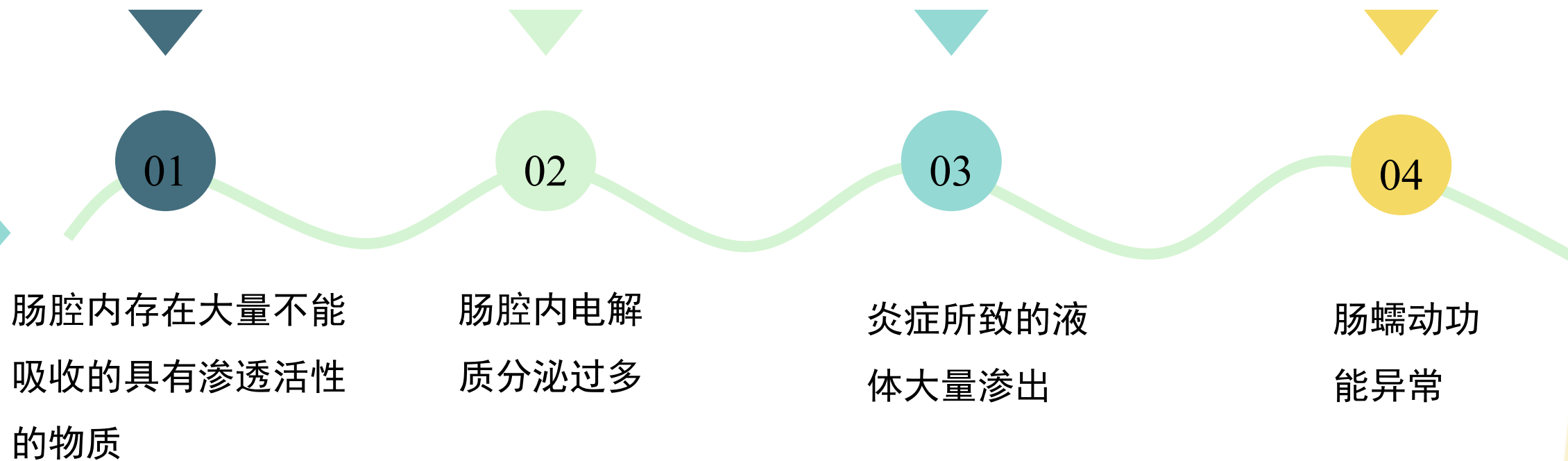
感染因素

1. 饮食因素
2. 气候因素

非感染因素



四、发病机制





五、护理评估

（一）健康史

询问患儿的喂养史包括喂养方式、次数及量、引入转乳期食物及断奶情况，以往是否有对药物或牛奶的过敏史，有无不洁饮食史，是否近日添加了新食物或进食大量果汁等，是否长期应用抗生素。



五、护理评估

（二）身体状况

1.急性腹泻的共同临床表现

（1）轻型腹泻：**以胃肠道症状为主**，表现为食欲缺乏，偶有呕吐，呕吐物为胃内容物，大便次数增多，每日多在10次以下，每次大便量不多，呈黄色或黄绿色稀水样，常见白色或黄白色奶瓣和泡沫。全身症状不明显，无脱水及电解质紊乱。

（2）重型腹泻：**除有较重的胃肠道症状外，还有明显的全身中毒症状及脱水、酸碱失衡及电解质紊乱。**



五、护理评估

不同程度脱水的表现

项目	轻度	中度	重度
失水占体重百分比	3%~5% (30~50ml/kg)	5%~10% (50~100ml/kg)	>10% (100~120ml/kg)
精神状态	无明显改变	萎靡或烦躁不安	淡漠或昏迷
呼吸	正常	深，也可快	深和快
脉搏	可触及	减弱	明显减弱
心率增快	无	有	有
血压	正常	体位性低血压	低血压

五、护理评估

不同程度脱水的表现（续）

项目	轻度	中度	重度
皮肤弹性	正常	轻度降低	降低
口腔黏膜	湿润	干燥	极干燥
眼窝及前囟	正常	轻度凹陷	明显凹陷
眼泪	有	少	无
尿量	正常	明显减少	少尿或无尿
周围循环衰竭	无	不明显	明显

五、护理评估

不同性质脱水的表现

项目	等渗性脱水	低渗性脱水	高渗性脱水
主要原因	呕吐、腹泻	营养不良伴慢性腹泻	腹泻时补含钠液过多
水、电解质丢失比例	大致相同	电解质丢失多于水丢失	水丢失多于电解质丢失
主要丧失液区	细胞外液	细胞外液	细胞内脱水
血钠/（mmol·L ⁻¹ ）	130～150	<130	>150
精神状态	精神萎靡	嗜睡或昏迷	烦躁、易激惹
口渴	明显	不明显	极明显
皮肤弹性	稍差	极差	尚可
血压	低	很低	正常或稍低



五、护理评估

代谢性酸中毒的分度及表现

项目	轻度	中度	重度
精神状态	正常	精神萎靡、嗜睡或烦躁不安	昏睡或昏迷
呼吸改变	稍快	深长	深快，呼气有烂苹果味
口唇颜色	正常	樱桃红色	发绀
CO ₂ CP/ (mmol·L ⁻¹)	18~13	13~9	<9



五、护理评估

低钾血症：当血清钾离子浓度低于 3.5mmol/L 时出现低钾血症表现，如精神不振、全身乏力、腹胀、肠鸣音减弱，严重者出现肠麻痹，腱反射减弱或消失；心率增快、心音低钝、心电图出现典型的U波，重者可出现心律失常而危及生命。

低钙血症和低镁血症：当脱水、酸中毒纠正后易出现手足搐搦和惊厥，极少数久泻和营养不良患儿输液后出现震颤、抽搐，用钙剂治疗无效时应考虑有低镁血症的可能。



五、护理评估

2.不同病原体所致腹泻的临床特点

(1) **轮状病毒肠炎**：又称秋季腹泻，多发生在秋、冬季，以6个月～2岁婴幼儿为多，常伴有发热和上呼吸道感染症状，多无明显中毒症状。病初1～2d常发生呕吐，随后出现腹泻。大便次数多，量多，呈黄色水样或蛋花汤样，含少量黏液，无腥臭味，大便镜检偶有少量白细胞，常并发水、电解质及酸碱平衡紊乱。本病为自限性疾病，自然病程3～8d。



五、护理评估

(2) 诺如病毒肠炎：全年散发，暴发高峰多见于寒冷季节（11月至次年2月）。发生诺如病毒感染最常见的场所是餐馆、托幼机构、医院、学校等地点。感染后潜伏期多为12~36h，急性起病。首发症状多为阵发性腹痛、恶心、呕吐和腹泻，全身症状有畏寒、发热、头痛、乏力和肌痛等。可有呼吸道症状。吐泻频繁者可发生脱水、酸中毒及低钾血症。本病为自限性疾病，症状持续12~72h。便常规及血常规检查一般无特殊发现。



五、护理评估

(3) 产毒性细菌引起的肠炎：多见于夏季，起病较急，轻症仅大便次数稍增多，性状轻微改变。重症腹泻频繁，量多，呈蛋花汤样或水样，混有黏液，镜检无白细胞。

(4) 侵袭性细菌引起的肠炎：包括侵袭性大肠埃希菌、空肠弯曲菌、耶尔森菌、鼠伤寒杆菌等。全年均可发病，多见于夏季。潜伏期长短不等。起病急，高热，甚至可以发生惊厥。腹泻频繁，大便呈黏液状，带脓血，有腥臭味，常伴腹痛、里急后重，可出现严重的全身中毒症状，甚至休克。大便镜检可见大量白细胞和数量不等的红细胞。粪便细菌培养可找到相应的致病菌。



五、护理评估

(5) 出血性大肠埃希菌肠炎：大便次数增多，开始时呈黄色水样便，后转为血水便，有特殊臭味，伴腹痛，大便镜检有大量红细胞，常无白细胞。



五、护理评估

（6）抗生素相关性腹泻

1) 金黄色葡萄球菌肠炎：**多继发于使用大量抗生素后**。表现为发热、呕吐、腹泻以及不同程度的脱水、电解质紊乱和中毒症状，甚至发生休克。典型**大便为暗绿色**，量多带黏液，少数为血便。大便镜检有大量脓细胞和成簇的革兰氏阳性球菌，培养有金黄色葡萄球菌生长，凝固酶阳性。



五、护理评估

2) 假膜性小肠结肠炎：由难辨梭状芽孢杆菌引起，多种抗生素可诱发本病。主要症状为腹泻，轻症每日大便数次，停抗生素后很快痊愈；重症腹泻频繁，为黄色或黄绿色水样便，可有假膜（为毒素致肠黏膜坏死组织所形成的假膜）排出，可出现脱水、电解质紊乱和酸中毒。伴有腹痛和全身中毒症状如发热、意识改变，甚至休克。大便厌氧菌培养或组织培养法检测细胞毒素可协助确诊。



五、护理评估

3) 真菌性肠炎：多为白色念珠菌所致。2岁以下婴幼儿多见。常发生于其他感染或肠道菌群失调时。主要症状为腹泻，黄色稀便，泡沫较多，带黏液，有时可见豆腐渣样细块（菌落），病程迁延，常伴鹅口疮。大便镜检可见真菌孢子和菌丝。



五、护理评估

3.迁延性腹泻和慢性腹泻

多与急性期治疗不彻底和营养不良有关，以人工喂养儿及营养不良儿多见。表现为腹泻迁延不愈，病情时轻时重，腹泻次数和性状不稳定，吐泻频繁时可出现脱水及电解质紊乱。由于长期消化吸收功能障碍，引起或加重营养不良，故多伴有消瘦、贫血、多种维生素缺乏及继发感染等。



五、护理评估

4.生理性腹泻

多见于6个月以下的婴儿，其外观虚胖，常有湿疹，出生后不久即有腹泻，除大便次数增多外，多无其他症状，食欲好，**生长发育不受影响**，近年研究发现此类腹泻可能为**乳糖不耐受**的一种特殊类型或与食物过敏相关，无需药物治疗，引入转乳期食物后，大便即逐渐转为正常。



五、护理评估

（三）心理-社会状况

评估家长对本病的认知程度，是否缺乏对儿童喂养、饮食卫生、疾病护理等方面的知识，是否因担心危重患儿的预后而焦虑。重症患儿常需住院治疗，由于对医院环境的陌生、与父母及家人的分离、害怕打针等原因而产生焦虑和恐惧。



五、护理评估

（四）辅助检查

1.外周血白细胞计数

细菌感染时白细胞总数及中性粒细胞增多。

2.大便常规

大便中无或偶见白细胞，多为病毒和非侵袭性细菌感染；大便中有较多的白细胞，多由于各种侵袭性细菌感染所致。

3.血液生化检查



五、护理评估

（五）治疗要点

1.饮食疗法

2.纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱

3.药物治疗

- （1）控制感染。
- （2）微生态疗法。
- （3）肠黏膜保护剂。
- （4）抗分泌治疗。
- （5）其他药物。

4.治疗并发症及并发疾病



六、常见护理诊断/问题

1. **体液不足** 与腹泻、呕吐引起胃肠道液体丢失过多和摄入量不足有关。
2. **腹泻** 与喂养不当、感染导致胃肠道功能紊乱有关。
3. **体温过高** 与感染有关。
4. **有皮肤完整性受损的危险** 与大便次数增多刺激臀部皮肤有关。



七、护理目标

1. 患儿脱水和电解质紊乱得以纠正。
2. 患儿腹泻、呕吐次数逐渐减少至停止，大便性状恢复正常。
3. 患儿体温恢复正常。
4. 患儿臀部皮肤保持完好，未发生臀红。



八、护理措施

（一）维持水、电解质及酸碱平衡

参见本章第四节儿童液体疗法。

（二）控制腹泻

1.调整饮食

母乳喂养儿继续哺乳，暂停转乳期食物。人工喂养儿可喂稀释的牛奶、米汤、酸奶或脱脂奶等，少量多餐，病情好转后逐渐过渡到正常饮食。呕吐严重者，可暂禁食4~6h（不禁水）。病毒性肠炎多有乳糖酶缺乏，可暂停乳类喂养，改为豆制代乳品、发酵乳或去乳糖配方乳，以减轻腹泻，缩短病程。



八、护理措施

2.防止交叉感染

感染性腹泻患儿应进行消化道隔离，排泄物应按规定处理后再排放。护理患儿前后认真洗手。

3.按医嘱用药

对感染性腹泻患儿按医嘱应用敏感、有效的抗生素。一般不用止泻药物。

（三）维持正常体温

（四）保持皮肤完整性

每次便后用温水清洗臀部并吸干，选用柔软、吸水性好的棉织品尿布，**避免使用不透气的塑料布或橡胶布**。发生臀红时按正确的方法护理。



九、健康教育

- 1.向家长介绍有关本病的致病因素、治疗要点及护理措施等相关知识。
- 2.介绍母乳喂养的优点，指导合理喂养，避免在夏季断奶，按时按序引入转乳期食品，防止过食、偏食及饮食结构突然改变。



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

第四节 儿童液体疗法



一、儿童体液平衡的特点

年龄越小体液总量所占比例越大，年龄越小间质液所占比例也越大。

体液总量及分布

年龄越小需水量相对越多，正常婴儿水的交换率为成人的3~4倍。

水的摄入与排出的特点

肾小球滤过率低，肾小管浓缩、稀释功能不足，处理水、钠的能力不完善。

体液调节的特点



二、液体疗法常用溶液

1. 非电解质溶液

5%和10%的葡萄糖溶液（无张力）

2. 电解质溶液

0.9%氯化钠溶液（即生理盐水）

等渗溶液

复方氯化钠溶液

等渗溶液

1.4%碳酸氢钠溶液

等渗溶液

1.87%乳酸钠溶液

等渗溶液

10%或15%氯化钾溶液*

高渗溶液

二、液体疗法常用溶液

3.混合液溶液

常用混合溶液的组成

混合溶液	0.9%氯化钠	5%或10%葡萄糖	1.4%碳酸氢钠 (1.87%乳酸钠)	张力
2:1含钠液	2份	—	1份	1
1:1含钠液	1份	1份	—	1/2
1:2含钠液	1份	2份	—	1/3
1:4含钠液	1份	4份	—	1/5
2:3:1含钠液	2份	3份	1份	1/2
4:3:2含钠液	4份	3份	2份	2/3



二、液体疗法常用溶液

4.口服补液盐溶液（ORS液）

WHO推荐使用的新配方是：氯化钠2.6g、枸橼酸钠2.9g、氯化钾1.5g、葡萄糖13.5g，临用前加温开水1000ml溶解，其电解质渗透压为170mmol/L，约为1/2张力液。

一般适用于轻中度脱水无严重呕吐者，在用于补充继续丢失量和生理需要量时需要适当稀释。



三、液体疗法

（一）口服补液

主要适用于预防脱水和纠正轻中度脱水。要掌握口服补液盐正确的喂服方法：轻度脱水50ml/kg，中度脱水100ml/kg，在4h内用完。在口服补液过程中，如呕吐频繁或腹泻、脱水加重，应改为静脉补液。



三、液体疗法

（二）静脉补液

原则：做好三定（定量、定性、定速）、三补（见酸补碱、见尿补钾、防惊补钙或镁）及三先（先快后慢、先盐后糖、先浓后淡）。

第一天补液总量包括累计丢失量、继续丢失量及生理需要量。



三、液体疗法

1. 累计丢失量

- (1) 定量：轻度脱水 $30\sim 50\text{ml/kg}$ ，中度脱水 $50\sim 100\text{ml/kg}$ ，重度脱水 $100\sim 120\text{ml/kg}$ 。
- (2) 定性：低渗性脱水补 $2/3$ 张含钠液，等渗性脱水补 $1/2$ 张含钠液，高渗性脱水补 $1/3\sim 1/5$ 张含钠液。若临床判断脱水性质有困难，可先按等渗性脱水处理。
- (3) 定速：对伴有周围循环不良和休克的重度脱水患儿，应快速输入 $2:1$ 等张含钠液，按 20ml/kg （总量不超过 300ml ）于 $30\sim 60\text{min}$ 内静脉推注或快速滴入，剩余的累计丢失量在 $8\sim 12\text{h}$ 内滴入，每小时 $8\sim 10\text{ml/kg}$ 。



三、液体疗法

2.继续丢失量

一般腹泻患儿每日丢失 $10\sim 40\text{ml/kg}$ ，适当增减。常用 $1/2\sim 1/3$ 张含钠液。继续丢失量和生理需要量在 $12\sim 16\text{h}$ 内滴入，每小时约 5ml/kg 。

3.生理需要量

每日生理需要量为 $60\sim 80\text{ml/kg}$ 。年龄越小，生理需要量相对越多，可给予 $1/4\sim 1/5$ 张含钠液。补液速度同继续丢失量。



三、液体疗法

综合以上三部分，第1天的补液总量约为：**轻度脱水**90~120ml/kg，**中度脱水**120~150ml/kg，**重度脱水**150~180ml/kg。第2天及以后的补液，一般只补继续丢失量和生理需要量两部分，于12~24h均匀输入，能口服者尽量口服。



三、液体疗法

（三）补液护理

1.做好补液前的准备工作

- （1）向家长解释液体疗法的目的及意义以取得配合。
- （2）全面了解患儿的病情，熟悉所输液体的组成、性质、用途、配制及配伍禁忌。

2.做好维持输液的护理

严格掌握输液速度，有条件最好使用输液泵。



三、液体疗法

3.密切观察病情

- (1) 监测生命体征。
- (2) 记录24h出入量。
- (3) 观察酸中毒表现。
- (4) 观察低血钾表现。
- (5) 观察脱水情况：如补液方案合理，患儿一般于补液后3~4h开始排尿，说明血容量已恢复；补液后24h皮肤弹性恢复、眼窝凹陷消失、无口渴，则表明脱水已被纠正；如补液后眼睑水肿，可能是输入钠盐过多；补液后尿量多而脱水未纠正，可能是输入含糖液体过多，应报告医生，加以调整。



本章小结

本章学习重点是口炎、腹泻病的护理评估、护理措施及儿童液体疗法。鹅口疮是由白色念珠菌引起，用2%碳酸氢钠溶液清洁口腔，局部涂抹制霉菌素鱼肝油混悬剂；疱疹性口炎由单纯疱疹病毒引起，可用3%过氧化氢溶液清洗口腔，局部可喷涂西瓜霜、锡类散等；溃疡性口炎由细菌感染所致，可用抗生素控制感染，3%过氧化氢溶液或0.1%依沙吖啶溶液清洁口腔。护理重点是加强口腔护理，正确涂药。腹泻以轮状病毒及大肠埃希菌感染最常见。轻型腹泻和重型腹泻区别在于是否发生了水、电解质及酸碱平衡紊乱。护理措施主要是维持水、电解质及酸碱平衡，控制腹泻。



谢谢