

现代临床 全科护理 (上)

王永红等◎主编



非外借

现代临床全科护理

(上)

王永红等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床全科护理 / 王永红等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5578-4464-6

I. ①现… II. ①王… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第139461号

现代临床全科护理

主 编	王永红等
出 版 人	李 梁
责任编辑	孟 盟 陈绘新
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	751千字
印 张	40
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4464-6
定 价	160.00元(全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

编委会

主 编:王永红 郭 萍 曹 红
任雪飞 柏 慧 朱彩霞
副主编:张 俞 王 慧 任 敏
隋凤花 胡海霞 马小平
王丽艳 宋 莹 丁晨光

编 委:(按照姓氏笔画)

丁晨光	开封市儿童医院
马小平	乌鲁木齐市友谊医院沙区分院
王永红	泰安市中心医院
王丽艳	中国人民解放军第一五三中心医院
王 娜	中国人民解放军第 88 医院
王效民	原沈阳军区总医院
王 爽	中国人民解放军第四六三医院
王 慧	新疆维吾尔自治区人民医院
元 琳	中国人民解放军第 88 医院
吕 倩	中国人民解放军第四六三医院
朱彩霞	新疆维吾尔自治区人民医院
任雪飞	山西省人民医院
任 敏	徐州市中心医院
刘 青	中国人民解放军第 88 医院
孙 洋	牡丹江医学院附属红旗医院
苏南南	中国人民解放军第 88 医院
杜文婷	中国人民解放军第四六三医院
李卫卫	中国人民解放军第 88 医院
李青梅	中国人民解放军第 88 医院
李 想	中国人民解放军第四六三医院
宋 莹	开封市儿童医院
张 俞	解放军第四〇四医院
陈 燕	原沈阳军区总医院
林时秀	沈阳军区总医院
胡海霞	吉林大学中日联谊医院
柏 慧	锦州医科大学附属第一医院
逢 睿	中国人民解放军第四六三医院
徐 健	中国人民解放军第 88 医院
徐雪梅	中国人民解放军第 88 医院
高凡舒	牡丹江医学院附属红旗医院
郭 萍	山东省新汶矿业集团中心医院
曹 红	锦州医科大学附属第三医院
隋凤花	吉林大学中日联谊医院



王永红,女,主管护师,1997年毕业于临沂医专高护专业,工作后通过自学考试,2006年取得潍坊医学院护理专业本科学历、学士学位,现负责肝胆外科护理工作。2009年选派到北京协和医院进修为期6个月的脊柱专业培训,并取得“优秀进修生”荣誉,曾多次被医院评为“优秀护士”“优秀带教老师”“星级护士”,2016年被评为“泰安市优秀护士”记“三等功”,在骨科、肝胆外科从事临床护理工作20余年,擅长骨科的微创手术及肝胆外科的腹腔镜手术患者的护理,先后发表省级市级论文5篇,参与发表SCI论文1篇,参编著作4部,山东省疼痛研究会第三届护理专业委员会委员,泰安市抗癌协会首届疼痛护理专业委员会委员,泰安市中心医院疼痛小组副组长。



郭萍,主管护师,医学护理学士学位,毕业于山东省济宁医学院,从事护理工作20多年,热爱护理专业,忠诚护理事业,勤于钻研护理业务,熟练掌握手术室和外科专业护理技术及各项护理技能。护理业务技术水平领先,业务技术年度连续多次考核优秀。先后撰写了8篇护理论文发表在省级、国家级的刊物上。其中论文:《静脉麻醉在胃肠镜检查中的应用及护理措施分析》发表在2016年9月第一卷第18期的《临床医学研究与实践》上;《心脏不停跳冠脉搭桥手术的配合要点》发表在2016年8月第一卷第5期的《实用临床护理学杂志》上;《压疮的护理学研究新进展》发表在2017年第四卷第21期的《临床医药文献》上。



曹红,女,主管护师,毕业于承德医学院,本科,曾先后在普外科、呼吸科、急诊科、儿科、神经科、心血管内科从事临床护理工作,并多次获得优秀护士,优秀护士长称号,现任心内科护士长。担任中华护理学会会员,辽宁省护理学会会员。

前 言

护理是一门研究如何诊断和处理人类对存在的或潜在的健康问题反应的学科。随着医学科技的进步与发展,生活水平的提高,人们对医护服务的要求也不断提升,对护理学科的发展而言,正是机遇与挑战并存的时刻。护理学的相关理论基础以及更多人性化的护理方法技术层出不穷,目的则是为了更好地服务患者。本编委会鉴于护理学近年来的进展,为了更好地提高临床医护人员的护理水平,特编写此书,为广大临床医护人员提供参考。

本书共分为十七章,内容包括:危重症护理、手术室护理、神经内科疾病护理、神经外科疾病护理、心血管系统疾病护理、呼吸系统疾病护理、胃肠结直肠肛门外科疾病护理、消化内科疾病护理、肝胆胰脾外科疾病护理、内分泌疾病护理、骨折护理、口腔颌面部疾病护理、产科护理、儿科康复护理、血液净化操作及护理、整形外科护理以及社区常见慢性病护理与管理。

针对每个涉及的疾病都进行了详细叙述,包括疾病的介绍、护理评估、护理要点、护理目标、护理问题、护理措施、操作规范、注意事项以及对患者的健康教育等,内容丰富,重点强调临床实用价值。

为了进一步提高临床护理人员的护理水平,本编委会人员在多年临床护理经验基础上,参考诸多书籍资料,认真编写了此书,望谨以此书为广大医护人员提供微薄帮助。

本书在编写过程中,借鉴了诸多护理相关临床书籍与资料文献,在此表示衷心的感谢。由于本编委会人员均身负一线护理临床工作,故编写时间仓促,难免有错误及不足之处,恳请广大读者见谅,并给予批评指正,以更好地总结经验,以起到共同进步、提高临床护理水平的目的。

本书共 98.9 万字,其中主编泰安市中心医院王永红编写了第九章的部分内容,共编写 10 万字;主编山东省新汶矿业集团中心医院郭萍编写了第六、十章的部分内容,共编写 8.6 万字;主编锦州医科大学附属第三医院曹红编写了第五章的部分内容,共编写 7.9 万字;主编山西省人民医院任雪飞编写了第三章,共编写 6.1 万字;主编锦州医科大学附属第一医院柏慧编写了第二章,共编写 5.5 万字;主编新疆维吾尔自治区人民医院朱彩霞编写了第九章的部分内容,共编写 4.7 万字。副主编解放军第四〇四医院张俞编写了第一章,共编写 4.3 万字;副主编新疆维吾尔自治区人民医院王慧编写了第十二章的部分内容,共编写 4 万字;副主编徐州市中心医院任敏编写了第四章的部分内容,共编写 4.1 万字;副主编吉林大学中日联谊医院隋凤花编写了第五章的部分内容,共编写了 3.4 万字;副主编吉林大学中日联谊医院胡海霞编写了第七章,共编写 3.4 万字;副主编乌鲁木齐市友谊医院沙区分院马小平编写了第六章的部分内容及第十七章,共编写 3 万字;副主编中国人民解放军第一五三中心医院王丽艳编写了第四章的部分内容,共编写 3 万字;副主编开封市儿童医院宋莹编写了第十四章,共

编写 2.7 万字; 副主编开封市儿童医院丁晨光编写了第六章的部分内容, 共编写 2.1 万字。编委牡丹江医学院附属红旗医院高凡舒编写了第十三章的部分内容, 共编写 1.2 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院王娜编写了第八章的部分内容, 共编写 1 万字; 编委牡丹江医学院附属红旗医院孙洋编写了第十章的部分内容, 共编写 1.5 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院亓琳编写了第八章的部分内容, 共编写 1.1 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院李卫卫编写了第八章的部分内容, 共编写 1.6 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院徐雪梅编写了第八章的部分内容, 共编写 1.2 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院徐健编写了第十三章的部分内容, 共编写 1.6 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院李青梅编写了第十一章, 共编写 1.5 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院苏南南编写了第八章的部分内容, 共编写 1.8 万字; 编委中国人民解放军第 88 医院刘青编写了第八章的部分内容, 共编写 1.2 万字; 编委沈阳军区总医院林时秀编写了第十六章, 共编写 1 万字; 编委原沈阳军区总医院王效民编写了第十五章, 共编写 1.6 万字; 编委原沈阳军区总医院陈燕编写了第五章的部分内容, 共编写 1.4 万字; 编委中国人民解放军第四六三医院逢睿编写了第十二章的部分内容, 共编写 1.3 万字; 编委中国人民解放军第四六三医院李想编写了第十二章的部分内容, 共编写 1.2 万字; 编委中国人民解放军第四六三医院杜文婷编写了第十二章的部分内容, 共编写 1.2 万字; 编委中国人民解放军第四六三医院王爽编写了第十二章的部分内容, 共编写 1.3 万字; 编委中国人民解放军第四六三医院吕倩编写了第十二章的部分内容, 共编写 1.4 万字。

《现代临床全科护理》编委会

2018 年 5 月

目 录

第一章 危重症护理	(1)
第一节 休克的护理	(1)
第二节 昏迷的护理	(5)
第三节 超高热危象的护理	(8)
第四节 高血压危象的护理	(10)
第五节 溶血危象的护理	(12)
第六节 急性呼吸衰竭的护理	(15)
第七节 急性肝功能衰竭的护理	(19)
第八节 急性肾功能衰竭的护理	(23)
第二章 手术室护理	(29)
第一节 手术室常用无菌技术	(29)
第二节 手术室常用护理操作技术	(38)
第三节 手术患者急救护理	(55)
第三章 神经内科疾病护理	(64)
第一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病的护理	(64)
第二节 慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病的护理	(67)
第三节 病毒性脑膜炎的护理	(69)
第四节 多发性硬化的护理	(73)
第五节 视神经脊髓炎的护理	(76)
第六节 急性播散性脑脊髓炎的护理	(80)
第七节 帕金森病的护理	(83)
第八节 肝豆状核变性的护理	(89)
第九节 癫痫的护理	(92)
第十节 运动神经元病的护理	(96)
第十一节 重症肌无力的护理	(98)
第四章 神经外科疾病护理	(103)
第一节 头皮损伤的护理	(103)
第二节 颅骨骨折的护理	(109)
第三节 原发性闭合性脑损伤的护理	(113)
第四节 继发性脑损伤的护理	(123)
第五节 开放性颅脑损伤的护理	(131)
第六节 颅内动脉瘤的护理	(134)
第七节 颅内血管畸形的护理	(138)
第八节 颈内动脉海绵窦瘘的护理	(144)

第五章 心血管系统疾病护理	(148)
第一节 心律失常的护理	(148)
第二节 冠心病的护理	(177)
第三节 高血压的护理	(194)
第四节 慢性心力衰竭的护理	(203)
第五节 急性心力衰竭的护理	(208)
第六节 心肌病的护理	(212)
第七节 心肌炎的护理	(216)
第八节 心脏瓣膜病的护理	(220)
第九节 感染性心内膜炎的护理	(225)
第六章 呼吸系统疾病护理	(230)
第一节 呼吸内科常见症状的护理	(230)
第二节 急性呼吸道感染的护理	(247)
第三节 肺炎的护理	(253)
第四节 肺脓肿的护理	(257)
第五节 支气管扩张症的护理	(261)
第六节 支气管哮喘的护理	(266)
第七节 肺结核的护理	(274)
第八节 慢性支气管炎的护理	(282)
第九节 慢性阻塞性肺疾病的护理	(285)
第七章 胃肠结直肠肛门外科疾病护理	(291)
第一节 胃十二指肠溃疡急性穿孔的护理	(291)
第二节 胃十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻的护理	(295)
第三节 肠梗阻的护理	(297)
第四节 结肠癌的护理	(302)
第五节 直肠癌的护理	(307)
第八章 消化内科疾病护理	(313)
第一节 病毒性肝炎的护理	(313)
第二节 非酒精性脂肪性肝病的护理	(324)
第三节 酒精性肝病的护理	(326)
第四节 药物性肝病的护理	(328)
第五节 肝硬化的护理	(331)
第六节 原发性肝癌的护理	(342)
第七节 肝性脑病的护理	(350)
第八节 上消化道出血的护理	(354)
第九章 肝胆胰脾外科疾病护理	(363)
第一节 肝囊肿的护理	(363)
第二节 细菌性肝脓肿的护理	(368)

第三节	棘球蚴病的护理	(373)
第四节	肝良性肿瘤的护理	(377)
第五节	胆石症的护理	(380)
第六节	胆道感染的护理	(396)
第七节	胆管囊性扩张症的护理	(402)
第八节	胆道蛔虫病的护理	(406)
第九节	胆道肿瘤的护理	(408)
第十节	胆道损伤的护理	(418)
第十一节	原发性硬化性胆管炎的护理	(422)
第十二节	急性胰腺炎的护理	(425)
第十三节	慢性胰腺炎的护理	(431)
第十四节	胰腺囊性疾病的护理	(433)
第十五节	胰腺癌和壶腹周围癌的护理	(436)
第十六节	胰腺内分泌肿瘤的护理	(442)
第十七节	脾疾病的护理	(445)
第十章	内分泌疾病护理	(457)
第一节	甲状腺功能亢进症的护理	(457)
第二节	甲状腺功能减退症的护理	(466)
第三节	单纯性甲状腺肿的护理	(470)
第四节	甲状腺炎的护理	(473)
第五节	原发性甲状旁腺功能亢进症的护理	(476)
第十一章	骨折护理	(481)
第一节	肱骨干骨折的护理	(481)
第二节	股骨颈骨折的护理	(483)
第三节	股骨干骨折的护理	(488)
第十二章	口腔颌面部疾病护理	(491)
第一节	口腔科患者的护理评估	(491)
第二节	口腔科患者的检查	(494)
第三节	口腔科患者的常见护理诊断	(498)
第四节	口腔科常用诊疗技术及护理配合	(498)
第五节	牙体硬组织疾病的护理	(503)
第六节	牙髓病和根尖周组织病的护理	(507)
第七节	牙周病的护理	(512)
第八节	口腔黏膜疾病的护理	(516)
第九节	颌面部感染的护理	(523)
第十节	口腔颌面部损伤的护理	(532)
第十一节	口腔常见肿瘤的护理	(538)
第十二节	涎腺常见肿瘤的护理	(551)

第十三章	产科护理	(558)
第一节	妊娠并发症的护理	(558)
第二节	异常分娩的护理	(568)
第三节	分娩期并发症的护理	(572)
第十四章	儿科康复护理	(577)
第一节	脑性瘫痪的康复护理	(577)
第二节	儿童痫性发作和癫痫的康复护理	(585)
第三节	脑积水的康复护理	(588)
第十五章	血液净化操作及护理	(595)
第一节	血液透析的护理	(595)
第二节	血液滤过及透析滤过的护理	(599)
第三节	连续性肾脏替代治疗的护理	(602)
第十六章	整形外科护理	(605)
第一节	睑外翻矫正手术的护理	(605)
第二节	上睑下垂矫正手术的护理	(606)
第三节	面部除皱手术的护理	(607)
第四节	重睑成形手术的护理	(608)
第五节	歪鼻与驼峰鼻矫正手术的护理	(608)
第六节	下颌角肥大截骨整形术、颧骨降低术的护理	(610)
第十七章	社区常见慢性病护理与管理	(612)
第一节	高血压病患者的社区护理与管理	(612)
第二节	2型糖尿病患者的社区护理与管理	(617)
参考文献		(624)

第一章 危重症护理

第一节 休克的护理

一、概述

休克是指由各种强烈致病因子作用于机体引起的有效循环血量相对或绝对减少、组织灌注不足、细胞与器官功能代谢障碍的病理综合征。有效循环血量减少、组织灌注不足及产生炎症介质是各类休克共同的病理生理基础。迅速改善组织灌注,恢复细胞氧供,维持正常的细胞功能是治疗休克的关键。

(一)病因

1. 血容量绝对不足 各种疾病引起的大出血和大面积烧伤、剧烈呕吐或腹泻导致的血浆与体液的丢失,使有效循环血量急剧减少。

2. 感染 见于各种致病微生物如病毒、细菌等所引起的严重感染。特别是革兰氏阴性菌感染最为多见,如大肠杆菌、绿脓杆菌。

3. 过敏因素 使用某种药物(如青霉素)或生物制品(如破伤风抗毒素)中所发生的过敏反应。

4. 心源性因素 各种心脏疾患引起的心输出量急剧减少,造成循环血量不足,如严重的心律失常、急性心肌梗死、先心病等。

5. 神经源性因素 与剧烈疼痛、麻醉等意外刺激引起反射性周围血管扩张,有效循环血量相对不足有关。

6. 创伤 见于各种严重创伤,如骨折、内脏损伤等,休克的发生与疼痛、失血有关。

(二)分类

1. 按休克的病因分类 可分为低血容量性休克、感染性休克、过敏性休克、心源性休克、神经源性休克。

2. 按休克发生的始动因素分类

(1)低血容量性休克:基本机制为血容量不足。

(2)心源性休克:基本机制为心泵功能衰竭。

(3)血流分布性休克:基本机制为血管收缩舒张调节功能异常。根据循环阻力大小分为两种:一种表现为高或正常的体循环阻力,静脉容量增加,循环血量不足所致;另一种表现为低体循环阻力,血管扩张,导致血液重新分布。

(4)阻塞性休克:基本机制为血流的主要通道受阻。

3. 按休克时血流动力学特点分类

(1)低动力型休克:又称低排高阻型休克或冷休克,血流动力学特点是心输出量降低,总外周血管阻力高。低血容量性、心源性、创伤性和大多数感染性休克均属此类。

(2)高动力型休克:又称高排低阻型休克或暖休克。血流动力学特点为心输出量增加,总外周阻力降低,常见于革兰氏阳性感染性休克。

二、发病机制

(一)微循环的变化

1. 微循环收缩期 休克早期全身小血管持续收缩,毛细血管前阻力显著增加,开放的毛细血管减少,血流速度减慢,组织灌流量减少,出现少灌少流,灌少于流,有效循环血量减少,反射性引起交感神经—肾上腺髓质系统兴奋,使微循环血管持续痉挛,微循环缺血缺氧。

2. 微循环扩张期 持续缺血缺氧未能有效控制,微循环血管运动功能严重紊乱。微动脉、后微动脉、毛细血管前括约肌扩张,微静脉持续收缩,毛细血管前阻力小于后阻力,毛细血管开放数目增多,微循环灌而少流,灌大于流,血液淤滞。一方面导致有效循环血量进一步减少;另一方面血液浓缩,血细胞凝集,血液黏滞度增加,易于形成微血栓、组织细胞缺血缺氧进一步加重。

3. 微循环衰竭 期随着缺氧和酸中毒的进一步加重,微血管麻痹、扩张,对血管活性物质失去反应,微循环处于不灌不流的状态。一方面毛细血管持续地扩张瘀血,通透性升高,血液进一步浓缩,利于大量微血栓形成;另一方面微循环瘀血后,引起弥散性血管内凝血(DIC),阻塞微循环,组织几乎完全得不到氧气和营养物质供应。

(二)休克时主要器官病理变化

1. 心 休克时心肌纤维变性坏死,心肌收缩力减弱,冠状动脉灌注不足,心肌缺血缺氧,发生局灶性坏死和心内膜下出血,最终发生心力衰竭。

2. 肺 休克时肺的微循环灌注不足,肺表面活性物质减少,肺泡不能维持一定张力,发生肺萎陷。肺通气换气功能受限,动脉氧分压进行性下降,出现急性呼吸衰竭。

3. 肾 休克时为保证心脑血管的血供,血液量重新分配,致肾小动脉收缩,肾灌注量减少,累及肾小管,出现急性肾小管坏死,导致急性肾功能衰竭。

4. 脑 休克时脑灌注不足,细胞肿胀压迫血管,造成微循环障碍,加重缺氧而致脑水肿。

三、临床表现

(一)休克代偿期

休克代偿期机体失血量低于总血容量的 20%。患者主要表现为面色苍白、手足湿冷、脉搏细速、脉压减少、血压可略降低(也可正常或轻度升高)、尿量正常或减少、精神紧张或烦躁不安,神志一般清楚。若处理得当,此期休克可以得到纠正;若处理不当,则病情发展,进入休克失代偿期。

(二)休克失代偿期

休克失代偿期机体失血量超过总血容量的 40%。患者出现神志淡漠、反应迟钝、神志不清,甚至昏迷,口唇发绀、冷汗、脉搏细速、血压下降,甚至测不出,脉压缩小,无尿、代谢性酸中毒、可并发 DIC 或 ARDS。

四、实验室检查及其他检查

(一)实验室检查

1. 血常规 红细胞计数、血红蛋白测定有助于对失血性休克的诊断;白细胞计数、分类有助于感染性休克的诊断。

2. 动脉血气分析 pH 值、 PaCO_2 、 PaO_2 、剩余碱(BE)、 SaO_2 等的检查,可了解机体的氧代谢状况和酸碱平衡状况。

3. 电解质测定 动态检测可及时了解电解质紊乱,休克时常伴有血钾、血镁升高,血钠降低。

4. 出、凝血功能检测 血小板计数、出凝血时间、凝血酶原时间、纤维蛋白原及纤维蛋白降解产物(FDP)的测定,有助于判断休克的进展及 DIC 的发生。

5. 肝肾功能检查 尿素氮、肌酐检测可了解肾功能;转氨酶、乳酸脱氢酶、血氨等的测定可了解肝功能。

(二)其他检查

1. X 线检查 对休克的病因判断有一定意义。

2. 心电图 有利于心源性休克的诊断,并能了解休克时心肌供血、心律失常情况。

3. 血流动力学检查

(1)中心静脉压(CVP):正常值为 $5\sim 10\text{cmH}_2\text{O}$ 。有助于鉴别休克病因,低血容量性休克时 CVP 降低,心源性休克时通常是增高的。

(2)心输出量(CO)及心脏指数(CI):有助于了解心脏功能状态。CO 正常值为 $4\sim 6\text{L}/\text{min}$ 。CI 正常值为 $2.5\sim 3.5\text{L}/(\text{min}\cdot\text{m}^2)$ 。CI $<2.0\text{L}/(\text{min}\cdot\text{m}^2)$ 提示心功能不全;CI $<1.3\text{L}/(\text{min}\cdot\text{m}^2)$ 同时伴有周围循环血容量不足,提示为心源性休克。

五、治疗要点

在稳定生命指征的基础上,尽快去除原发病,迅速补充血容量,恢复有效循环血量,纠正微循环障碍,防止多器官功能障碍综合征(MODS)。

(一)维持生命体征

休克时出现呼吸心跳骤停者,迅速实施心肺复苏,给予患者基本生命支持。

(二)原发病治疗

根据不同病因,尽早处理休克的原发病,如出血导致的低血容量性休克,必须立即采取止血措施;感染性休克者,尽早处理原发感染灶。

(三)补充血容量

补液是抗休克的基本治疗,除心源性休克外,各种休克均存在有效循环血量不足,必须迅速建立 1~2 条大静脉通路补液。根据 CVP 和血压、尿量来调整补液量与速度。

(四)应用血管活性药物

血管活性药物可迅速提高血压,改善心脏、脑、肾等内脏器官的血流灌注。常用药物包括血管收缩剂和血管扩张剂。血管收缩剂通过收缩小动脉使血压暂时升高,但可加剧组织缺氧,故不主张在休克患者中大量、长期使用,而常用肾上腺素、间羟胺等。血管扩张剂可解除小动脉痉挛,改善微循环,但可使血管容量相对增加,使血压有不同程度的下降,影响重要脏器的血液供应。常用药物有酚妥拉明等 α 受体阻滞剂和阿托品等抗胆碱能两类。

(五)纠正酸中毒

休克时常合并乳酸酸中毒,轻度休克在机械通气和液体复苏后即可得到缓解,无需应用碱性药物。若 pH <7.20 时,可给予碳酸氢钠 $100\sim 250\text{mL}$,静脉滴注,并根据血气分析调整药量。

(六)DIC 的防治

积极有效地治疗休克的原发病,及时去除病因,有效预防 DIC 的发生。DIC 高凝血期的治疗首选药物是肝素,用法:每次 1mg/kg 加葡萄糖液静滴,根据凝血酶原时间调整剂量。DIC 晚期可使用抗纤维蛋白溶药,如氨甲苯酸等和抗血小板黏附和聚集的阿司匹林和低分子右旋糖酐控制出血症状。

(七)糖皮质激素的应用

适用于感染性休克、过敏性休克。一般主张早期、大量、短疗程应用,在休克发生后 4h 应用,如氢化可的松 300~500mg/d 或地塞米松 30~60mg/d,疗程 1~3d 为宜。

(八)防止重要器官功能障碍

加强心、肺、肾、脑功能的监测,及时发现病情,采取针对性治疗措施,防止 MODS 的发生。

六、护理诊断及医护合作性问题

- 1. 体液不足 与失血、失液有关。
- 2. 组织灌流量改变 与有效循环血量减少有关。
- 3. 气体交换受损 与肺组织灌流量不足、缺氧和呼吸形态改变有关。
- 4. 有受伤的危险 与脑细胞缺氧导致的烦躁不安、意识障碍有关。
- 5. 有感染的危险 与侵入性治疗、免疫力降低、组织损伤、营养不良有关。
- 6. 潜在并发症 多器官系统衰竭(MOSF)。

七、护理措施

(一)一般紧急措施

- 1. 积极处理原发病 对大出血患者,立即采取止血措施,控制大出血。
- 2. 取休克体位 仰卧中凹位,头和躯干抬高 20°~30°,下肢抬高 15°~20°,以增加回心血量,减轻呼吸困难。
- 3. 保持呼吸道通畅 松解领扣,清除口、鼻分泌物,吸氧。呼吸困难严重者,行气管插管或气管切开术,予以机械通气支持。

(二)迅速补充血容量,维持体液平衡

- 1. 迅速建立两条以上静脉输液通路,大量快速补液(除心源性休克外)。
- 2. 合理补液 一般先快速输入晶体液,后输入胶体液。根据血压及血流动力学监测情况调整输液速度(见表 1-1)。

表 1-1 中心静脉压与补液的关系

CVP	BP	原因	处理原则
低	低	血容量严重不足	充分补液
低	正常	血容量不足	适当补液
高	低	心功能不全或血容量相对过多	给强心药,纠正酸中毒,舒张血管
高	正常	容量血管过度收缩	舒张血管
正常	低	心功能不全或血容量不足	补液实验*

补液实验*:取等渗盐水 250mL,于 5~10min 内经静脉滴入,若血压升高而 CVP 不变,提示血容量不足;若血压不变而 CVP 升高 3~5cmH₂O,则提示心功能不全。

3. 严密观察病情变化 每 15~30min 测量呼吸、脉搏、血压、体温一次,并观察患者的意识、面唇色泽、肢端皮肤颜色、温度、瞳孔及尿量。

(三)应用血管活性药物的护理

应用过程中,严密监测血压变化。根据血压,不断调整药物用量与种类,严格控制药物浓度与滴数,使血压维持在稳定水平。同时严防液体外渗,以免造成局部组织坏死,每 24h 更换一次输液管,以保护血管。

(四)预防感染

严格执行无菌操作规程。协助患者拍背,鼓励有效咳嗽、咳痰,痰液黏稠者给予雾化吸入。对不能自行排痰者,吸痰,保持呼吸道通畅。遵医嘱应用有效抗生素,预防肺部感染。加强留置导尿管的护,预防泌尿系感染。

(五)心理护理

护士要保持镇静,做到忙而不乱,稳定患者和家属的情绪;用通俗易懂的语言向患者及家属耐心解释病情变化,指导其如何配合治疗,树立战胜疾病的信心。

八、健康教育

1. 加强自我保护意识,避免各种意外伤害。
2. 介绍发生意外伤害后的现场急救方法,如伤处加压包扎止血、骨折固定、及时转运等。
3. 发生高热或感染时应及时到医院就诊。

(张俞)

第二节 昏迷的护理

一、概述

意识(consciousness)是指大脑觉醒程度,即人们对自身及环境的感知,可通过语言和行动来表达,需要一个完整而正常的中枢神经系统的维持。当各种原因导致中枢神经系统结构或功能遭到损伤或破坏时,即可出现意识障碍。根据意识障碍的严重程度、意识范围的大小、内容及脑干反射可将意识分为意识水平下降、意识内容改变和特殊类型的意识障碍。意识水平下降的意识障碍又可分为嗜睡(somnolence)、昏睡(sopor)和昏迷(coma)。昏迷是临床常见急危重症之一,往往病情危重,应迅速明确诊断,采取急救措施挽救患者生命。

二、病因

1. 颅脑疾病

- (1)中枢神经系统感染性疾病:见于各种脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。
- (2)脑血管病:见于脑出血、脑缺血、脑血栓、蛛网膜下隙出血等。
- (3)颅脑外伤:见于脑震荡、脑挫伤、颅骨骨折、颅内血肿等。
- (4)颅内占位性病变:如颅内肿瘤、脑脓肿等。
- (5)其他:如颅内压增高综合征、癫、脑积水等。

2. 全身性疾病

- (1)严重感染:如败血症、感染性休克、中毒性痢疾、肺炎等。
- (2)内分泌与代谢障碍:如肝性脑病、肺性脑病、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、甲状腺危象、电解质平衡失调等。
- (3)中毒:如一氧化碳、强酸强碱、有机磷农药、安眠药、重金属中毒等。
- (4)物理性与缺氧性损害:如中暑、触电、淹溺、高原性昏迷等。

三、发病机制

正常情况下,人的意识活动包括“觉醒状态”及“意识内容与行为”。神经系统与意识直接相关的结构主要包括上行网状激活系统和大脑皮层。脑干网状结构接受各种感觉和外界刺激信息的传入纤维,发出大量投射纤维非特异性地投射到大脑皮质的区域,维持人的睡眠与觉醒状态。大脑皮质是思维、行为、记忆、情感和主意等意识内容活动的部分。当脑干网状结构上行激活系统抑制或大脑皮层广泛受损时,使觉醒状态减弱,意识内容减少或改变,即可造成意识障碍。

四、临床表现

(一)昏迷程度的判断

目前关于昏迷程度的判断主要采用临床分级法和格拉斯哥昏迷评分法两种方法。

1. 临床分级法 昏迷是意识障碍的一种严重情况。昏迷按临床表现、刺激反应及反射活动分为浅昏迷、中昏迷、深昏迷。昏迷的分级见表 1—2。

表 1—2 昏迷的分级

分级	疼痛刺激反应	无意识自发动作	瞳孔对光反射	腱反射	生命体征
浅昏迷	有	可有	存在	存在	无变化
中昏迷	强刺激有	很少	减弱或消失	迟钝	轻度变化
深昏迷	无	无	消失	消失	明显变化

2. 格拉斯哥昏迷评分法 GCS(Glasgow coma scale) 昏迷分级评分法为世界许多国家所使用。此评分法简单易行,比较实用,但幼儿、聋哑人、精神障碍患者等因不能配合,老年人反应迟钝等使用受限。总分最高分为 15 分,最低为 3 分。总分越低,表明意识障碍越重,8 分以下者表明昏迷。格拉斯哥昏迷评分法见表 1—3。

表 1—3 格拉斯哥昏迷分级评分

睁眼反应	记分	言语反应	记分	运动反应	记分
自动睁眼	4	回答正确	5	遵医运动	6
呼唤睁眼	3	回答错误	4	刺痛定位	5
痛时睁眼	2	语无伦次	3	刺痛回缩	4
不能睁眼	1	只能发声	2	刺痛肢屈	3
		不能发声	1	刺痛肢伸	2
				不能活动	1

(二)生命体征的改变

体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征的监测,有利于病情分析与昏迷病因的判断。