



国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材
全国中等卫生职业教育配套教材

供护理、助产专业用

外科护理 学习指导

主编 俞宝明 李 勇



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



国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材
全国中等卫生职业教育配套教材

供护理、助产专业用

外科护理学习指导

主 编 俞宝明 李 勇

副主编 卢玉彬 杨 环

编 者 (以姓氏笔画为序)

马文宝 (潍坊护理职业学院)

马玉儿 (山东大学公共卫生学院)

王 宁 (西安市卫生学校)

卢玉彬 (甘肃卫生职业学院)

李 陟 (江西省赣州卫生学校)

李 勇 (成都铁路卫生学校)

杨 环 (新疆昌吉职业技术学院护理分院)

肖 凯 (成都铁路卫生学校附属医院)

余宜龙 (安徽省阜阳职业技术学院)

辛长海 (河南省焦作卫生医药学校)

俞宝明 (江西省赣州卫生学校)

贾 欣 (郑州市卫生学校)

徐小晴 (成都铁路卫生学校)

凌志杰 (江西省赣州卫生学校) (兼秘书)

康 萍 (福建省龙岩卫生学校)

彭晓艳 (成都铁路卫生学校)

曾 芍 (湖南省娄底市卫生学校)

黎玉辉 (呼伦贝尔市卫生学校)

人民卫生出版社



图书在版编目(CIP)数据

外科护理学习指导 / 俞宝明, 李勇主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21129-1

I. ①外… II. ①俞… ②李… III. ①外科学 - 护理学 - 中等专业学校 - 教学参考资料 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 244255 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

外科护理学习指导

主 编: 俞宝明 李 勇

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 9

字 数: 225 千字

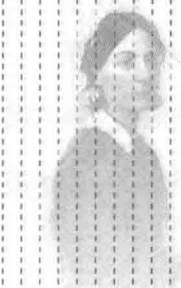
版 次: 2015 年 11 月第 1 版 2015 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21129-1/R · 21130

定 价: 19.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



前言

《外科护理学习指导》是为配合教育部颁布的《中等职业学校专业教学标准(试行)》医药卫生类(第一辑),更好地适应我国中等护理教育改革和发展的需要,根据“十二五”职业教育国家规划教材《外科护理》(第3版)和最新《护士执业资格考试大纲》进行编写的配套教材。

本书在编写体例上进行大胆创新,基本结构由知识清单、难点解析、护考训练三部分组成。

知识清单是将《外科护理》教材中每一个必须记忆的知识点总结提炼成一句话,让学习者有针对性地记忆;重点的词、句用黑体字加粗标出;部分知识点还编成趣味口诀来帮助学习者巧妙速记。

难点解析是将教材中未能详细阐明的内容或知识进行相关解释或分析,帮助学习者理解和记忆。

护考训练包括练习题和参考答案两部分,练习题涵盖考试大纲考点,按照护考试卷各类题型比例进行命题,在强调测试学习者外科护理基本理论、基本知识和基本技能(三基)的同时,还特别注重测试学习者的人文素质和综合能力;选择题均附有参考答案。

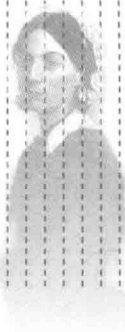
本书是编者多年从事外科护理教育教学、悉心研究、认真归纳、系统总结的成果。在编写过程中,得到了编者所在院校、医院领导的大力支持和帮助,同时参考了国内大量相关书籍和教材,在此一并表示诚挚的谢意。

由于编者水平所限,错漏之处在所难免,在此恳请广大师生给予批评指正。

俞宝明 李 勇

2015年9月

目 录



第一章 绪论	1
第二章 外科体液代谢失衡病人的护理	3
第一节 体液的正常代谢	3
第二节 水、电解质代谢失衡病人的护理	4
第三节 酸碱代谢失衡病人的护理	5
第三章 外科病人营养代谢支持的护理	8
第四章 外科休克病人的护理	11
第五章 麻醉病人的护理	15
第一节 概述	15
第二节 麻醉前护理	16
第三节 麻醉后的监测与护理	16
第六章 围术期护理	21
第一节 手术前病人的护理	21
第二节 手术室护理工作	22
第三节 手术后病人的护理	23
第七章 外科感染病人的护理	28
第一节 概述	28
第二节 浅部组织细菌性感染病人的护理	28
第三节 手部急性化脓性感染病人的护理	30
第四节 全身性外科感染病人的护理	30
第五节 特异性外科感染病人的护理	31
第八章 损伤病人的护理	36
第一节 概述	36
第二节 创伤病人的护理	36
第三节 烧伤病人的护理	37

第四节 冻伤病人的护理	39
第五节 咬伤病人的护理	39
第九章 肿瘤病人的护理	44
第十章 颅脑疾病病人的护理	47
第一节 颅内压增高病人的护理	47
第二节 颅脑损伤病人的护理	48
第三节 颅内肿瘤病人的护理	49
第十一章 颈部疾病病人的护理	53
第一节 甲状腺功能亢进外科治疗病人的护理	53
第二节 单纯性甲状腺肿病人的护理	54
第三节 甲状腺肿瘤病人的护理	54
第四节 常见颈部肿块病人的护理	55
第十二章 乳房疾病病人的护理	60
第一节 急性乳腺炎病人的护理	60
第二节 乳腺癌病人的护理	60
第三节 乳房良性肿瘤病人的护理	61
第十三章 胸部疾病病人的护理	65
第一节 胸部损伤病人的护理	65
第二节 脓胸病人的护理	66
第三节 肺癌病人的护理	67
第四节 食管癌病人的护理	67
第十四章 急性化脓性腹膜炎与腹部损伤病人的护理	73
第一节 急性化脓性腹膜炎病人的护理	73
第二节 腹部损伤病人的护理	74
第十五章 胃肠疾病病人的护理	77
第一节 腹外疝病人的护理	77
第二节 胃十二指肠溃疡外科治疗病人的护理	78
第三节 胃癌病人的护理	79
第四节 急性阑尾炎病人的护理	80
第五节 肠梗阻病人的护理	81
第六节 直肠肛管良性疾病病人的护理	82
第七节 结、直肠癌病人的护理	84
第十六章 肝胆胰疾病病人的护理	92
第一节 门静脉高压症病人的护理	92
第二节 原发性肝癌病人的护理	93

第三节 胆道疾病病人的护理	93
第四节 胰腺癌病人的护理	95
第五节 肝脓肿病人的护理	96
第十七章 外科急腹症病人的护理	102
第十八章 周围血管疾病病人的护理	106
第一节 原发性下肢静脉曲张病人的护理	106
第二节 血栓闭塞性脉管炎病人的护理	107
第十九章 泌尿及男性生殖系统疾病病人的护理	110
第一节 常见症状及诊疗操作的护理	110
第二节 泌尿系统损伤病人的护理	110
第三节 尿石症病人的护理	112
第四节 良性前列腺增生病人的护理	113
第五节 泌尿系统肿瘤病人的护理	114
第二十章 运动系统疾病病人的护理	120
第一节 骨折病人的护理	120
第二节 脊柱骨折及脊髓损伤病人的护理	121
第三节 关节脱位病人的护理	122
第四节 化脓性骨髓炎病人的护理	122
第五节 颈肩痛与腰腿痛病人的护理	123
第六节 骨肿瘤病人的护理	124
第七节 产伤骨折与产瘫患儿的护理	124
第二十一章 皮肤病与性传播疾病病人的护理	129
第一节 概述	129
第二节 变态反应性皮肤病病人的护理	129
第三节 感染性皮肤病病人的护理	130
第四节 其他皮肤病病人的护理	130
第五节 常见性传播疾病病人的护理	131
附录 护考训练参考答案	136

第一章 绪 论

【知识清单】

1. 外科护理是以外科疾病病人和有潜在外科疾病的人为主要服务对象,学习诊断和处理其对现存的和潜在的健康问题的反应的一门专业技能课程。

2. 现代外科疾病一般分为创伤、感染、肿瘤、畸形和功能障碍五大类,这五大类疾病护理知识和技术问题成了外科护理的内容,其中核心内容是手术前后护理。

3. 南丁格尔在克里米亚战争中,成功应用清洁、消毒、换药、包扎伤口、改善营养膳食、安慰伤病员等护理手段,注重伤病员的心理调节、营养补充,使伤员的死亡率由原来的42%降至2.2%,证实了护理工作在外科疾病病人治疗过程中的地位和意义,由此创建了护理学,并延伸出外科护理学。

4. 外科护士应具备的素质 ①具备高尚的道德素质;②具备良好的身心素质;③具备扎实的业务素质;④具备良好的人文素质。

5. 外科护理的学习目标和方法 ①明确学习目标:学习外科护理的基本目标是为了掌握外科基本知识与护理技术,并将其用于实践,努力提高自身为人民服务的本领,更好地为人类健康做出贡献;②理解外科护理课程的理念;③注重理论联系实际;④重视综合职业能力的培养。

【护考训练】

1. 下列不是外科护理特点的是

- A. 发病急
- B. 抢救多
- C. 病情变化快
- D. 老年病人最多
- E. 多数病人存在躯体移动受限

2. 外科疾病按病因大致可分为

- A. 创伤、感染、肿瘤、畸形
- B. 休克、创伤、感染、肿瘤
- C. 休克、创伤、感染、肿瘤、功能障碍
- D. 创伤、感染、肿瘤、畸形、功能障碍
- E. 创伤、肿瘤、畸形、功能障碍

3. 护理程序由五个步骤组成,正确的顺序是

- A. 评估—诊断—目标—措施—评价
- B. 评估—诊断—计划—实施—评价
- C. 评估—评价—诊断—计划—实施
- D. 评价—计划—诊断—评估—实施

- E. 评价—措施—计划—诊断—评估
4. 现代外科工作中护理的地位和作用应是
- 隶属于医疗工作,不能单独处理病人
 - 主要在生活护理上照顾病人
 - 执行打针发药等有关基础护理的工作
 - 以执行医嘱为主,是医生的助手
 - 按护理程序独立对病人进行护理,与医生是合作关系
5. 现代护理活动的扩展主要体现在以下几个方面,但除外
- 由病人向健康人群扩展
 - 由疾病护理向预防、保健、康复扩展
 - 由躯体护理向心理、精神方面扩展
 - 由护理技能向医疗管理方面扩展
 - 由医院向社区、家庭扩展
6. 外科护理最核心的研究内容是
- 外科护理的基本知识
 - 外科护理的基本技能
 - 外科护理的基本理论
 - 外科护理技术
 - 围术期护理
7. 当组织一个抢救班子,处理一个特大交通事故的抢救工作时,挑选护士时必须考虑的条件是
- 身体健康
 - 仪表文雅
 - 举止稳重
 - 性格开朗
 - 待人有礼
8. 外科7床病人诉伤口痛,8床病人诉腹胀(肝硬化腹水所致),某护士在执行医嘱时,误将止痛药物用于8床病人,而将白蛋白用于7床病人,为避免类似错误发生护士应具备
- 高尚的道德情操
 - 正确的人生观
 - 健康的身体
 - 坚定的信念
 - 高度的责任心

(李 勇)

第二章 外科体液代谢失衡病人的护理

第一节 体液的正常代谢

【知识清单】

1. 成年男性体液总量约占体重的60%,女性约占体重的55%,婴幼儿占体重的70%~80%。体液可分为细胞内液和细胞外液,细胞内液约占男性体重的40%(女性35%);而男、女性细胞外液均为体重的20%。细胞外液又可分为组织间液和血管内液,前者约占体重的15%,后者为血浆,占5%。

2. 人体每日水的出入量保持动态平衡(表2-1),肾脏是调节人体水分最主要的器官,每天至少排尿500ml才能排出全部代谢废物。

表 2-1 正常成人每日水分出入量

每日摄入量(ml)		每日排出量(ml)	
饮水	1000~1500	尿	1000~1500
食物含水	700	粪	200
内生水(代谢水)	300	呼吸蒸发	300
		皮肤蒸发	500
总入量	2000~2500	总出量	2000~2500

3. 细胞外液中最主要的阳离子是 Na^+ ,主要阴离子是 Cl^- 、 HCO_3^- ;细胞内液中主要阳离子是 K^+ 、 Mg^{2+} ,主要阴离子是 HPO_4^{2-} 和蛋白阴离子。

4. 血液的pH保持在7.35~7.45范围内,主要是通过血液的缓冲系统、肺的呼吸和肾的排泄进行调节。

【难点解析】

血液缓冲系统包括细胞内磷酸盐缓冲系、红细胞内血红蛋白缓冲系、血浆蛋白缓冲系、碳酸氢盐缓冲系等。其中以血浆中 $\text{HCO}_3^-/\text{H}_2\text{CO}_3$ 缓冲系统最为重要,浓度最大,缓冲能力最强。 HCO_3^- 的正常值平均为24mmol/L, H_2CO_3 的正常值为1.2mmol/L,两者相比值 $\text{HCO}_3^-/\text{H}_2\text{CO}_3=24:1.2=20:1$,只要 $\text{HCO}_3^-/\text{H}_2\text{CO}_3$ 的比值保持为20:1,酸碱即能维持平衡。当体内酸性物质过多时, HCO_3^- 可结合 H^+ 产生 H_2CO_3 ,继而分解为 CO_2 和 H_2O ,通过呼吸排出 CO_2 ;而当碱性物质过多时, H_2CO_3 可结合 OH^- 产生 HCO_3^- 和 H_2O ,从而进行酸碱平衡的调节。肺的呼吸

作用受到延髓中枢化学感受器的调节。当 PaCO_2 增高时,呼吸中枢兴奋性增加,使呼吸加深加快,加速 CO_2 的排出;反之则抑制呼吸中枢,呼吸减慢变浅, CO_2 排出减少。

第二节 水、电解质代谢失衡病人的护理

【知识清单】

1. 高渗性缺水 失水多于失钠,血清钠 $>150\text{mmol/L}$,轻度缺水病人饮水即可,不能饮水或中度以上缺水病人应首先静脉输注5%葡萄糖溶液。

2. 低渗性缺水 失钠多于失水,血清钠 $<135\text{mmol/L}$,轻中度缺钠者,一般补充5%葡萄糖盐溶液。重度缺钠者,先输晶体溶液,后输胶体溶液,然后再滴注高渗盐水,如3%~5%氯化钠溶液。

3. 等渗性缺水 水和钠成比例地丧失,血清钠维持在 $135\sim145\text{mmol/L}$,是外科临床中最常见的缺水类型。轻度缺水病人饮含盐饮料,不能饮水或中度以上缺水病人首先静脉补给等渗盐水或平衡盐溶液。

4. 补液总量的组成 包括三个部分,即生理需要量、已经损失量和继续损失量。生理需要量成人每日可补水分 $2000\sim2500\text{ml}$,氯化钠 $4\sim5\text{g}$,氯化钾 $3\sim4\text{g}$,葡萄糖需 $100\sim150\text{g}$ 以上;已经损失量指从发病到就诊时累积已损失的体液总量;继续损失量指治疗过程中非生理性的体液丢失量,如发热病人,体温每升高 1°C ,每日每千克体重皮肤蒸发水分增加 $3\sim5\text{ml}$;如果出汗,则失水更多,大汗湿透一身内衣裤,约丢失低渗液体 1000ml 。成人气管切开病人每日从呼吸道蒸发的水分约为 $800\sim1200\text{ml}$ 。

5. 补液总量的计算 ①第1日补液总量=生理需要量+ $1/2$ 已经损失量;②第2日补液总量=生理需要量+ $1/2$ 已经丧失量(酌情减免)+前1日继续损失量;③第3日补液总量=生理需要量+前1日继续损失量。

6. 补液疗效的观察指标 ①尿量;②生命体征是否平稳;③精神状态有无好转;④缺水征象是否改善;⑤中心静脉压(CVP)是否正常;⑥血、尿液等有关检查结果是否恢复正常。

7. 补液的原则通常是先盐后糖、先晶后胶、先快后慢、液种交替、尿畅补钾。

8. 低钾血症 血清钾浓度低于 3.5mmol/L 。常见病因有:①钾摄入不足;②钾排出过多;③体内转移。肌无力是最早出现的症状,病人出现反常性酸性尿。心电图检查U波出现。

9. 静脉补钾时应遵循四项原则 ①尿少不补钾:尿量超过 40ml/h 或 500ml/d 以上时,补钾较为安全;②浓度不过高:静脉滴注氯化钾的安全浓度不超过 0.3% ;③滴速不过快:一般不宜超过 60滴/分 ;④总量不过大:定时监测血钾浓度,及时调整每日补钾总量,一般每日补氯化钾约 $3\sim6\text{g}$ 。严禁直接静脉推注。

10. 高钾血症 血清钾浓度高于 5.5mmol/L 。常见病因有:①钾摄入过多;②钾排出减少;③体内转移。轻度高钾血症早期无特异性表现,如进一步发展,则神经、肌肉功能异常、心功能异常甚至心脏骤停于舒张期等。

11. 降低血清钾浓度主要措施 ①禁钾:禁食一切含钾食物和药物、禁输库存血液;②抗钾:高钾引起心律失常,应缓慢静注10%葡萄糖酸钙溶液 20ml ;③转钾:静脉输注5%碳酸氢钠液以碱化细胞外液,以及静脉滴注高渗葡萄糖及胰岛素溶液促进 K^+ 向细胞内转移;④排

钾:最常用的方法是透析疗法。

【难点解析】

低渗性缺水由于细胞外液呈低渗状态,水分子由低渗透压一边经细胞膜进入细胞内,体液容量改变以细胞外液为主。细胞外液减少,呈低渗状态,机体减少抗利尿激素的分泌,使水在肾小管的重吸收减少,尿量排出增多,从而提高细胞外液的渗透压。但随此改变的结果使细胞外液进一步减少,于是细胞间液进入血液循环,以部分地补充血容量。为避免循环血量再减少,迫使肾素-醛固酮系统兴奋,远曲小管对钠和水的重吸收增多。抗利尿激素分泌增多,水重吸收增加,导致少尿。如血容量继续减少,上述代偿功能无法维持血容量时,将出现休克。

第三节 酸碱代谢失衡病人的护理

【知识清单】

1. $\text{pH} < 7.35$ 称为酸中毒, $\text{pH} > 7.45$ 称为碱中毒。

2. 代谢性酸中毒是外科临床最常见的酸碱平衡失调。常见致病因素是酸性物质产生过多、 H^+ 排出减少、碱性物质丢失过多、高钾血症等。突出表现是呼吸加深、加快、有时呼出气体有酮味,颜面潮红、口唇樱桃红色。应积极治疗原发疾病,轻度代谢性酸中毒可适当补液纠正缺水,重度代谢性酸中毒需补充碱性液,首选5% NaHCO_3 溶液100~250ml。静脉滴注5% NaHCO_3 溶液时应注意:①5% NaHCO_3 溶液宜单独缓慢滴入,首次用量宜在2~4小时滴完;②酸中毒时血清钾离子增多,血清中解离的钙离子也增多,故常掩盖低钾血症和低钙血症。因此,在补充碳酸氢钠后应注意观察有无缺钾、缺钙症状的发生。

3. 代谢性碱中毒 常见致病因素有胃液丧失过多、碱性物质摄入过多及低钾血症。病人出现呼吸浅慢、组织缺氧和电解质紊乱表现。应积极治疗原发病,轻度只需补充等渗盐水或葡萄糖盐水和适量氯化钾,严重者可用稀释的盐酸溶液或盐酸精氨酸溶液,以尽快排出过多的 HCO_3^- 。如有抽搐者可给10%葡萄糖酸钙溶液20ml,缓慢静脉推注。

4. 呼吸性酸中毒 常见于呼吸中枢抑制、胸部活动受限、呼吸道梗阻或肺部胸部疾患、呼吸机管理不当。病人出现胸闷、气促、呼吸困难、发绀、头痛等。应及时消除病因,改善呼吸道通气并给氧,必要时进行气管插管或气管切开辅助呼吸。

5. 呼吸性碱中毒 常见原因有癔症、高热、中枢神经系统疾病、疼痛、严重创伤或感染、呼吸机辅助通气过度等。呼吸快而浅或短促,病人可有眩晕、手足和口周麻木、肌震颤、抽搐等。可用长纸筒、纸袋罩住口鼻呼吸,增加呼吸道无效腔,减少 CO_2 直接呼出,或吸入含有5% CO_2 的氧气,从而提高 PaCO_2 。

【难点解析】

严重损伤、腹膜炎、休克等,失血性或感染性休克致急性循环衰竭,组织缺血缺氧,产生大量丙酮酸及乳酸,出现乳酸性酸中毒。糖尿病或长期不能进食,体内脂肪分解过多,形成大量酮体,引起酮症酸中毒;抽搐、心脏骤停等也可引起体内有机酸形成过多而致代谢性酸中毒。

【护考训练】

- 成年男性体液总量约占体重的
 - 40%
 - 45%
 - 50%
 - 55%
 - 60%
- 细胞外液中最主要的阳离子是
 - Na^+
 - K^+
 - Ca^{2+}
 - Mg^{2+}
 - Fe^{2+}
- 高渗性脱水丢失的主要是
 - 水为主
 - 钠为主
 - 水、钠均丢失
 - 磷为主
 - 钙为主
- 低渗性脱水,血清钠的浓度范围是
 - 高于150mmol/L
 - 高于145mmol/L
 - 高于135mmol/L
 - 低于135mmol/L
 - 低于125mmol/L
- 轻度高渗性脱水失水量为体重的
 - 2%~4%
 - 3%~5%
 - 4%~6%
 - 5%~7%
 - 6%以上
- 液体疗法的补液原则错误的是
 - 先盐后糖
 - 先晶后胶
 - 先慢后快
 - 尿畅补钾
 - 液种交替
- 液体疗法疗效观察的内容错误的是
 - 尿量
 - 中心静脉压
 - 生命体征
 - 饮食
 - 精神状态
- 容易发生代谢性碱中毒的疾病是
 - 肝脓肿
 - 小肠破裂
 - 肾结核
 - 上消化道出血
 - 瘢痕性幽门梗阻
- 代谢性酸中毒病人的呼吸表现为
 - 吸气性呼吸困难
 - 呼吸间断
 - 呼气性呼吸困难
 - 呼吸加深加快
 - 呼吸变浅变慢
- 陈先生,52岁。出现了代谢性酸中毒的症状,请问机体调节酸碱平衡最重要的途径是
 - 神经-内分泌系统
 - 肾脏
 - 细胞内外交换系统
 - 血液缓冲系统
 - 肺脏
- 丁女士,因外伤失血而引起休克,送至医院后立即给予输血输液。当病人输入大量库存血后容易出现
 - 低血钾
 - 低血钙
 - 高血钠
 - 低血钠
 - 高血钾
- 婴儿,10个月。呕吐、腹泻2天,入院给该婴儿补液后出现低血钾,护士遵医嘱为该婴儿补钾,下列处理中错误的是
 - 有尿后再进行补钾
 - 必要时可将含钾液静脉缓慢推注
 - 静脉补钾的浓度不超过0.3%
 - 最好用输液泵控制输液速度
 - 滴注速度不可过快
- 赖先生出现了高渗性脱水,其早期的主要表现是
 - 尿量增多
 - 血压下降
 - 口渴
 - 神志淡漠
 - 烦躁
- 王先生,40岁,体重60kg,体温40℃,入院后遵医嘱药物降温,病人大量出汗,湿透一身内衣裤,此时失水大约为
 - 700ml
 - 1000ml
 - 2000ml
 - 1700ml
 - 3500ml

(15~16题共用题干)

胡女士,40岁。因急性腹膜炎发生大量呕吐,并发等渗性脱水,其血清钠浓度范围为135~145mmol/L。

15. 胡女士的补液治疗应采用的液体是

- A. 碳酸氢钠溶液 B. 3%~5%盐水 C. 平衡盐溶液
D. 50%葡萄糖溶液 E. 5%葡萄糖溶液

16. 胡女士脱水的主要原因是

- A. 水分摄入不足 B. 水分丢失过多 C. 补充等渗溶液过多
D. 消化液长期慢性丢失 E. 消化液的急性丧失

(17~19题共用题干)

廖先生,40岁。因食管癌进食困难1个月余,感乏力、严重口渴、尿少而色深,1个月前体重60kg,现体重50kg。查体:血压、体温均正常,眼窝凹陷、唇舌干燥、皮肤弹性差。

17. 廖先生的脱水性质和程度为

- A. 轻度高渗性脱水 B. 中度高渗性脱水 C. 重度高渗性脱水
D. 中度等渗性脱水 E. 重度低渗性脱水

18. 病人补液后口渴减轻,测血清钾浓度为3.1mmol/L,医嘱静脉补钾,执行医嘱前必须明确病人尿量至少为每小时

- A. 20ml B. 25ml C. 30ml D. 35ml E. 40ml

19. 将10%氯化钾30ml稀释于5%葡萄糖溶液中,至少需要的溶液量是

- A. 200ml B. 300ml C. 500ml D. 800ml E. 1000ml

(20~21题共用题干)

林先生,35岁。在地震中被坍塌的墙体压倒,大面积软组织损伤,出现休克并发代谢性酸中毒,遵医嘱立即静脉输注平衡盐溶液和5%NaHCO₃溶液。

20. 静脉输入5%碳酸氢钠的目的是

- A. 扩充血容量 B. 供给电解质 C. 维持胶体渗透压
D. 调节酸碱平衡 E. 改善微循环

21. 代谢性酸中毒病人,遵医嘱静脉滴注5%NaHCO₃溶液后,需要注意可能发生

- A. 低钠血症 B. 低镁血症 C. 低钾血症 D. 低氯血症 E. 低磷血症

(22~23题共用题干)

高奶奶,67岁。因老伴去世过度悲伤痛哭,随后出现口周麻木、手足抽搐,查PaCO₂27mmHg,CO₂CP38%。

22. 高奶奶存在的酸碱失衡是

- A. 代谢性酸中毒合并呼吸性碱中毒 B. 代谢性碱中毒合并呼吸性碱中毒
C. 呼吸性酸中毒 D. 呼吸性碱中毒
E. 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒

23. 护士应采取的措施是

- A. 用纸袋罩住口鼻呼吸 B. 气管切开
C. 使用呼吸机 D. 静脉补钙
E. 安慰病人

(康 萍)

第三章 外科病人营养代谢支持的护理

【知识清单】

1. 营养支持(NS)是指在饮食摄入不足或不能进食时,通过肠内或肠外途径补充或提供人体所需营养的一种技术。

2. 机体所必需的营养素有碳水化合物、蛋白质、脂肪、维生素、水和无机盐六大类,其中碳水化合物、蛋白质、脂肪是生命活动的重要能量物质。

3. 营养支持的途径分为肠外营养与肠内营养两大类。

4. 肠外营养(PN)是指经静脉点滴等胃肠外途径供给病人营养素的方法。肠内营养(EN)是用口服或经胃肠道途径管饲供给病人营养素的方法。

5. 营养支持的具体方法有经口、静脉、管饲或造瘘。

6. 体重变化可直接反映营养状态,我国成年人理想的体重(kg)=身高(cm)-105,若比理想体重低15%即提示有营养不良。

7. 营养支持的适应证 ①无法正常进食者,如消化道瘘、严重胃肠道反应等;②病情不允许进食者,如胃肠道需要休息、消化吸收不良、长期腹泻、溃疡性结肠炎等;③处于高代谢状态,胃肠道的供给量不能满足需要者,如大面积烧伤、严重感染等;④明确的营养不良者,如体重明显低于正常或血浆蛋白过低;⑤具有营养不良风险或可能发生手术并发症的高危病人。

8. 营养支持的禁忌证 对伴有严重腹泻、消化道活动性出血及肠梗阻病人应禁用肠内营养。伴有严重酸碱平衡失调、凝血功能异常者禁用肠外营养。

9. 肠内营养给予方式 ①经喂养管分次缓慢注入,每次100~300ml,在10~20分钟内完成;②经输注管与喂养管相连,缓慢间隙滴注,每次入量在2~3小时内完成,间隔2~3小时。

10. 肠内营养支持病人的护理 ①选择合适的营养制剂,配制营养液(要素饮食)时应严格无菌操作,现用现配,暂不用时置于4℃冰箱保存,24小时内用完,以防细菌繁殖,引起腹泻及肠道感染。②妥善固定喂养管,输注前确定导管的位置是否恰当。有意识障碍、胃排空迟缓者或经鼻胃管、胃造瘘管输注营养液的病人喂养时取30°~45°半卧位,喂养后1小时内尽量不搬动病人。输注营养液前及连续输注过程中(每隔4小时)抽吸并评估胃内残余量,若超过100~150ml,应减慢或暂停输注,以防引起反流和误吸。③营养液应由小剂量、低浓度、低速度开始输入,以提高胃肠道耐受性。营养液用量由800ml/d可渐增至2500~3000ml/d;浓度由12%渐增至25%;速度由40ml/h渐增至120ml/h。采用分次输注时,每次量不超过200ml,于10~20分钟完成,两次间隔不少于2小时。营养液输入时温度应保持恒定(38~40℃)。④保持管道清洁,输注前后应冲洗管道,保持通畅。⑤做好营养监测和并发症观察,准确记录24小时出入量。

11. 肠内营养支持严重的并发症为鼻胃管移位和胃内容物滞留所致的误吸。

12. 肠外营养支持病人的护理 ①规范配制全营养混合液,现用现配,不得加入抗生素、激素、升压药等,在24小时内输完。②妥善固定静脉导管,防止导管移位,每日在无菌操作下更换输液管及输液袋,每周2次消毒置管口皮肤,更换无菌透明敷贴,局部有异常时及时消毒和更换敷贴。采用正压封管技术,防止回血凝固导致导管堵塞,保持管腔通畅。③输入速度由慢到快,营养液浓度由低至高,均匀、连续输入,以适应人体代谢能力并充分利用输入的营养液。④做好肠外营养监测,密切观察并发症的发生,警惕高糖性非酮症酸中毒。⑤当病人胃肠道功能恢复或允许进食情况下,尽早经口进食或肠内营养,以降低和预防肠外营养相关并发症的发生。

【难点解析】

充分认识肠外营养的各种并发症,采取措施予以预防及积极治疗,是施行肠外营养的重要环节。肠外营养的并发症可分为技术性、代谢性及感染性三类。

1. 技术性并发症 气胸、血管、神经或胸导管损伤、空气栓塞、导管扭曲或折断等。以空气栓塞最严重,可导致死亡。预防:熟悉解剖、正确穿刺。

2. 代谢性并发症

(1) 补充不足:包括电解质紊乱、微量元素缺乏和必需脂肪酸缺乏等。预防:注意各种营养物质的均衡性补充。

(2) 糖代谢异常:包括胰岛素用量不当引起的高血糖或低血糖、葡萄糖用量过多引起的肝损害(脂肪肝)。预防:注意胰岛素和葡萄糖的用量及补充速度。

(3) 肠外营养本身的并发症:如胆汁淤滞、胆泥及胆石形成、肝酶谱升高、肠屏障功能减退继发肠道细菌和内毒素移位引起肠源性感染。预防:适当补充谷氨酰胺类肠黏膜保护剂和及早改用肠内营养。

3. 感染性并发症 主要是导管性脓毒症。

(1) 原因:插管时无菌操作不严、插管后局部伤口处理不当和营养液在配制过程中受污染所致。

(2) 临床表现:突发寒战、高热,重者可发生感染性休克。

(3) 预防:导管置入和营养液配制应严格执行无菌操作,规范的导管护理。

【护考训练】

1. 下列不是肠内营养途径的是

- A. 口服 B. 管饲 C. 静脉 D. 造瘘 E. 鼻饲

2. 肠内营养治疗时最常见的并发症是

- A. 喂养管阻塞 B. 高血糖 C. 吸入性肺炎
D. 胃肠道并发症 E. 导管感染

3. 一般情况下糖提供机体所需能量的

- A. 40%~50% B. 50%~60% C. 60%~70% D. 70%以上 E. 80%以上

4. 李大爷,70岁。因高位小肠瘘1天入院,入院后连续5天经颈内静脉插管输入肠外营养液,护士查房时发现其出现幻觉,神志淡漠,继之昏迷。最有可能的原因是

- A. 高渗性非酮症昏迷 B. 气胸 C. 肺部感染

D. 导管性脓毒症 E. 咽喉部感染

5. 李大爷因胃全切除术输注静脉高价营养3个月后,出现高渗性非酮症昏迷。出现这一现象的主要原因是

A. 深静脉插管感染导致的脓毒症 B. 高价营养液被污染

C. 中枢神经系统功能失常

D. 胰岛素分泌不足

E. 渗透性利尿、水电解质酸碱平衡紊乱

6. 张女士,50岁。患结肠溃疡多年,近日严重消瘦,腹泻>10次/天。若考虑对其营养支持,应

A. 予肠内营养支持

B. 予肠外营养支持

C. 纠正电解质紊乱

D. 先予肠内营养,再予肠外营养支持

E. 嘱病人增加进食次数

(7~9题共用题干)

张女士,50岁。胃大部切除术后2天,有活动性出血。

7. 首先为张女士提供人体所需营养的途径是

A. 口服

B. 静脉

C. 管饲

D. 造瘘

E. 进食

8. 外科营养支持病人的营养液配制后冷藏的有效时间是

A. 2小时

B. 4小时

C. 8小时

D. 12小时

E. 24小时

9. 手术1周后,病人胃肠功能恢复,为降低和预防肠外营养相关并发症的发生。正确的方法是

A. 加大肠外营养的剂量

B. 增加营养素的种类

C. 鼓励病人进普食

D. 尽早经口进食或肠内营养

E. 做好肠外营养监测

(卢玉彬)