

LINCHUANG YIXUE JICHU YUCAOZUO

临床医学基础与操作

护理学

主编 黄兰英



HU LI XUE



華齡出版社

临床医学基础与操作

护 理 学

《临床医学基础与操作·护理学》编委会 编

主 编 黄兰英

华 龄 出 版 社

责任编辑:詹洪春 高志红

责任印刷:李未圻

装帧设计:田 超

图书在版编目(CIP)数据

护理学 / 黄兰英等主编. -- 北京:华龄出版社,
2014.9

(临床医学基础与操作 / 王振冉,刘新锋,黄兰英
主编)

ISBN 978-7-5169-0498-5

I. ①护… II. ①黄… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 228085 号

书 名:《临床医学基础与操作·护理学》

作 者:黄兰英 主编

出版发行:华龄出版社

印 刷:北京中献拓方科技发展有限公司

版 次:2014 年 9 月第 1 版 2014 年 9 月第 1 次印刷

开 本:787×1092 1/16 印 张:17

字 数:395 千字

定 价:180.00 元(全套 3 册)

地 址:	北京市西城区鼓楼西大街 41 号	邮 编:	100009
电 话:	84044445(发行部)	传 真:	84039173
网 址:	http://www.hualingpress.com		

《临床医学基础与操作·护理学》

编委会

- | | | |
|-----|-----|----------------|
| 主 编 | 黄兰英 | 广西中医药大学附属瑞康医院 |
| 副主编 | 莫晓琼 | 南方医科大学南方医院肿瘤科 |
| | 周仲芳 | 四川省泸州医学院附属中医医院 |
| | 高建华 | 湖北省老河口市第一人民医院 |
| | 李重先 | 解放军第三七一中心医院 |
| 编 委 | 刘爱东 | 新疆库尔勒市第一人民医院 |
| | 张智群 | 甘肃省定西市岷县人民医院 |

目 录

第一章 急危重症护理	(1)
第一节 常见急危重症的急救护理	(1)
第二节 急性中毒的急救护理	(13)
第三节 意外灾害事故的急救护理	(23)
第二章 中医常见病症护理	(37)
第一节 中医护理原则	(37)
第二节 风温患者的护理	(40)
第三节 感冒患者的护理	(44)
第四节 内伤发热的护理	(47)
第五节 咳嗽的护理	(51)
第六节 面瘫的护理	(55)
第七节 腰痛的护理	(61)
第八节 中风的护理	(68)
第九节 颤病的护理	(69)
第十节 眩晕的护理	(74)
第十一节 消渴的护理	(80)
第三章 呼吸系统常见病护理	(85)
第一节 急性上呼吸道感染的护理	(85)
第二节 支气管哮喘的护理	(87)
第三节 支气管扩张症的护理	(95)
第四节 肺炎球菌性肺炎的护理	(98)
第五节 肺脓肿	(103)
第六节 呼吸衰竭的护理	(107)
第四章 支气管肺癌的护理	(111)
第五章 消化系统常见疾病的护理	(122)
第一节 胃食管反流病的护理	(122)
第二节 胃炎的护理	(123)

第三节 消化性溃疡的护理	(127)
第六章 消化道肿瘤的护理	(132)
第一节 胃癌的护理	(132)
第二节 胰腺癌的护理	(137)
第三节 原发性肝癌的护理	(140)
第四节 大肠癌的护理	(147)
第五节 直肠癌的护理	(152)
第七章 心血管常见病的护理	(156)
第一节 心力衰竭的护理	(156)
第二节 心绞痛的护理	(164)
第三节 心肌梗死的护理	(171)
第四节 原发性高血压患者的护理	(183)
第八章 肾脏疾病的护理	(196)
第一节 急性肾小球肾炎护理	(196)
第二节 慢性肾小球肾炎护理	(198)
第三节 急进性肾小球肾炎护理	(201)
第四节 隐匿型肾小球肾炎护理	(204)
第五节 肾病综合征护理	(205)
第六节 IgA 肾病护理	(212)
第七节 间质性肾炎护理	(215)
第八节 肾小管性酸中毒护理	(217)
第九节 急性肾功能衰竭护理	(219)
第十节 慢性肾功能衰竭护理	(221)
第九章 肾脏替代治疗和肾移植	(226)
第一节 腹膜透析	(226)
第二节 血液透析	(240)
第三节 肾移植	(246)
第十章 肿瘤介入治疗的护理	(253)
第一节 盆腔肿瘤介入治疗的护理	(253)
第二节 子宫肌瘤介入治疗的护理	(255)
第三节 恶性骨肿瘤介入治疗的护理	(258)

第一章 急危重症护理

第一节 常见急危重症的急救护理

一、急性脑出血的急救护理

(一)概述

脑出血是指脑内动脉、静脉、毛细血管破裂引起的脑实质内的一种自发性脑血管病。是中、老年人常见的急性脑血管病,亦称急性脑出血,具有发病急、变化快、死亡率高等特点。脑出血在 50-60 岁人群发病最多,死亡率高,严重地影响着人类的健康。高血压和动脉硬化是脑出血最常见、最重要的原因。

(二)临床表现

(1)突然神志丧失

突然神志丧失是脑出血最主要的症状。多数患者起病急骤,一般在数分钟至数小时内达到高峰;一些患者昏迷往往一开始即非常严重;少数患者可渐进发展,逐渐加深,提示预后不良。

(2)头痛、呕吐

患者因颅内压增高导致剧烈头痛、频频呕吐,呕吐物可以是胃内容物,也可以是咖啡样液体,是胃内发生应激性黏膜破溃出血所致。

(3)血压增高

绝大多数脑出血发作时面色红润、血压增高,收缩压超过 26.7 kPa(200 mm Hg),典型的脑出血患者舒张压也升高。

(4)鼾声大作

患者软腭麻痹,舌向后拉,引起呼吸道不畅,导致打呼噜。此时如将头部后仰,下颚向前推,鼾声呼吸即可明显减轻。

(5)其他症状

猝然倒地,很快出现言语不清、唾液外流;昏睡、昏迷、大小便失禁、人事不省、脉搏缓慢、充实有力;四肢肌肉迟缓,半身不遂。

(三)护理评估与观察要点

1.护理评估

(1)意识状态

意识改变往往提示病情变化,应定时观察和判断意识情况。出现以下征象应警惕病情恶化:①神志清醒转变为嗜睡状态;②对疼痛反应趋向迟钝;③原躁动不安急危重症护理学突然转向安静昏睡或昏睡中出现鼻鼾声;④在清醒状态下出现小便失禁。

(2)生命体征

①体温:发病早期体温正常,数日逐渐升高。常提示合并感染。

②脉搏和心率:注意观察脉搏的速率、节律、强弱等。脉搏缓慢是颅内压增高的表现;脉搏增强提示血压升高;脉搏细弱有循环衰竭的趋势。

③呼吸:观察呼吸频率、节律和深浅等。脑桥、中脑受损时可出现中枢性过度呼吸,呼吸可加快至 70~80 次/min;颅内压增高可导致脑疝而使呼吸减慢或突然停止;呼吸不规则或出现叹息样呼吸、潮式呼吸提示病情危重。

④血压:颅内压增高时常引起血压增高。特点是收缩压增高。

(3)瞳孔观察

患者双侧瞳孔是否等大及对光反应的灵敏度。双侧瞳孔大小不等,对光反应迟钝或消失,提示脑干损伤;双侧瞳孔缩小呈针尖样,并伴有高热,是原发性脑桥出血特征之一;一侧瞳孔进行性散大伴对光反应消失,意识障碍加重,频繁呕吐,颈项强直,则揭示小脑幕裂孔疝形成。

(4)癫痫

脑出血可引起癫痫发作。注意观察抽搐发生的部位、次数、持续及间隔的时间、发作时有无大小便失禁及瞳孔对光反应是否存在等。

(5)出入量的观察及记录

脑出血患者多应用脱水药降颅压,减轻脑水肿。因此,正确记录出入量尤为重要,可以及时反映患者的肾功能情况和脱水效果。

2.观察要点

(1)现存问题观察

脑出血的患者多半伴有头痛、呕吐、血压升高、突然神志丧失等症状,病情严重者将严重危及患者的生命,因此密切观察患者神志、瞳孔、生命体征的变化,并每 15~30 min 记录一次,意识和瞳孔的变化是提示病情轻重的重要指标。血压越高,越会加重脑出血,必须及时观察血压。详细记录 24 h 的出入量。

(2)并发症的观察

1)脑疝:脑疝是指颅内疾病引起颅内压增高以及颅内压增高加剧的一种严重危象。急性期患者绝对卧床休息,床头抬高 15°~30°以利于静脉回流,减少脑血流量,降低颅内压。也可根据病情,将首次翻身时间延长到 12 h 后进行。除呼吸、进食、排泄外,其他活动需严格禁止。严密观察患者有无剧烈头痛、喷射性呕吐、躁动不安、血压升高、脉搏减慢、呼吸不规律、一侧瞳孔散大、意识障碍加重等脑疝的先兆表现,一旦出现,应立即报告医生,配合抢救。

2)上消化道出血:消化道出血是脑出血常见并发症,多发生于脑出血后 5~7 d。应密切监测血压和脉搏,观察血压的动态变化,必要时记录出入水量。监测大便性质、颜色、量,进行大便隐血试验检查,及时发现有无隐血。观察患者有无头晕、黑便、呕血等失血性休克表现。胃管鼻饲患者应注意回抽胃液。

3)肺部感染:有意识障碍的患者或因偏瘫卧床的患者,因为不能及时地清理呼吸道分泌物或者呕吐物,易引发肺部的感染。要保持室内空气的清新,给患者持续吸氧或间断吸氧;还要及时吸痰,保持呼吸道的通畅;密切监测体温的变化;预防性使用抗生素。

4)应激性溃疡:脑出血患者颅内高压状态影响下丘脑及脑干功能,导致自主神经功能紊

乱和肾上腺皮质激素分泌增多,增强迷走神经兴奋性,使胃酸分泌增多,导致胃黏膜糜烂、坏死,溃疡形成,引起消化道出血。应预防性使用西咪替丁,它能有效减少胃酸分泌,减轻胃黏膜损害,降低应激性溃疡的发生率。并发应激性溃疡时应禁食,给予止血药。

5)泌尿系感染:多见于女性和留置导尿管者。对尿失禁的患者应及时更换尿垫,保持会阴及床单的整洁和干燥。定时检查尿常规,必要时做中段尿培养。留置导尿者应做好导尿管的护理。

【护理要点】

- 1.保持安静,避免过多搬动。
- 2.对躁动不安者可选用地西洋、苯巴比妥药物,禁用吗啡、哌替啶。
- 3.降温:冰帽、冰袋。
- 4.及时清除呼吸道分泌物,头平卧,昏迷时偏向一侧,定期翻身拍背,预防压疮。
- 5.严密观察病情:意识、瞳孔、生命体征、血压、血气分析、血糖、心电监护。
- 6.留置导尿时,防止尿路感染。
- 7.防止并发症:上消化道出血、肺部感染、泌尿系统感染、下肢深静脉栓塞。

二、急性呼吸窘迫综合征的急救护理

(一)概述

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是指原心肺功能正常,由于肺外或肺内的严重疾病引起肺毛细血管炎症性损伤,通透性增加,继发急性高通透性肺水肿和进行性缺氧性呼吸衰竭(I型),为急性呼吸衰竭的一个类型,是急性肺损伤(AI)的严重阶段。临床表现为急性呼吸窘迫和难治性低氧血症,胸部X线片显示双肺弥漫性浸润影,后期多并发多器官功能障碍。ARDS起病急骤,发展迅猛,如不及早诊治,死亡率高达50%~70%。

(二)临床表现

(1)潜伏期:大多数患者于原发病后2~3d内发生急性肺损伤和ARDS,易误认为原发病病情加剧而失去早期诊断的时机。

(2)突发性进行性呼吸增快和窘迫:呼吸窘迫的特点是呼吸深快、用力,呼吸频率超过28次/min,伴明显发绀,且不能用通常的吸氧来改善。

(3)咳嗽和咳痰:早期咳嗽不明显,可出现不同程度的咳嗽;亦可咯少量血,咳出血水样痰是ARDS的典型症状之一。

(4)烦躁、神志恍惚或淡漠、出汗。

(5)体征:早期两肺无阳性体征或仅闻及少量细湿啰音;后期可闻及水泡音和管状呼吸音。因严重缺氧,且难以通过吸氧而改善,故患者有明显发绀。

(三)护理评估与观察要点

1.护理评估

(1)健康史

主要评估有无引起ARDS发病的疾病,如严重休克、脓毒血症、DIC和吸入刺激性气体、溺水、大量输血以及既往有无心肺疾病史。

(2)目前身体状况

1)评估患者的呼吸频率、节律和深度,密切观察患者有无呼吸困难及其程度,定时监测生命体征。

2)评估患者意识状态,观察有无烦躁、谵妄或昏迷。

3)评估肺部听诊,有无异常呼吸音、有无咳嗽以及能否有效咳嗽、使用辅助呼吸机的情况。

4)了解血气分析,可协助评估缺氧程度和酸碱平衡失调的状况,常有低氧血症;胸部X线检查可了解肺部有无异常改变。

(3)心理-社会状况

了解患者病后的心理反应及日常生活活动能力。评估家属、朋友、单位对患者支持的情况,促进患者与家人及单位之间的沟通,减轻患者身心负担,促进心理平衡,自我护理,争取回归社会。

2.观察要点

(1)现存问题观察

1)ARDS 的患者病情变化快,进展迅速,应立即给予心电、血压、氧饱和度监护,密切观察患者意识、生命体征变化,使用呼吸机的患者密切观察人机配合情况,特别是呼吸频率、节律和深浅度的变化,根据缺氧情况,动态观察血气分析,监测血氧饱和度,发现异常,及时汇报医师。

2)ARDS 的患者常有不同程度的发热,体温多在 38~39.5℃,及时采集血培养标本。积极采取降温方法,包括物理降温和药物降温等。密切监测尿量的变化,记录每小时尿量及尿比重。严格控制补液量及补液速度,遵医嘱适当给予利尿剂。注意观察痰液的颜色、性状、量、特殊气味及实验室检查的结果,并及时做好记录。正确留取深部气管内的痰液标本,并及时送检。

(2)并发症的观察

1)感染:ARDS 时因宿主防御功能缺陷、器械等的污染,呼吸道微生物移生而易并发感染。感染成为影响 ARDS 患者病程和预后的重要因素。许多患者因感染而发生急性呼吸衰竭或多脏器功能衰竭而死亡。在各种致病菌引起的感染中,以革兰阴性杆菌所致的支气管肺炎最为常见,如铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)、肺炎克雷伯杆菌等。当确定存在感染时,应选用针对致病菌有效的广谱抗生素进行治疗。应重视对 ARDS 患者呼吸道感染的预防,对所使用的呼吸机、雾化器以及呼吸治疗所用的各种管道、器械等须进行严格消毒,尽可能避免院内交叉感染的发生。

2)休克:休克可致全身微循环功能障碍,使维持生命的重要器官供血不足、严重缺血,而且感染性休克是 ARDS 患者最主要的直接致死原因,所以要积极有效地纠正休克。

3)DIC 血栓:栓塞、革兰阴性杆菌脓毒症、损伤、休克、缺氧等均可导致 DIC。有可疑征象时,应每日检查血小板计数。若逐日减低,则考虑有 DIC 存在的可能,可参考其他指标,考虑使用抗凝疗法。

4)心律失常:缺氧、酸碱失衡、电解质紊乱等,均可导致心律失常,应及时纠正。

5)氧中毒:纯氧和高浓度氧(>60%)较长时间吸入可致氧中毒,损害肺毛细血管内皮,妨碍气体交换,引起局灶性肺泡不张与透明膜形成。在肺组织缺氧或已有损伤的情况下氧中毒

更易发生。吸入氧浓度应保持在 40%~50%。

6)气压伤:应用呼吸机患者要注意观察有无气压伤,一旦发生要及时处理。

7)消化道出血:缺氧、糖皮质激素的使用,均可引起胃、十二指肠出血,出血量多时可致死,可采用针对性治疗措施。

(四)护理要点

1.取半卧位,保持呼吸道通畅。

2.对气管切开患者做好气切护理。

3.严密观察病情:体温、呼吸、脉搏、血压、神志、24 h 出入量。

4.人工呼吸机患者做好其管理和消毒。

5.保持环境清洁,防止院内感染。

6.防止并发症:多器官衰竭、脑栓塞、自发性气胸、纵隔气肿、上消化道出血、心律不齐、败血症、DIC。

三、急性重症哮喘的急救护理

(一)概述

急性重症哮喘(acute severe asthma)是指哮喘持续发作,出现急性呼吸困难,用一般支气管舒张剂无效,引起严重缺氧,导致血压下降、意识障碍甚至昏迷、死亡。严重的哮喘发作持续 24 h 以上者称为哮喘持续状态。急性重症哮喘病死率高达 1%~3%,近年来有逐年增高趋势。

(二)临床表现

(1)主要表现

1)呼吸困难:严重喘憋、呼吸急促、呼气费力、端坐呼吸,出现“三凹”征,甚至胸腹矛盾运动。

2)精神及意识状态:焦虑、恐惧、紧张、烦躁,重者意识模糊。

3)肺部体征:胸廓饱满呈吸气状态,呼吸幅度减小,两肺满布响亮哮鸣音,有感染时可闻及湿啰音;亦可因体力耗竭或小气道广泛痰栓形成而出现哮鸣音明显减弱或消失,呈“寂静肺”,提示病情危重。

4)脉搏:脉率常>120 次/min,有奇脉;危重者脉率可变慢,或不规则,奇脉消失。

5)皮肤潮湿多汗,脱水时皮肤弹性减低。危重者可有发绀。

(2)患者主诉:患者出现严重的呼气性呼吸困难,吸气浅,呼气时相延长且费力,强迫端坐呼吸,不能讲话,大汗淋漓,焦虑恐惧,表情痛苦,严重者出现意识障碍,甚至昏迷。

(三)护理评估与观察要点

1.护理评估

1)既往史及有无哮喘家族史。

2)发病的诱因及是否接触致敏原。

3)咳嗽,痰液的颜色、性质、量和黏稠度。

4)生命体征、意识状态。

5)各项检查结果,如肺功能测定、痰液检查、动脉血气分析等。

6)药物治疗的效果及副作用,如各种吸入剂及糖皮质激素的应用。

7)心理状况。

2.观察要点

1)现存问题观察

重症哮喘患者多表现为极度呼吸困难,焦虑不安,大汗淋漓,明显发绀,心动过速(心率可达 140 次/min),甚至出现呼吸障碍而危及患者的生命,因此必须严密观察病情变化,准确监测体温、血压、脉搏、呼吸、意识等生命体征。观察氧疗效果:指(趾)甲、口唇、耳垂颜色变化情况。观察心率、心律变化,注意有无奇脉。在临床工作中,特别要注意以下几点:①患者呼吸频率>35 次/min,则是呼吸衰竭的先兆,其呼吸衰竭特征是呼吸频率突然由快变慢,吸呼比延长;②对于病情危重则哮鸣音消失,并不是病情好转的征象,而是一种危象;③如呼吸音很弱或听不到,则说明呼吸道阻塞严重,提示病情十分危重,有可能危及生命。

2)并发症的观察

①肺炎、肺不张或支气管扩张症:哮喘常因感染而诱发,又因气道痉挛、痰液引流不畅使感染迁延不愈,造成恶性循环。除合并支气管炎外,因痰栓也可致肺段不张与肺炎。反复发生肺炎的部位可有支气管扩张。

②自发性气胸:一旦发生气胸,往往可导致死亡。当哮喘患者突然发生严重的呼吸困难时,应立即做胸部 X 线检查,以确定是否合并气胸,如患者主诉胸闷不适,有憋气感,同时发现有呼吸急促、烦躁不安、血氧饱和度下降、冷汗、脉速,伴随胸痛出现,经医生确诊后,立即于患侧第二肋间行胸腔闭式引流,及时处理。观察呼吸的频率、节律、血氧饱和度。

③肺气肿、肺源性心脏病:经常发作哮喘持续状态,易出现肺气肿,进而发展成肺源性心脏病。这可能是因为低氧血症累及小血管,使小血管痉挛而造成肺动脉高压,逐渐成为肺源性心脏病。严密观察患者神志、精神、呼吸频率、节律,定期监测血气分析,观察生命体征的变化。

④呼吸衰竭:严重哮喘时,由于气道阻塞,发生严重通气障碍,使 PaO_2 明显降低, PaCO_2 升高,发生呼吸衰竭。密切观察病情,监测呼吸与心血管系统,包括观察全身情况、呼吸频率、节律、类型、心率、心律、血压以及血气分析结果,观察皮肤颜色、末梢循环、肢体温度等变化。

⑤电解质紊乱与酸碱失衡:哮喘持续状态时,由于通气功能发生明显障碍,可引起高碳酸血症和低氧血症。临床表现为呼吸性酸中毒和缺氧状态,特别是由于黏液栓堵塞气道,严重时可以发生呼吸暂停。经积极抢救又可能由于吸氧过多,换气过度,产生呼吸性碱中毒,血气分析可出现低 PaCO_2 和高 PaO_2 的情况。一般建议 $\text{pH}<7.25$ 以下时可应用 5%碳酸氢钠溶液 100~150ml/次静脉滴注。由于进食欠佳及缺氧所造成的胃肠道反应,患者常有呕吐,从而出现低钾、低氯性碱中毒,应予以及时补充,及时抽血查血电解质。

(四)护理要点

1.迅速建立静脉通路。

2.定时翻身,防止压疮。

3.对不能进食者给予鼻饲。

4.对气管切开者做好气管切开护理。

5.及时擦干患者身上汗水,做好皮肤护理。

- 6.病情观察:瞳孔、意识反射等,动脉血气。
- 7.促进排痰,变换体位,鼓励咳痰,保持呼吸道通畅。
- 8.做好心理护理分析。
- 9.防止并发症:自发性气胸、心力衰竭、纵隔气肿、肺不张、肺源性心脏病、脱水。

四、咯血的急救护理

咯血是指喉部及喉以下的呼吸道或肺组织出血并经咳嗽由口腔咯出的一种症状。咯血大多数(约 90%)来源于支气管动脉,少数(约 10%)来源于肺动脉。

(一)临床表现

1.最常见的表现为喉痒、咳嗽、胸闷,咳出鲜红色血或者混有痰液及泡沫的血痰(呈碱性),伴(或不伴)有呼吸困难。一般认为,24 h 出血量不足 100 ml 为小量咯血,100~500 ml 为中等量咯血,多于 500 ml 为大量咯血。

2.临床上常见的咯血病因有支气管扩张、肺结核、肺癌和肺炎等。因原发病不同,临床表现差异较大,如慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血,肺部固定性湿啰音,胸片见卷发影或双轨影于支气管扩张;肺结核患者咯血,同时伴有午后低热、乏力消瘦等,胸片见结核病灶,痰菌阳性;既往有吸烟史的中老年人,咯血伴有声嘶、呛咳、体质量减轻等,胸片见肺部肿块影,多见于肺癌;既往冠心病、高血压病史,咯粉红色泡沫样痰,端坐呼吸,心尖部舒张期奔马律,双肺听诊湿啰音,胸片见以肺门为中心的蝶翼状阴影,见于急性左心衰竭;咯血伴全身出血倾向见于血液病;长期卧床,有骨折、外伤及心脏病,口服避孕药者,咯血伴胸痛、晕厥、呼吸困难,多见于肺栓塞;ARDS 患者晚期咯血水样痰;肺炎球菌肺炎患者咯出铁锈色血痰。

3.大咯血可引起窒息、失血性休克、吸入性肺炎、阻塞性肺不张等。

(二)护理评估及观察要点

1.护理评估

(1)病情评估 咯血的量、颜色、性状及伴随症状。根据咯血量的多少,并结合患者的生命体征、基础疾病和营养状态等综合判断。

(2)鉴别 根据咯血的特点与上消化道出血引起的呕血以及鼻、咽、口腔出血相鉴别。

2.观察要点

(1)观察血压、脉搏、呼吸、神志状态、皮肤和黏膜颜色的变化,对精神紧张、烦躁不安、恐惧者可应用少量镇静剂,但有呼吸抑制、神志障碍者禁用。剧咳者应用镇咳药物口服,但年老体弱、肺功能不全者禁用。做好大咯血和窒息的各项抢救准备,备好抢救器材如开口器、喉镜、气管插管、气管切开等装置,安置于便于抢救的位置。

(2)潜在并发症的观察

1)窒息:在咯血过程中,如果患者突然胸闷、挣扎坐起,继而气促、发绀、牙关紧闭和神志不清,说明患者将面临咯血窒息的危险,应迅速清除口腔或口咽部的血块(用吸引器吸出或用手指掏出),轻拍背部,这样有利于血块咯出而解除险情,同时做好抢救准备。

2)失血性休克:对高危患者严密监测生命体征、神志和末梢循环情况。维持有效的静脉通路,快速补充代血浆、平衡液、血液和抗休克血管活性药物。

(三)护理要点

- 1.宜卧床休息,保持安静,避免不必要的交谈。及时清除血污物品,保持床单位整洁。
- 2.护士应向病人做必要的解释,使其放松身心,配合治疗,鼓励患者将血轻轻咯出。
- 3.一般静卧休息,使小量咯血自行停止。大咯血病人应绝对卧床休息,减少翻动,协助病人取患侧卧位,头侧向一边,有利于健侧通气,对肺结核病人还可防止病灶扩散。
- 4.保证静脉通路通畅,并正确计算每分钟滴速。
- 5.准确记录出血量和每小时尿量。
- 6.应备齐急救药品及器械。如止血剂、强心剂,呼吸中枢兴奋剂等药物。此外应备开口器、金属压舌板、舌钳、氧气筒或氧气枕、电动吸引器等急救器械。

7.药物应用

(1)止血药物:咯血量较大者常用脑垂体后叶素 50 单位加入 10%葡萄糖 40 ml 缓慢静脉推注,或用脑垂体后叶素加入葡萄糖氯化钠中静脉滴注。注意观察用药不良反应。高血压,冠心病,孕妇禁用。

(2)镇静剂:对烦躁不安者常用镇静剂,如地西洋 5~10 mg 肌注。禁用吗啡、派替定,以免抑制呼吸。

(3)止咳剂:大咯血伴剧烈咳嗽时可用少量止咳药。

8.大咯血者暂禁食,小咯血者宜进少量凉或温的流质饮食,避免饮用浓茶、咖啡、酒等刺激性饮料,多饮水及多食富含纤维素食物,以保持大便通畅。便秘时可给缓泻剂以防诱发其咯血。窒息的预防及抢救配合:

(1)应向病人说明咯血时不要屏气,否则易诱发喉头痉挛,如出血引流不畅形成血块,将造成呼吸道阻塞。应尽量将血轻轻咯出,以防窒息。

(2)准备好抢救用品如吸痰器、鼻导管、气管插管和气管切开包。

(3)一旦出现窒息,开放气道是抢救的关键一环,上开口器立即挖出口腔、鼻腔内血凝块,用吸引器吸出呼吸道内的血液及分泌物。

(4)迅速抬高病人床脚,使成头低足高位。

(5)如病人神态清楚,鼓励病人用力咳嗽,并用手轻拍患侧背部促使支气管内淤血排出。

(6)如病人神态不清则应速将病人上半身垂于床边并一手托扶,另一手轻拍患侧背部。

(7)清除病人口、鼻腔内之淤血。用压舌板刺激其咽喉部,引起呕吐反射,使能咯出阻塞咽喉部的血块,对牙关紧闭者用开口器及舌钳协助。

(8)如以上措施不能使血块排出,则应立即用吸引器吸出淤血及血块,必要时立即行气管插管或气管镜直视下吸取血块。气道通畅后,若病人自主呼吸未恢复,应行人工呼吸,给高流量吸氧或按医嘱应用呼吸中枢兴奋剂。

(四)健康教育

- 1.向病人讲解保持大便通畅的重要性。
- 2.不要过度劳累,避免剧烈咳嗽。
- 3.适当锻炼,避免剧烈运动。

五、急性上消化道出血的急救护理

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道包括食管、胃、十二指肠、胆管及胰管的出血,也包括胃-空肠吻合术后的空肠上段出血。大量出血是指在短时间内出血量超过 1 000 ml 或达到血容量 20% 的出血。

(一)临床表现

典型的临床表现为呕血、黑便或血便,常伴失血性周围循环衰竭。

1.呕血

为上消化道出血的特征性症状,呕吐物的颜色主要取决于出血量的大小和是否经过胃酸的作用。出血量小,在胃内停留时间较长,呕吐物多棕褐色呈咖啡渣样;出血量大、出血速度快、在胃内停留时间短,呕吐物呈鲜红或有血凝块。有呕血者一般都伴有黑便,通常幽门以上大量出血表现为呕血。

2.黑便或便血

上、下消化道出血均可表现为黑便。黑便色泽受血液在肠道内停留时间长短的影响。通常黑便或柏油样便是血红蛋白中的铁经肠内硫化物作用形成硫化铁所致;出血量大、速度快、肠蠕动亢进时,粪便可呈暗红色甚至鲜红色,类似下消化道出血。有黑便者不一定伴有呕血。通常幽门以下出血表现为黑便。如果幽门以下出血量大、出血速度快,血液反流至胃,可兼有呕血;反之,如果幽门以上出血量小、出血速度慢,可不出现呕血仅见黑便。

3.失血性周围循环衰竭

程度轻重与出血量及速度有关。少量出血可因机体的自我代偿而不出现临床症状。中等量以上的出血常表现为头昏、心悸、冷汗、恶心、口渴;体检可发现面色苍白、皮肤湿冷、心率加快、血压下降。大量出血可出现黑矇、晕厥,甚至休克。

4.其他

(1)发热:出血后 24 h 内常出现低热,持续数日至 1 周。少数大量出血的患者可出现难以控制的高热,提示病情严重。原因不明,可能与失血后导致体温调节中枢的功能障碍有关。

(2)氮质血症:分为肠源性、肾前性和肾性。24~48 h 达高峰,一般不超过 14.3 mmol/L (40 mg/dL),3~4 d 降至正常。若同时检测血肌酐水平正常,出血后血尿素氮浓度持续升高或一度下降后又升高,常提示活动性出血或止血后再出血。

(3)贫血和血常规变化:急性大量出血后均有失血性贫血,但在出血早期,血红蛋白浓度、红细胞计数与血细胞比容可无明显变化。上消化道大量出血 2~5 h,白细胞计数升高,止血后 2~3 d 可恢复正常。但肝硬化患者如同时有脾功能亢进,则白细胞计数可不增高。

(二)护理评估与观察要点

1.护理评估

(1)病史评估 询问有无食管、胃、十二指肠、肝胆胰等消化性疾病史;判断病情严重程度及病程长短,有无剧烈呕吐、饮食失调、情绪不安、疲劳过度等诱发因素;观察有无上腹部不适、恶心、呕吐等前驱症状;询问呕血的颜色及量等。

(2)再出血或继续出血的评估 如出现以下症状则应怀疑有继续出血或者再出血。

1)呕血或者黑便次数增加,呕出的血液转为暗红色。

- 2)持续腹胀,肠鸣音亢进。
- 3)血压、脉搏不稳定,中心静脉压暂时恢复而又下降者。
- 4)经补足血容量,休克表现未见好转而又恶化者。
- 5)血红蛋白浓度、红细胞计数、血细胞比容等继续下降,网织红细胞升高。
- 6)补液量与尿量足够的情况下,血尿素氮继续升高或再次升高。

(3)出血量的评估

由于出血大部分积存在胃肠道,单凭呕血或排出血量估计出血量可能相差甚远。临床经验表明,以下指标对临床估计出血量是可行的:出血在 5 ml 以上,便可产生粪隐血试验阳性;上消化道出血约 50 ml 以上可出现黑便;300 ml 以上可致呕血;400 ml 以下常无周围循环衰竭的临床表现;出血在 500~1 000 ml 时可产生循环代偿现象(如心悸、脉快有力、血压正常或收缩压偏高);出血量在 1000 ml 以上或失血量达循环血量 20%以上时,常有循环失代偿的表现。病史上如有晕倒、直立昏厥、呕吐物含血凝块、黑便频繁或较暗红者为大出血征象。体征上如有四肢湿冷、苍白、心率加速、血压下降等休克或代偿性表现亦为大出血表现。

2.观察要点

- 1)记录呕血、黑便和便血的频度、颜色、性质、次数和总量。
- 2)观察意识状态、血压、脉搏、肢体温度、皮肤和甲床色泽、周围静脉充盈情况、尿量等,意识障碍和排尿困难者需留置尿管。大出血时,每 15~30 min 测量一次脉搏、血压,病情严重者常需心电、血氧饱和度和呼吸监护。危重大出血者必要时进行中心静脉压、血清乳酸测定。
- 3)注意腹部情况,记录黑便或便血次数、数量,定期复查血红蛋白、红细胞计数、红细胞比容、尿常规、血尿素氮、肌酐、电解质、肝功能等。
- 4)有头晕、心悸、出冷汗等休克表现时,报告医师对症处理并做好记录。

(三)护理要点

1.一般护理

(1)休息与体位:精神上的安静和减少身体活动有利于出血停止。少量出血者应卧床休息,大出四腔气囊管血时绝对卧床休息,取平卧位并将下肢略抬高,以保证脑部供血。呕吐时头偏向一侧,防止窒息或误吸。定时变换体位,注意保暖,治疗和护理工作应有计划集中进行,以保证病人的休息和睡眠。病情稳定后,逐渐增加活动量。

(2)饮食护理:急性大出血伴恶心、呕吐者应禁食。少量出血无呕吐者,可进温凉、清淡流质。出血停止后改为营养丰富、易消化、无刺激性半流质、软食,少量多餐,逐步过渡到正常饮食。食管胃底静脉曲张破裂出血者在止血后 1~2d 可进高热量、高维生素流质,限制钠和蛋白质摄入,避免粗糙、坚硬、刺激性食物,且应细嚼慢咽,防止静脉曲张再次出血。

(3)安全护理:轻症病人可起身稍事活动,可上厕所大、小便。但应注意有活动性出血时,病人常因有便意而至厕所,在排便时或便后起立时晕厥。指导病人坐起、站起时动作缓慢;出现头晕、心慌、出汗时立即卧床休息并告知护士;必要时由护士陪同如厕或暂时改为在床上排泄。重症病人应多巡视,用床栏加以保护。

(4)生活护理:限制活动期间,协助病人完成个人日常生活活动,例如进食、口腔清洁、皮肤清洁、排泄。呕吐后及时漱口。

2.病情观察

上消化道大量出血可在短时间内出现休克,为常见急症,需严密观察病情。

(1)监测指标。①生命体征:有无心率加快、心律失常、脉搏细弱、血压降低、脉压变小、呼吸困难、体温不升或发热,必要时行心电监护。②精神和意识状态:有无精神疲倦、烦躁不安、嗜睡、表情淡漠、意识不清甚至昏迷。③观察皮肤和甲床色泽,肢体温暖或是湿冷,周围静脉特别是颈静脉充盈情况。④准确记录出入量,疑有休克时留置导尿管,测每小时尿量,应保持尿量大于每小时 30ml。⑤观察呕吐物和粪便的性质、颜色及量。⑥定期复查红细胞计数、血细胞比容、血红蛋白、网织红细胞计数、血尿素氮、粪潜血,以了解贫血程度、出血是否停止。⑦监测血清电解质和血气分析的变化:急性大出血时,经由呕吐、鼻胃管抽吸和腹泻,可丢失大量水分和电解质,应注意维持水、电解质、酸碱平衡。

(2)出血量估计。详细询问呕血和(或)黑粪的发生时间、次数、量及性状,以便估计出血量和速度:①成人每日消化道出血超过 5~10ml 粪潜血试验阳性。②每日出血量在 50~100ml 可出现黑粪,一次出血后黑粪持续时间取决于病人排便次数,如每天排便 1 次,粪便色泽约在 3d 后恢复正常,故不能以黑粪作为继续出血的指标。③胃内积血量达 250~300ml 时可引起呕血。④一次出血 400ml 以下时,因轻度血容量减少可由组织液与脾贮血来补充血容量,一般不出现全身症状。⑤出血量超过 400~500ml,可出现头晕、心悸、乏力等症状。⑥短时间内出血量超过 1 000ml,可出现急性周围循环衰竭表现,严重者引起失血性休克。呕血与黑粪的频度与量虽有助于估计出血量,但因出血大部分积存于胃肠道,且呕血与黑粪分别混有胃内容物及粪便,故不能据此准确判断出血量。

(3)周围循环衰竭状态判断。急性上消化道大出血后由于血容量减少常导致周围循环衰竭,而周围循环衰竭常是导致急性大出血死亡的直接原因。因此要把周围循环状态的检查放在首位,重点是 15~30min 动态观察血压和心率。可采用改变体位测量心率、血压并观察症状和体征来估计出血量:如由平卧位改为坐位时出现心率增快每分钟 10 次以上、血压下降幅度大于 15~20mmHg、头晕、出汗甚至晕厥,则表示出血量大,血容量已明显不足,是紧急输血的指征。如收缩压<90mmHg,心率>120 次/min、面色苍白、四肢湿冷、烦躁不安或神志不清,提示已进入休克状态,属严重大量出血,需紧急抢救。而皮肤逐渐转暖、出汗停止则提示血液灌注好转。

(4)判断出血是否停止。出现下列迹象提示继续出血或再次出血:①反复呕血,甚至呕吐物由咖啡色转为鲜红色。②黑粪次数增多且粪质稀薄,色泽转为暗红色,伴肠鸣音亢进。③周围循环衰竭的表现经充分补液输血而未见明显改善,或虽暂时好转而又恶化,血压波动,中心静脉压不稳定。④红细胞计数、血细胞比容、血红蛋白测定不断下降,网织红细胞计数持续增高。⑤补液与尿量足够的情况下,血尿素氮持续或再次增高。⑥门静脉高压的病人原有脾大,在出血后常暂时缩小,如不见脾恢复肿大亦提示出血未止。

(5)原发病观察。如肝硬化并发上消化道大量出血的病人,应注意观察有无并发感染、黄疸加重、肝性脑病等。

3.用药护理

立即建立静脉通道,遵医嘱迅速、准确地实施输血、输液、各种止血治疗及用药等抢救措