全国高等职业教育课程改革创新教材

供护理、助产等专业使用

内外科护理 II

NEIWAIKE HULI II

主编　王建英

郑州大学出版社

全国高等职业教育课程改革创新教材
供护理、助产等专业使用

内外科护理Ⅱ

主编　王建英

郑州大学出版社
·郑州·

图书在版编目(CIP) 数据

内外科护理Ⅱ/王建英主编. —郑州: 郑州大学出版社, 2013. 8

全国高等职业教育课程改革创新教材

ISBN 978 - 7 - 5645 - 1509 - 6

Ⅰ. ①内… Ⅱ. ①王… Ⅲ. ①内科学 - 护理学 - 高等职业教育 - 教材②外科学 - 护理学 - 高等职业教育 - 教材 Ⅳ. ①R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 152187 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号　　邮政编码:450052

出版人:王　锋　　发行部电话:0371 - 66966070

全国新华书店经销

郑州市金汇彩印有限公司印制

开本:787 mm × 1 092 mm　1/16

印张:18. 75

字数:458 千字

版次:2013 年 8 月第 1 版　　印次:2013 年 8 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978 - 7 - 5645 - 1509 - 6　　定价:39. 00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换

作者名单

主　编　王建英

副主编　寇应琳　夏兴洲

编　者　(按姓氏笔画排序)

王建英　胡　倩　侯晨辉　夏兴洲

曹　婧　寇应琳

前言

内外科护理是高职高专护理专业、助产专业的主干专业课程，体现医院专业分类与科室融合，把卫生职业教育教学计划、教材内容与职业岗位标准对接起来，既符合学生的学习规律和国家护士执业资格考试大纲内容，又符合临床护理工作岗位的要求。本教材既适合各校采用传统课堂教学方法，也适合各校采用仿真实训教学和模拟教学、项目教学、案例教学等适合职业教育的教学方法。

内外科护理Ⅰ至Ⅳ四个分册，包括呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌代谢性疾病、风湿病、神经系统疾病患者的护理等。每个系统或每类疾病的各章第一节均为概述，每个疾病的编写内容大致包括病因及发病机制、临床表现、实验室检查或辅助检查、诊断要点、治疗要点、护理评估、常见护理诊断/问题、护理目标、护理措施和健康教育等。每个系统疾病护理的最后均专题介绍该系统常见现代诊疗技术及护理。根据高职教育特色，每章后有思考与练习，便于学生及时复习，理解运用知识，培养学生分析问题及解决问题的能力。课程的开设次序兼顾了本专业前续课程内容的连续性和后续课程内容的递进性，同时又充分考虑学生的认知规律与接受能力，理论与技能由浅入深，循序渐进式地接触临床护理实境。

本分册共分四章：第一章为麻醉患者的护理，介绍外科麻醉基础知识和护理常规，其他三章分别为内分泌与代谢性疾病、消化系统疾病及肌肉骨骼系统和风湿性疾病患者的护理，重点是这几个系统常见症状与体征的护理，各系统常见病、多发病的病因、临床表现、实验室及其他检查、诊断要点、治疗要点、护理评估、常见护理诊断/问题、护理措施和健康教育等。

本教材体现了整体护理理念，突出“以人为本，以护理程序为框架”的编写模式，侧重于应用性、实用性和发展性，有利于推进讨论式、探究式、协助式和自主学习，强化实践教学方式的工作过程导向，适量恰当的思考与练习以及部分案例资料，增强教学环境和过程的操作性。在编写时充分考虑护士资格证考试大纲的考核内容和章节设置，为学生在校参加护士资格考试奠定了良好的基础。

在本教材的编写过程中，得到护理界同仁和郑州铁路职业技术学院护理学院的大力支持，在此表示诚挚的谢意。由于编者水平有限，书中难免有错误和疏漏之处，恳请使用本教材的师生、同仁和读者谅察并惠正。

王建英

2013 年 6 月

目录

第一章　麻醉患者的护理 …… 1
第一节　麻醉前护理 …… 1
第二节　局部麻醉 …… 4
一、常用局麻药及分类 …… 4
二、常用一般局部麻醉方法及护理 …… 5
三、椎管内麻醉及护理 …… 6
第三节　全身麻醉 …… 11
一、吸入麻醉 …… 11
二、静脉麻醉 …… 12
三、静脉复合麻醉 …… 13
四、全身麻醉并发症的防治及护理 …… 13
第四节　术后镇痛护理 …… 15
一、术后镇痛的方法 …… 15
二、术后镇痛的护理 …… 15

第二章　内分泌与代谢性疾病患者的护理 …… 19
第一节　概述 …… 19
一、内分泌与代谢系统解剖结构及生理功能特点 …… 19
二、内分泌与代谢性疾病患者常见症状的护理 …… 20
第二节　水、电解质、酸碱代谢失调 …… 24
一、正常体液平衡 …… 24
二、水和钠代谢失调 …… 26
三、钾代谢失调 …… 32
四、酸碱平衡失调 …… 35
第三节　外科营养 …… 40
一、概述 …… 40
二、肠内营养 …… 44
三、肠外营养 …… 49
第四节　甲状腺疾病 …… 56

一、单纯性甲状腺肿 …… 56
二、甲状腺功能亢进症 …… 59
三、甲状腺功能减退症 …… 67
第五节　库欣综合征 …… 71
第六节　糖尿病 …… 74
第七节　痛风 …… 84

第三章　消化系统疾病患者的护理 …… 93
第一节　概述 …… 93
第二节　胃炎 …… 100
一、急性胃炎 …… 100
二、慢性胃炎 …… 103
第三节　消化性溃疡 …… 107
第四节　上消化道出血 …… 118
第五节　溃疡性结肠炎 …… 124
第六节　腹外疝 …… 131
一、概述 …… 131
二、腹股沟疝 …… 133
三、其他腹外疝 …… 138
第七节　肠梗阻 …… 141
一、概述 …… 141
二、常见肠梗阻 …… 147
第八节　阑尾炎 …… 151
一、急性阑尾炎 …… 151
二、特殊类型阑尾炎 …… 156
第九节　直肠肛管良性疾病 …… 160
一、解剖生理概要 …… 160
二、直肠肛管周围脓肿 …… 161
三、肛瘘 …… 164
四、肛裂 …… 167
五、痔 …… 169
第十节　肝硬化 …… 173
第十一节　肝性脑病 …… 182
第十二节　门静脉高压症 …… 188
第十三节　肝脓肿 …… 196
一、细菌性肝脓肿 …… 196
二、阿米巴性肝脓肿 …… 199
第十四节　胆道疾病 …… 202
一、胆道疾病特殊检查与护理 …… 202

二、胆石病 …… 204
三、胆道感染 …… 213
四、胆道蛔虫病 …… 218
第十五节　急性胰腺炎 …… 223
一、急性胰腺炎 …… 223
二、慢性胰腺炎 …… 228
第十六节　消化系统疾病常见诊疗技术及护理 …… 234
一、胃肠减压术 …… 234
二、腹腔穿刺及灌洗术 …… 235

第四章　肌肉骨骼系统和风湿性疾病患者的护理 …… 241
第一节　概述 …… 241
第二节　系统性红斑狼疮 …… 246
第三节　类风湿关节炎 …… 252
第四节　强直性脊柱炎 …… 257
第五节　腰腿痛和颈肩痛 …… 263
一、颈椎病 …… 263
二、肩周炎 …… 267
三、腰椎间盘突出症 …… 269
四、腰椎椎管狭窄症 …… 273
第六节　骨与关节化脓性感染 …… 275
一、急性骨髓炎 …… 275
二、慢性骨髓炎 …… 279
三、化脓性关节炎 …… 281
第七节　骨质疏松症 …… 282

参考文献 …… 287

第一章
麻醉患者的护理

麻醉是应用药物或其他方法，使患者在手术时痛觉暂时消失，达到手术无痛的目的。理想的麻醉要求安全、无痛、精神安定和适度肌肉松弛。麻醉对保证良好的手术效果具有十分重要的作用。根据麻醉作用的范围可分为局部麻醉和全身麻醉两大类。麻醉在消除疼痛的同时，也对机体的生理功能有不同程度的干扰，甚至还会发生意外、危及生命。因此要认真做好麻醉前的准备、麻醉中配合和麻醉后护理，从而提高麻醉的安全性。随着外科手术技术和麻醉学的发展，麻醉的应用范围已不再局限于消除手术中切口疼痛的临床麻醉范畴，还包括重症监测治疗、急救与复苏、疼痛治疗等。

临床麻醉方法较多，通常根据手术部位、手术种类和患者身体状况等综合考虑，选择使用，一般根据麻醉部位、实施方法和麻醉药物等将其归纳为以下几类：

1. 局部麻醉　局部麻醉包括表面麻醉、局部浸润麻醉、区域阻滞麻醉和神经阻滞麻醉。

2. 椎管内麻醉　椎管内麻醉从广义上讲，也属于局部麻醉。但因其在操作和药物使用方法上存在着特异性，故临床上将其作为专门的麻醉方法来看待。包括蛛网膜下隙阻滞（腰麻）、硬脊膜外隙阻滞和骶管阻滞。骶管阻滞是硬膜外阻滞的一种。

3. 全身麻醉　全身麻醉包括吸入全身麻醉、静脉麻醉和复合全身麻醉。

4. 复合麻醉　几种麻醉药物和（或）方法（如低温、控制性低血压）的配合使用称为复合麻醉。

5. 基础麻醉　为保证麻醉的顺利进行，在实施麻醉前使患者进入类似睡眠状态，这种麻醉前处理称为基础麻醉。

第一节　麻醉前护理

麻醉前护理是指患者从入院到手术麻醉前的护理。目的是提高患者对麻醉和手术的耐受力，减少麻醉期间和麻醉后的并发症，保障患者麻醉及手术的安全。

【护理评估】

1. 健康史　了解患者既往有无中枢神经系统、心血管系统及呼吸系统疾病。有无脊椎畸形或骨折,有无椎间盘突出、腰部皮肤有无感染性病灶、静脉炎等。既往是否接受过麻醉与手术,如果有,应详细询问当时所用麻醉药物、麻醉方法以及围术期的相关情况。近期是否应用强心剂、利尿剂、降血压药、降血糖药、镇静剂、镇痛剂、抗生素以及激素等。有无药物、食物等过敏史,了解患者有无家族遗传性疾病,个人烟酒嗜好以及有无药物成瘾等。

2. 身体评估

(1) 了解患者的年龄、性别、性格特征、职业以及临床诊断。

(2) 了解心、肺、肝、肾、脑等器官功能状态。

(3) 观察患者的生命体征及营养状况,牙齿有无缺少或松动;有无义齿,注意患者有无贫血、发绀、发热、缺水等症状。神志清醒者还应详细询问患者近期的体重变化情况,以便对患者麻醉和手术的耐受力做出初步判断。

(4) 对麻醉耐受能力:可根据心功能分级和病情分级两个方面,对麻醉耐受能力做出判断。

1) 心功能分级　心功能Ⅰ级,对麻醉耐受力良好;Ⅱ级,耐受力尚可;Ⅲ级,经充分准备后可耐受;Ⅳ级,耐受力极差,宜推迟手术。

2) 病情分级　见表 1 – 1。

表 1 – 1　病情分级与麻醉耐受力的关系[美国麻醉医师协会(ASA)分级]

病情分级	健康状况	麻醉耐受力
第 1 级	健康	耐受力良好,风险性较小
第 2 级	有轻度系统性疾病、年龄 > 70 岁或新生儿	耐受力良好,风险性较小
第 3 级	有严重系统性疾病,日常活动受限	耐受力减弱,风险性较大,经充分准备,尚能耐受麻醉
第 4 级	有严重系统性疾病,且经常面临威胁生命的危险	风险性极大,即使充分准备,围术期死亡率仍很高
第 5 级	无论手术与否,生命难以维持 24 h	异常危险,不宜实施麻醉

3. 实验室及其他检查　了解血、尿、粪常规,血生化检查,血气分析,心电图及影像学检查等结果,以判断有无重要脏器功能及凝血机制障碍、贫血、低蛋白血症、水电解质和酸碱代谢失衡、感染、糖尿病等异常情况。

4. 心理及社会评估　患者对手术和麻醉的疗效和并发症的担忧,常产生焦虑、恐惧心理反应。同时担心家庭和医保对患者的经济支持程度,也会有不良的情绪反应。

【常见护理诊断/问题】

1. 焦虑、恐惧　与担心手术和麻醉安全性有关。

2. 知识缺乏　缺乏有关麻醉及麻醉配合知识。

3. 潜在并发症　呼吸或循环功能异常、麻醉药物过敏或中毒。

【护理目标】

患者焦虑明显缓解；患者能说出麻醉配合的相关知识；患者未发生并发症或发生的并发症能及时发现和处理。

【护理措施】

1. 心理护理　根据患者和家属的心理状况，采取适当的护理措施。临床经验表明，减轻麻醉前焦虑或恐惧的最有效措施是进行麻醉知识教育。向患者和家属介绍麻醉的方法和实施过程、如何配合麻醉、麻醉过程中可能的感受、麻醉中可能出现的问题及抢救措施、麻醉后恢复过程等，还要告知在麻醉实施前应与麻醉师签署麻醉同意书。通过教育，使患者和家属对麻醉有正确的认识，减轻焦虑和恐惧，增强信心，以最佳心态接受并配合麻醉。

2. 提高对麻醉的耐受力　包括指导患者合理膳食，以摄取足够的营养，凡禁食、进食困难或营养不良者，应遵医嘱给予营养支持治疗。对存有水电解质及酸碱代谢失衡、贫血、低蛋白血症者，应给予输液、输血、输白蛋白等处理。对患有心、肝、肾、肺疾病及甲亢、糖尿病者，应采取相应的治疗和护理措施。

3. 麻醉前常规准备

(1) 禁饮食　目的是保持胃肠道空虚，防止麻醉中呕吐物误吸引起窒息或吸入性肺炎。除门诊小手术实施局麻外，其他麻醉前成人须禁食 12 h，禁饮 4 h；婴幼儿禁饮食 4 ~ 6 h。对饱餐后急症手术的患者，应插粗胃管抽吸胃内容物，必要时用生理盐水洗胃。

(2) 局麻药过敏试验　对使用有致敏性局麻药的患者，应遵医嘱在麻醉前 24 h 内做皮肤过敏试验。

(3) 皮肤准备　局麻和椎管内阻滞前 24 h 内，遵医嘱给患者进行麻醉区域的皮肤准备。

(4) 麻醉前用药　麻醉前用药的目的是减轻患者的紧张、焦虑和恐惧，使其能在安静的情绪下配合麻醉；抑制呼吸道腺体分泌，减少唾液，保持口腔干燥和呼吸道通畅，以防发生误吸；消除因麻醉或手术而引起的不良反射，特别是迷走神经反射，预防麻醉意外；提高患者的痛阈，缓和或解除原发病或麻醉前有创操作引起的疼痛。常用药物有以下几种，应遵医嘱在麻醉前 30 ~ 60 min 给药。

1) 催眠药　常用苯巴比妥、戊巴比妥和司可巴比妥等。具有镇静、催眠和抗惊厥作用，并能预防局麻药物毒性反应。适用于各种麻醉前。

2) 安定镇静药　常用地西泮、劳拉西泮、氟哌利多、异丙嗪等。具有镇静、催眠、抗焦虑和抗惊厥作用，对预防局麻药物毒性反应也有一定效果。适用于各种麻醉前。

3) 镇痛药　常用哌替啶、吗啡、芬太尼等。与全身麻醉药起协同作用，增强麻醉效果，减少全麻药用量。剧痛患者麻醉前给药可使其安静合作；椎管内麻醉前给药能减轻腹部手术中的内脏牵拉反应。对呼吸中枢有抑制作用，故小儿、老人应慎用，呼吸功能障碍者及临产的孕妇禁用。

4) 抗胆碱药　常用阿托品、东莨菪碱、山莨菪碱等。有抑制腺体分泌的作用，可使口

腔唾液和呼吸道黏液减少，有利于保持呼吸道通畅，是全麻前不可缺少的用药。能抑制迷走神经反射，故也作为椎管内阻滞前用药。但心动过速、甲亢、高热等患者，应慎用阿托品，可选用东莨菪碱或山莨菪碱。

(5) 其他准备　患者进入手术室实施麻醉前应摘除义齿、戒指、手链、项链等，以防这些佩戴物在麻醉中对患者造成损伤。若涂有口红或腮红也应擦除，以便麻醉中观察唇色和面色。

【健康教育】

指导患者配合好麻醉前的各项护理工作，如麻醉前禁食禁饮，发生呕吐时主动头偏向一侧防止误吸。介绍有关疾病术后并发症的表现和预防方法，协助患者合理安排休息和活动，鼓励患者尽可能生活自理，促进康复。

第二节　局部麻醉

局部麻醉简称局麻，又称部位麻醉，是麻醉药只作用于周围神经系统并使某些或某一神经阻滞；患者神志清醒，而身体某一部位的感觉神经传导功能被暂时阻断，但运动神经功能保持完好或同时有程度不等的被阻滞状态的麻醉方法。广义的局部麻醉包括一般局部麻醉和椎管内麻醉。局麻是一种简便易行、安全有效、可保持患者意识清醒，且并发症较少的麻醉方法，适用于部位较表浅、局限的手术。

一、常用局麻药及分类

1. 根据化学结构的不同　可分为酯类和酰胺类。临床常用的酯类局麻醉药有普鲁卡因、丁卡因，酰胺类局麻药有利多卡因、布比卡因和罗哌卡因等。酯类局麻醉药在血浆内水解或被胆碱酯酶分解，产生的对氨基化合物可形成半抗原，可引起变态反应而导致少数患者出现过敏反应。而酰胺类局麻药在肝内被酰胺酶分解，不形成半抗原，故一般不引起过敏反应。

2. 根据局麻药作用维持时间　可分为短效局麻醉药、中效局麻药和长效局麻药。一般将作用时间短的普鲁卡因称为短效局麻醉药，作用时间稍长的利多卡因称为中效局麻药，作用时间长的布比卡因、丁卡因、罗哌卡因称为长效局麻药。其中强效、长时效、黏膜穿透力强的丁卡因适用于表面麻醉、神经阻滞；利多卡因、布比卡因、罗哌卡因适用于神经阻滞麻醉、硬膜外阻滞麻醉；而弱效、短时效、毒性小、用量较大的普鲁卡因、适用于局部浸润麻醉。

二、常用一般局部麻醉方法及护理

(一) 一般局部麻醉方法

一般局部麻醉分为表面麻醉、局部浸润麻醉、区域阻滞麻醉和神经阻滞麻醉。

1. 表面麻醉　将渗透性强的局麻药与局部黏膜接触，穿透黏膜作用于神经末梢而产生的局部麻醉作用称为表面麻醉。常用于眼、鼻、咽喉、气管和尿道等部位的浅表手术或内镜检查。临床上常用的表面麻醉药有 0.5% ~1.0% 丁卡因。一般眼部的表面麻醉多采用滴入法，鼻腔内黏膜常用涂敷法，咽喉及气管内黏膜用喷雾法，尿道内黏膜用灌入法。

2. 局部浸润麻醉　是指局麻药物注射于手术区的组织内，阻滞神经末梢而达到麻醉作用。其基本方法为沿手术切口线由浅入深分层注射局麻药，阻滞神经末梢。常用药物为 0.5% 普鲁卡因或 0.25 ~0.5% 利多卡因，成人普鲁卡因一次最大剂量为 1.0 g，普鲁卡因过敏的患者可选用利多卡因。利多卡因一次最大剂量为 500 mg。药液内加用肾上腺素 2.5 μg/mL，可缓解药物吸收，延长作用时间，减少术中出血。

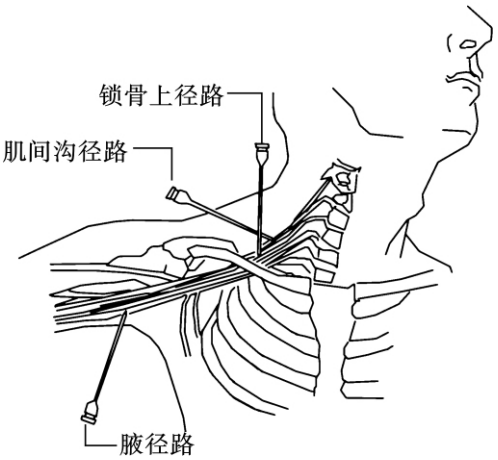

图 1 - 1　臂神经丛阻滞

3. 区域阻滞麻醉　指在手术区四周和底部注射局麻药，以阻滞进入手术区的神经干和神经末梢，称为区域阻滞麻醉。适用于浅表肿块切除术。

4. 神经阻滞麻醉　是指将局麻药注入神经干(丛) 周围，使其所支配的区域无痛的麻醉方法。常用的神经阻滞有臂神经丛阻滞(图 1 - 1) 和颈神经丛阻滞，适用于上肢手术、肩部手术。

(二) 护理

【护理评估】

1. 健康史　了解有无麻醉或手术史，尤应注意有无局麻药过敏史，有无发热、咳嗽、麻醉部位皮肤感染等情况。

2. 身体评估　测量体温、脉搏、呼吸、血压等，以便与术中生命体征做出比较。

3. 实验室及其他检查　了解心肺情况，X 射线平片、CT、MRI 的检查结果。

4. 心理及社会评估　了解患者精神紧张、焦虑和恐惧的程度。

【常见护理诊断/问题】

1. 焦虑、恐惧　与面临麻醉风险和手术室的陌生环境有关。

2. 潜在(局麻)并发症　局麻药毒性反应、局麻药过敏反应等。

【护理目标】

患者焦虑或恐惧程度减轻,能以最佳心态接受和配合麻醉;潜在并发症能被及时发现,并得到有效处理。

【护理措施】

1. 心理护理　体谅患者面临麻醉和手术室的陌生环境所产生的心理变化,以和蔼的态度接待患者,耐心询问和说明有关问题,并配合适当的肢体语言,让患者感到亲切可信,减轻其紧张、焦虑或恐惧情绪。

2. 协助麻醉　局麻有时由麻醉师实施(如颈丛阻滞),有时由手术者实施(如局部浸润麻醉)。应协助摆放麻醉体位,提供良好的灯光照明,保证麻醉部位有充分的暴露,以便于操作,同时应照顾到患者的舒适和隐私部位的保护;查看局麻药物过敏试验结果,准备好注射器、消毒物品等;提供并查对局麻药物,掌握好局麻药的用量和浓度,以防一次用量过大、短时间内用药过多或浓度过高,引起局麻药毒性反应。

3. 观察和处理并发症　局麻并发症主要有毒性反应和过敏反应。

(1) 毒性反应　是因局麻药吸收入血后,血药浓度超过一定阈值所致。常见原因有:①一次性用量超过限量;②局麻药误注入血管内;③注药部位血供丰富、患者体内缺水或局麻药液中未加肾上腺素,药物吸收过快;④患者体质衰弱,对局麻药物的耐受性差。中毒后,早期表现精神紧张、烦躁不安,血压升高、脉搏和呼吸加快等兴奋现象,若未及时处理,患者可转为嗜睡、眩晕、惊恐、视力模糊、肌肉颤抖、言语不清、语无伦次等抑制表现,严重者出现意识障碍、抽搐、惊厥、呼吸困难、血压下降、心率缓慢,甚至心搏和呼吸停止。一旦发现上述情况,立即协助处理。常用措施:①立即停药、给氧;②建立静脉通道,输液,应用地西泮、苯巴比妥类药物,抽搐和惊厥者给予硫喷妥钠,并配合气管插管;③血压下降者给麻黄碱或间羟胺等维持循环功能;④一旦呼吸停止,立即进行心肺复苏。

(2) 过敏反应　较少见。酯类局麻药普鲁卡因可引起过敏反应。轻者,出现荨麻疹、咽喉水肿、支气管痉挛、低血压和血管神经性水肿等;重者可有突然惊厥、失语、意识障碍和休克等。对过敏反应,应以预防为主,用药前询问有无药物过敏史并进行药物过敏试验。一旦发生过敏反应,立即配合处理如加快输液速度、给氧、给予抗过敏药物和升压药物等。

三、椎管内麻醉及护理

椎管内麻醉是将局麻药注入椎管内的蛛网膜下隙、硬脊膜外隙或骶管,阻断部分脊神经的冲动传导,使一定平面以下区域的感觉、运动及反射消失,伴肌肉松弛(图 1－2)。椎

管内麻醉时，患者保持清醒、镇痛效果确切、肌肉松弛良好，但对生理功能有一定的影响，也不能完全消除内脏牵拉反射。

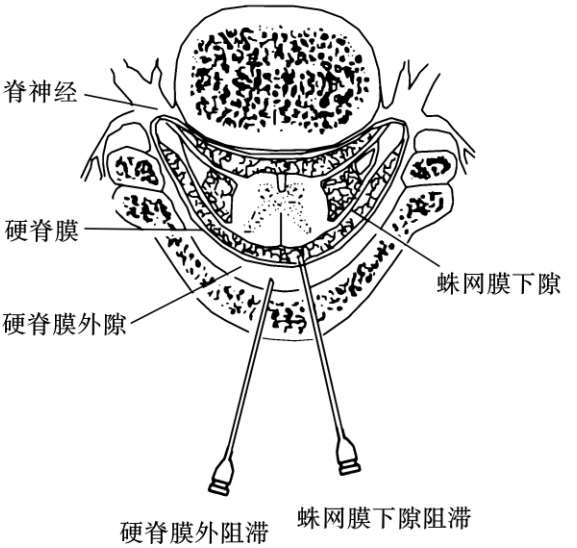

图 1－2　椎管内麻醉

（一）蛛网膜下隙阻滞

蛛网膜下隙阻滞（又称腰麻）是将局麻药注入蛛网膜下隙，阻滞部分脊神经的传导功能，使其所支配区域产生麻醉作用的方法。

【适应证】

适用于 2～3 h 以内的下腹部、盆腔、下肢及肛门、会阴部手术。但对于精神病或小儿等不合作的患者，除非先用基础麻醉，否则不用腰麻。由于腰麻后神经系统并发症较多，麻醉时间受到限制，现多被硬脊膜外隙阻滞所取代。

【禁忌证】

腰麻的禁忌证包括：①中枢神经系统疾病，如脑脊膜炎、颅内压增高；②休克；③穿刺部位皮肤感染或脓毒症；④脊柱外伤或结核；⑤急性心力衰竭或冠心病发作；⑥严重腰背痛史、凝血机制障碍、明显腹内压增高。

【常用麻醉药】

腰麻常用的麻醉药为普鲁卡因、丁卡因、布比卡因、利多卡因。应根据手术种类和手术时间长短加以选择，为了延长作用时间，通常在麻醉药液内加入肾上腺素。普鲁卡因常用于手术时间在 1.5 h 以内的手术（如刮宫术）；利多卡因可用于手术时间在 1.5～2 h 的手术（如疝修补术）；布比卡因、丁卡因多用于 2～3 h 的手术（如关节置换术）。

【护理评估】

1. 健康史　了解有无中枢神经系统、心血管系统和呼吸系统等病史；有无腰椎畸形、受损或腰椎间盘突出症；有无休克、恶病质，有无高血压史及其是否已得到有效控制。既往手术史、过敏史、家族史等。

2. 身体评估　是否是婴儿或不合作者；腰部穿刺部位有无破损或感染病灶；有无神志不清、面色苍白、皮肤湿冷、弹性差、尿少等缺水或血容量不足现象；有无高血压、糖尿病、冠心病及病情控制情况。

3. 实验室及其他检查　X 射线平片、CT、MRI 的检查结果，了解心肺情况，腰椎有无畸形、受损等。

4. 心理及社会评估　患者由于担心腰麻效果和并发症而产生焦虑、恐惧心理反应；同时家属和社会医保经济支持情况，也会影响患者情绪。

【常见护理诊断/问题】

1. 焦虑、恐惧　与担心麻醉效果和安全性有关。

2. 疼痛　与手术创伤有关。

3. 潜在并发症　血压下降、心率减慢、呼吸抑制、头痛、全脊髓麻醉等。

【护理目标】

患者焦虑恐惧情绪有所缓解或消失，患者疼痛减轻、舒适感增强，患者无并发症发生或并发症发生后能被及时发现和处理。

【护理措施】

1. 生活护理　患者腰麻后去枕平卧 6 ~ 8 h，以预防和减轻麻醉后头疼；患者生命体征平稳且病情需要可安置手术后体位。术后 6 h 后，非胃肠道手术可根据病情恢复情况给予流质、逐步半流质饮食。

2. 对症护理　疼痛影响患者休息、早期活动、饮食时，给予镇痛处理；恶心、呕吐者及时清理口腔呕吐物，防止误吸，反复呕吐者给予止吐药治疗；尿潴留者，应给予局部热敷，诱导排尿，必要时无菌操作下插导尿管处理。

3. 并发症防治

(1) 低血压　由交感神经阻滞所致。防治措施：加快输液速度，增加血容量；若血压骤降可用麻黄碱 15 ~ 30 mg 静脉注射，以收缩血管，维持血压。

(2) 呼吸抑制　常见于胸段脊神经阻滞，表现为肋间肌麻痹，胸式呼吸减弱，潮气量减少，咳嗽无力，甚至发绀。防治措施：谨慎用药，吸氧，维持循环，紧急时行气管插管人工呼吸。

(3) 头痛　主要因腰椎穿刺时穿破硬脊膜和蛛网膜，致使脑脊液流失，颅内压下降，颅内血管扩张刺激所致。典型的头痛可发生在穿刺后 6 ~ 12 h、患者术后第一次抬头或起床活动时，疼痛常位于枕部、顶部或颞部，呈搏动性，抬头或坐起时加重。约 75% 患者在

4 d 内症状消失，多数不超过 1 周，但个别患者的病程可长达半年以上。预防：麻醉时采用细穿刺针、避免反复穿刺、提高穿刺技术、保证术中、术后输入足量液体。

(4) 尿潴留　主要因下腹部、肛门或会阴部手术后切口疼痛，下腹部手术对膀胱的直接刺激，以及患者不习惯床上排尿等所致。应先诱导排尿，无效时应导尿。

4. 心理护理　引导患者说出自己的担忧、困惑，并针对其实际情况进行解释说明，同时向患者及家属介绍麻醉的相关知识，以缓解其焦虑情绪。

(二) 硬脊膜外阻滞

硬脊膜外阻滞也称硬膜外阻滞，是指将局麻药注入硬膜外间隙，阻滞脊神经根，使其支配区域产生暂时性痛觉消失的麻醉方法。适应于除头部以外的任何部位手术，尤其对上腹部手术更为适宜。其禁忌证与腰麻类似。给药方式有单次法和连续法两种。

【分类】

1. 高位硬脊膜外阻滞　于 $C_5 \sim T_6$ 之间进行穿刺，阻滞颈部及上胸段脊神经，适用于甲状腺、上肢或胸壁手术，高位硬膜外阻滞易出现严重并发症和麻醉意外，从安全角度考虑，目前临床已很少采用。

2. 中位硬膜外阻滞　穿刺部位在 $T_6 \sim T_{12}$ 之间。常用于腹部手术。

3. 低位硬膜外阻滞　穿刺部位在腰部各棘突间隙。适用于下肢及盆腔手术。

4. 骶管阻滞　经骶裂孔进行穿刺，阻滞骶神经。适用于肛门及会阴部手术。

【常用麻醉药】

临床最为常用的是利多卡因、丁卡因和布比卡因。

1. 利多卡因　优点是起效快，5 ~ 12 min 发挥作用，在组织内浸透能力强，阻滞准确，麻醉效果好。缺点是作用持续时间较短，仅 1.5 h 左右。临床常用浓度为 1% ~2%，成人一次最大用量为 400 mg。

2. 丁卡因　一般 10 ~ 15 min 起效，维持时间可达 3 ~ 4 h，常用浓度为 0.25% ~ 0.33%，成人一次最大用量为 60 mg。

3. 布比卡因　一般 4 ~ 10 min 起效，作用时间较长，可维持 4 ~ 6 h，最长可达 15 h 以上。常用浓度为 0.5% ~ 0.75%，但只有浓度达到 0.75% 时，才能取得满意的肌松弛效果。

4. 罗哌卡因　用于术后镇痛和无痛分娩。常用浓度为 0.2%，成人剂量可达 12 ~ 28 mg/h。

【影响硬膜外阻滞的因素】

1. 药物容量和注药速度　药物容量越大，注射速度越快，感觉阻滞平面及范围越广。分次间隔给药可增强阻滞效果。

2. 导管位置和方向　导管向头端插入时，药物易向头端扩散；向尾端插入时，多向尾端扩散；导管偏于一侧，可出现单侧麻醉。但最终决定药物扩散方向的仍是导管口所在