

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练

外科护理学

第2版

主编 李 召 马晓飞

- 突出职业教育特色
- 依据最新护考大纲
- 与教学实践相配套
- 与护士执考相结合



第四军医大学出版社

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练

外科护理学

(第2版)

主 编 李 召 马晓飞

主 审 赵小义

副主编 王利平 李 平 武建军 彭育荣

编 者 (按姓氏笔画排序)

马晓飞(宝鸡职业技术学院)

王 娟(咸阳市卫生学校)

王志远(安徽省淮北卫生学校)

王利平(成都大学医护学院)

王学纯(兰州市卫生学校)

王海叶(榆林市卫生学校)

牛子劲(武威职业学院)

田维忠(宝鸡职业技术学院)

杜 娟(咸阳市卫生学校)

李 平(江西护理职业技术学院)

李 召(武威职业学院)

李江强(兰州市卫生学校)

李玲玲(榆林市卫生学校)

杨 艳(四川省成都卫生学校)

张 伟(江苏大学临床医学院)

张义伟(宁夏医科大学)

武建军(宁夏医科大学)

胡颖辉(江西护理职业技术学院)

高 茹(雅安职业技术学院)

郭蕾蕾(辽宁医学院护理学院)

彭育荣(雅安职业技术学院)

穆万丹(雅安职业技术学院)

图书在版编目(CIP)数据

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练——外科
护理学 / 李召, 马晓飞主编. —2 版. —西安: 第四军医
大学出版社, 2011. 8

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0012 - 9

I. ①国… II. ①李… ②马… III. ①外科学: 护
理学 - 护士 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 155966 号

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练——外科护理学

主 编 李 召 马晓飞

责任编辑 朱德强

执行编辑 汪 英

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路 17 号(邮编: 710032)

电 话 029 - 84776765

传 真 029 - 84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 陕西金德佳印务有限公司

版 次 2011 年 8 月第 2 版 2011 年 8 月第 7 次印刷

开 本 787 × 1092 1/16

印 张 18

字 数 450 千字

书 号 ISBN 978 - 7 - 5662 - 0012 - 9/R · 904

定 价 35.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

出版说明

根据国务院颁发的《护士条例》及相关精神,结合职业院校护理专业应届毕业生参加国家护士执业资格考试的现实需要,2008年年底,第四军医大学出版社组织全国医药卫生类职业院校共同编写了全国首套《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》教材,并于2009年8月正式出版。这套教材遵照在校学生的学习规律和学习特点,形成了突出卫生职业教育特色、自成体系的护理专业教学配套教材和国家护士执业资格考试辅导教材的“二合一”教材。实践证明,本套教材不仅对护理专业应届毕业生的执业资格考试通过率有显著的提升作用,而且对于在校护生理解执业考试的意义、熟悉执业考试模式、为毕业前参加执业资格考试夯实基础有很好的促进作用,从而深受广大院校师生赞誉,出版一年来,累计印刷3万余套。

2010年,《护士执业资格考试办法》出台,护士执业资格考试的大纲也相应进行了调整。为更好地顺应护考改革,我们邀请长期从事护士资格考试培训的专家全程参与审定工作,组织全国近20所医药卫生类职业院校的一线教学人员,在保留上一版教材特点的基础上,紧扣新护考大纲,以提高护理专业学生专业实务和实践能力为目标,对2009版教材进行全新改版,并增加《国家护士执业资格考试综合训练与模拟冲刺》分册,以强化学生对知识点的掌握。

《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材与以往的考试辅导类图书相比,有着鲜明的特点:

1. 充分考虑在校生的学习特点,将最新护士执考大纲的考点融入日常的学习,并与教学阶段相适应,以潜移默化的方式帮助学生熟悉护考、熟悉岗位要求,为护理专业学生在毕业前参加执业资格考试奠定坚实的基础。

2. 全国近20所卫生职业院校的一线教学人员参加教材编写,他们不仅对护理专业教学有着丰富的经验,而且大多承担着本校执业资格考试的培训工作,对在校生的学习特点和护士执业资格考试的把握有着独特优势。

3. 内容精练而且重点突出,篇幅设置科学合理,既保证学生的学习效果,又节省学生的精力、时间和费用。

4. 新增《国家护士执业资格考试综合训练与模拟冲刺》分册,紧扣新的命题思路与命题方式,帮助护生在考前强化阶段检测学习效果,加强记忆,最终轻松过关,顺利步入岗位。

《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》

教材建设委员会

主任委员 富 明

副主任委员 (按姓氏笔画排序)

马恒东 王生云 朱祖余 孙学华 李 召

委 员 (按姓氏笔画排序)

马晓飞 王之一 王培亮 尤 康 叶宝华

伍小飞 刘庚祥 杨 梅 杨守国 杨美玲

武有伽 赵培元 谯时文

秘 书 赵小义

前 言

2009年8月,第四军医大学出版社出版的《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材,因在提高教学质量、帮助学生顺利通过护士执业资格考试的过程中发挥了重要作用,而成为广大医药卫生类职业院校师生的热门参考书。

自2011年起,护士执业资格考试由原来的四个科目改为专业实务和实践能力两个科目,一次通过两个科目为考试成绩合格。为了贯彻护士职业资格考试相关文件精神,帮助广大考生更好地了解新护考,做好考前复习工作,来自全国近20所医药卫生类职业院校的领导及骨干教师于2011年3月相聚西安,召开“国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练(第2版)系列教材”编写会。会议中就护士执业资格考试的变化,学生面临的问题,第2版教材的编写思想、特色、编写模块及编写计划进行了深入细致的讨论,最终确定教材编写应遵循突出职业教育特色、依据最新护考大纲、与教学活动相配套、与护士执考相结合原则进行编写。

本书是编者在第1版《外科护理学》的基础上,根据《护士职业资格考试大纲(试行)》对疾病种类进行了增减后,充分考虑了在校学生的学习特点,仍按学科分类编写的。在编写过程中紧扣新的命题思路与命题方式,将最新护士执考大纲的考点融入日常的学习中,与教学阶段相适应。这是一本是集平时自我学习、考前辅导和强化应试训练为一体,帮助护生在考前强化训练、加强记忆、最终顺利通过护士执业资格考试的参考书。

尽管参编人员在编写过程中倾注了大量的精力和时间,力求符合编写的要求,但限于一些主、客观因素,教材中难免会出现一些问题,希望使用教材的各位同仁和同学能将发现的问题及时反馈给我们,以便在新版中予以完善。

编 者

目 录

第一章 水、电解质、酸碱代谢失调患者的护理	(1)
第一节 正常体液平衡	(1)
第二节 水和钠代谢失调患者的护理	(2)
第三节 钾代谢失调患者的护理	(4)
第四节 酸碱平衡失调患者的护理	(4)
第二章 休克患者的护理	(10)
第三章 麻醉患者的护理	(17)
第一节 概述	(17)
第二节 全身麻醉	(17)
第三节 椎管内麻醉	(18)
第四节 局部麻醉	(18)
第五节 麻醉的护理	(19)
第四章 多器官功能障碍综合征患者的护理	(26)
第一节 概述	(26)
第二节 急性呼吸窘迫综合征患者的护理	(26)
第三节 急性肾衰竭患者的护理	(28)
第四节 弥散性血管内凝血患者的护理	(30)
第五章 成人心脏骤停患者的护理	(36)
第六章 外科围手术期的护理	(42)
第一节 手术前的护理工作	(42)
第二节 手术室的护理工作	(44)
第三节 手术后的护理工作	(46)
第七章 外科患者营养代谢支持的护理	(54)
第一节 概述	(54)

第二节	外科患者营养代谢支持的护理	(54)
第八章	外科感染患者的护理	(60)
第一节	概述	(60)
第二节	浅表软组织和手部化脓性感染患者的护理	(61)
第三节	全身化脓性感染患者的护理	(63)
第四节	破伤风患者的护理	(64)
第九章	损伤患者的护理	(70)
第一节	创伤患者的护理	(70)
第二节	烧伤患者的护理	(72)
第三节	毒蛇咬伤患者的护理	(75)
第四节	犬咬伤患者的护理	(76)
第十章	肿瘤患者的护理	(83)
第十一章	颈部疾病患者的护理	(90)
第一节	单纯性甲状腺肿患者的护理	(90)
第二节	甲状腺功能亢进症患者的护理	(91)
第三节	甲状腺功能减退患者的护理	(94)
第十二章	乳房疾病患者的护理	(100)
第一节	急性乳房炎患者的护理	(100)
第二节	乳腺癌患者的护理	(101)
第十三章	腹外疝患者的护理	(106)
第一节	概述	(106)
第二节	常见腹外疝患者的护理	(106)
第十四章	急性化脓性腹膜炎患者的护理	(113)
第一节	急性腹膜炎患者的护理	(113)
第二节	腹部损伤患者的护理	(116)
第十五章	胃、十二指肠疾病患者的护理	(125)
第一节	胃、十二指肠溃疡的外科治疗	(125)
第二节	胃癌患者的护理	(128)

第十六章 肠疾病患者的护理	(133)
第一节 急性阑尾炎患者的护理	(133)
第二节 肠梗阻患者的护理	(134)
第三节 大肠癌患者的护理	(137)
第十七章 直肠肛管疾病患者的护理	(146)
第一节 痔患者的护理	(146)
第二节 直肠肛管周围脓肿患者的护理	(147)
第三节 肛瘘患者的护理	(148)
第十八章 门静脉高压征患者的护理	(152)
第十九章 肝脏疾病患者的护理	(157)
第一节 原发性肝癌患者的护理	(157)
第二节 肝脓肿患者的护理	(159)
第二十章 胆道疾病患者的护理	(163)
第一节 胆道特殊检查与护理	(163)
第二节 胆石病和胆道感染患者的护理	(163)
第三节 胆道蛔虫病患者的护理	(168)
第二十一章 胰腺疾病患者的护理	(174)
第一节 急性胰腺炎患者的护理	(174)
第二节 胰腺癌患者的护理	(177)
第二十二章 外科急腹症患者的护理	(181)
第二十三章 周围血管疾病患者的护理	(189)
第一节 下肢静脉曲张患者的护理	(189)
第二节 血栓闭塞性脉管炎患者的护理	(190)
第二十四章 颅内压增高及脑疝患者的护理	(195)
第二十五章 颅脑疾病患者的护理	(203)
第一节 头皮损伤患者的护理	(203)
第二节 颅骨骨折患者的护理	(203)
第三节 脑损伤及颅内血肿患者的护理	(204)

第四节 颅内肿瘤患者的护理	(206)
第二十六章 胸部疾病患者的护理	(211)
第一节 胸部损伤患者的护理	(211)
第二节 原发性支气管肺癌患者的护理	(214)
第三节 食管癌患者的护理	(216)
第二十七章 泌尿及男性生殖系统疾病患者的护理	(227)
第一节 常见症状及诊疗操作护理	(227)
第二节 泌尿系统损伤患者的护理	(229)
第三节 泌尿系统结石患者的护理	(231)
第四节 肾结核患者的护理	(233)
第五节 泌尿系统肿瘤患者的护理	(234)
第六节 良性前列腺增生患者的护理	(235)
第二十八章 四肢骨折、关节脱位患者的护理	(240)
第一节 骨折概述	(240)
第二节 常见骨折	(243)
第三节 骨折患者的一般护理	(245)
第四节 关节脱位概述	(249)
第五节 常见的关节脱位	(250)
第二十九章 脊柱及脊髓疾病患者的护理	(257)
第一节 颈椎病患者的护理	(257)
第二节 腰椎间盘突出症患者的护理	(259)
第三节 腰椎管狭窄症患者的护理	(261)
第四节 脊柱骨折及脊髓损伤患者的护理	(262)
第三十章 肌肉、骨骼疾病患者的护理	(269)
第一节 肩关节周围炎患者的护理	(269)
第二节 化脓性骨髓炎患者的护理	(270)
第三节 化脓性关节炎患者的护理	(271)
第四节 骨关节结核患者的护理	(272)
第五节 骨肉瘤患者的护理	(274)
参考文献	(278)

氯化钠,则会出现高氯性酸中毒。

(4)钙离子:细胞外液的钙占总钙量 0.1%,血清钙的正常值为 2.25 ~ 2.75mmol/L。临床上以低血钙多见,常表现为手足抽搐。

(5)磷离子:血清磷的正常值为 0.96 ~ 1.62mmol/L。

(6)镁离子:是仅次于钾离子细胞内液的主要阳离子。血清镁的正常值为 0.70 ~ 1.10mmol/L,低镁血症也常表现为手足抽搐。

三、酸碱平衡

血液的 pH 值保持在 7.35 ~ 7.45。机体通过血液缓冲系统、肺和肾三个途径来维持体液的酸碱平衡。肾是调节酸碱平衡最重要的器官,血液缓冲系统调节最迅速,肺只对挥发性酸起作用。

第二节 水和钠代谢失调患者的护理

一、脱水与缺钠患者的护理

(一)高渗性脱水

1. 病因 ①水摄入不足。②排出过多。

2. 病理 缺水多于缺钠,细胞外液渗透压升高,水分移向细胞外,细胞内液量显著下降(细胞内脱水为主)。

3. 临床表现 以口渴为特点,此症状最早也最突出。①轻度脱水:失水量占体重的 2% ~ 4%,一般只有轻度口渴,尿少;②中度脱水:失水量占体重的 4% ~ 6%,除严重口渴外,出现唇干舌燥、皮肤弹性减退、眼窝凹陷,精神萎靡或烦躁,尿比重高;③重度脱水:失水量占体重 > 6%,出现中枢神经系统障碍或休克。

4. 辅助检查 血清钠 > 145mmol/L;红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积均可升高;尿比重升高。

5. 治疗要点 ①去除病因,保护肾功能;②饮水或静滴 5% 葡萄糖溶液,血清钠降低时,再酌情补给食盐或 5% 葡萄糖氯化钠溶液。

6. 护理问题 ①体液不足:与体液丢失过多、钠摄入不足有关;②潜在并发症:低血容量性休克。

7. 护理措施 ①病情观察;②遵医嘱补液。

(二)低渗性脱水

1. 病因 主要见于各种体液的慢性丢失,只补葡萄糖溶液,而未补足钠,导致细胞外液稀释,血清钠降低。

2. 病理 ①缺钠多于缺水,细胞外液渗透压降低,水分移向细胞内,使细胞外液进一步减少;②因渗透压下降抗利尿激素分泌减少,尿量增加,加重细胞外液的丢失;③当血容量减少时,醛固酮分泌增加,使尿量减少。

3. 临床表现 以较早出现血容量不足为特点。①轻度缺钠:失钠量约为 0.5g/kg,血清钠为 130 ~ 135mmol/L,出现疲乏、头晕、手足麻木、直立性晕倒,尿量正常或增多,尿比重低;

②中度缺钠:失钠量为 $0.5 \sim 0.75\text{g/kg}$,血清钠为 $120 \sim 130\text{mmol/L}$,除上述症状外,皮肤弹性减退、眼窝凹陷、食欲不振、恶心呕吐,尿量减少、尿比重低,表情淡漠,血压不稳或下降,脉压小;③重度缺钠:失钠量为 $0.75 \sim 1.25\text{g/kg}$,血清钠小于 120mmol/L ,以上表现加重,少尿,休克或昏迷、抽搐。

4. 辅助检查 血清钠小于 135mmol/L ;红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积均可升高;尿比重低。

5. 治疗要点 ①去除病因,保护肾功能;②轻度缺钠则静脉补充等渗盐水。应先静脉输入含盐溶液,后输入胶体液,再补充高渗盐水。

6. 护理问题 ①体液不足:与体液丢失过多、钠摄入不足有关;②潜在并发症:低血容量性休克。

7. 护理措施 ①病情观察;②遵医嘱补液。

(三)等渗性脱水

1. 病因 外科最常见,大多因体液急性丢失导致。

2. 病理 体液丢失水钠比例相当,早期主要丢失细胞外液(细胞外脱水为主),后期可演变为高渗性缺水或低渗性缺水。

3. 临床表现 患者表现为缺水、缺钠的双重特征,但口渴比高渗性脱水轻,周围循环衰竭出现比低渗性脱水晚。

4. 辅助检查 血清钠在正常范围($135 \sim 145\text{mmol/L}$);红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积均可升高;尿比重升高。

5. 治疗要点 ①去除病因,保护肾功能;②5%葡萄糖溶液和平衡盐溶液(或生理盐水)等量交替静滴。因平衡盐溶液内的电解质含量与血浆相似,故应用平衡盐溶液治疗较理想。

6. 护理问题 ①体液不足:与体液丢失过多、钠摄入不足有关;②潜在并发症:低血容量性休克。

7. 护理措施 ①病情观察;②遵医嘱补液。

二、水中毒患者的护理

1. 病因 ①水排出障碍(如肾衰竭);②水分摄入过多;③抗利尿激素分泌过多。

2. 病理 ①大量水分进入体内,血浆渗透压下降,水分由细胞外移向细胞内,细胞水肿;②醛固酮分泌减少,远曲小管对钠的重吸收减少,使血钠下降;③血浆渗透压下降,使抗利尿激素分泌减少,尿量减少。

3. 临床表现 ①急性水中毒以脑水肿症状最为明显,头痛、乏力、嗜睡、意识不清、躁动、抽搐、昏迷等;②慢性水中毒症状不典型,常被原发病掩盖,可有嗜睡、头痛、软弱无力、恶心呕吐、体重增加等。

4. 辅助检查 血清钠 $<135\text{mmol/L}$;红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积均降低。

5. 治疗要点 ①去除病因;②限制水的摄入;③脱水利尿,如20%甘露醇或25%山梨醇或速尿等,增加水分排出;④改善体液的低渗状态,静脉滴注5%氯化钠溶液,可迅速减轻脑细胞肿胀;⑤对肾衰竭患者必要时采用透析疗法。

6. 护理问题 ①体液过多:与水分摄入过多、体内水潴留有关;②潜在并发症:脑水肿、肺水肿。

7. 护理措施 ①病情观察;②严格控制水摄入量:控制在 $700 \sim 1000\text{ml/d}$;③遵医嘱脱

水、利尿或透析治疗。

第三节 钾代谢失调患者的护理

一、低钾血症

1. 病因与病理 ①摄入不足;②排出过多;③体内分布异常。

2. 临床表现 ①神经肌肉兴奋性降低:常见肌无力,甚至软瘫,腱反射减弱或消失;②消化道症状:有腹胀、便秘、恶心呕吐以及肠鸣音减弱或消失;③循环系统症状:出现心悸及心动过速、心律不齐、血压下降,严重时心室纤颤;④中枢神经抑制症状:烦躁、神志淡漠、嗜睡或意识不清。

3. 辅助检查 ①血清钾小于 3.5mmol/L ;②心电图特征是 T 波低平或倒置、ST 段下降、QT 间期延长或有高大 U 波等。

4. 治疗要点:控制病因,补充钾盐。

5. 护理问题 ①活动无耐力:与缺钾出现软弱无力、眩晕、嗜睡有关;②有受伤的危险:与软弱无力、眩晕、意识恍惚有关;③潜在并发症:心律不齐、心室纤颤。

6. 护理措施 ①严密监测病情:包括生命体征、血清钾测定、心电图等;②及时补钾:口服补钾安全,10%氯化钾溶液 10ml,口服,3/d。静脉补钾要求,尿量正常($>40\text{ml/h}$)、浓度不高($<0.3\%$)、速度不快($<60\text{d/min}$),总量限制($<60\sim80\text{mmol}/[\text{L}\cdot\text{d}]$)。

二、高钾血症

1. 病因与病理 ①补入过多;②排出障碍;③细胞内外分布异常。

2. 临床表现 ①手足麻木,软弱无力,腱反射消失,严重者软瘫及呼吸困难;②皮肤苍白,湿冷,神智淡漠或恍惚;③血压早期升高晚期下降,心动过缓和心律不齐,甚至心脏舒张期停搏。

3. 辅助检查 ①血清钾大于 5.5mmol/L ;②心电图特征是 T 波高尖、QRS 波群增宽、QT 间期延长,PR 间期延长,ST 段升高。

4. 治疗要点 禁钾、转钾、抗钾、排钾。

5. 护理问题 ①活动无耐力:与高钾出现软弱无力、神志淡漠有关;②有受伤的危险:与软弱无力、意识恍惚有关;③潜在并发症:呼吸困难或窒息、心律失常。

6. 护理措施 ①停用含钾药物,禁食含钾食物;②转移钾进入细胞内,使用 5%碳酸氢钠碱化细胞外液或葡萄糖胰岛素促进糖原合成;③可用 10%葡萄糖酸钙或 5%氯化钙对抗钾离子对心肌的抑制作用;④可用聚磺苯乙烯口服或灌肠,通过胃肠道排钾;⑤透析疗法,是最有效的排钾方法。

第四节 酸碱平衡失调患者的护理

一、代谢性酸中毒

1. 病因与病理 ①产酸过多,如发热、休克、腹膜炎等;②肾排酸减少,如肾衰竭;③体

内碱性液体丢失过多,如小肠液大量丢失。

2. 临床表现 ①呼吸深快最突出,有时呼气中带有烂苹果味;②酸中毒伴高钾血症,二者均抑制心肌收缩功能,故多见心律失常、血压下降。 H^+ 浓度增高,刺激毛细血管扩张,患者面部潮红,口唇樱红色;但休克患者的酸中毒,可因缺氧而青紫;③酸中毒抑制脑细胞代谢活动,可有头昏、头痛、嗜睡、昏迷等。

3. 辅助检查 ①血 pH 值小于 7.35mmol/L,血 $[HCO_3^-]$ ↓、 CO_2CP ↓、 $PaCO_2$ ↓;②尿呈强酸性。

4. 治疗要点 ①控制原发病;②使用碱性溶液,常用 5% 碳酸氢钠,也可用 11.2% 乳酸钠,但对缺氧或肝功能不全者不宜使用。

5. 护理问题 ①心输出量减少:与 $[H^+]$ 增高,抑制心肌收缩有关;②意识障碍:与酸中毒抑制脑细胞代谢活动有关;③活动无耐力:与肌力减弱,腱反射减弱或消失有关;④潜在并发症:高钾血症。

6. 护理措施 ①观察病情;②消除病因,如纠正休克、高热、腹泻,积极纠正改善肾功能;③及时补液;④使用碱性溶液。

二、代谢性碱中毒

1. 病因与病理 ①体内正常酸性物质丢失过多;②碱性物质摄入过多;③缺钾。

2. 临床表现 ①呼吸浅而慢;②可伴低钾血症及低钙血症表现,心律失常、手足抽搐、腱反射亢进;③头昏、嗜睡、谵妄或昏迷。

3. 辅助检查 ①血 pH 值 > 7.45 ,血 $[HCO_3^-]$ ↑、 CO_2CP ↑、 $PaCO_2$ ↑;②尿呈碱性,若合并缺钾,可出现反常性酸性尿。

4. 治疗要点 ①控制原发病;②轻者补充等渗盐水、氯化钾,重者可给予氯化铵或 0.1mmol/L 的盐酸溶液。

5. 护理问题 ①意识障碍:与碱中毒时脑细胞代谢活动抑制有关;②潜在并发症:低钾血症。

6. 护理措施 ①观察病情;②消除病因,积极纠正改善肾功能;③及时补液;④有手足抽搐者,给予钙剂静注。

三、呼吸性酸中毒

1. 病因与病理 肺泡通气或换气功能减弱,二氧化碳排出受限,以致血液中的 $PaCO_2$ 升高,引起高碳酸血症。

2. 临床表现 呼吸困难、胸闷、气促、发绀、持续性头痛、谵妄甚至昏迷,可合并高钾血症。

3. 辅助检查 血 pH 值 ↓、 CO_2CP ↑、血 $PaCO_2$ ↑。

4. 治疗要点 ①控制病因;②改善通气功能,如解除呼吸道梗阻、辅助呼吸、使用呼吸兴奋剂等;③酸中毒较重者,适当使用氨基丁三醇 (THAM),可直接中和碳酸。

5. 护理问题 ①低效性呼吸型态:与气道梗阻有关;②意识障碍:与缺氧及酸中毒有关;③潜在并发症:心律不齐、低血压。

6. 护理措施 ①解除气道梗阻;②避免意外伤害;③使用碱性药物。

四、呼吸性碱中毒

1. 病因与病理 肺泡通气过度, CO_2 排出过多, 以致血液中的 PaCO_2 降低, 引起低碳酸血症。

2. 临床表现 胸闷、呼吸不规则、头晕, 常合并低钙血症。

3. 辅助检查 血 pH 值 $\uparrow$, CO_2CP $\downarrow$, 血 PaCO_2 $\downarrow$ 。

4. 治疗要点 ①控制原发病; ②减少 CO_2 呼出; ③手足抽搐者可给 10% 葡萄糖酸钙缓慢静推。

5. 护理问题 ①低效性呼吸型态: 与呼吸深快或呼吸不规则有关; ②意识障碍: 与碱中毒有关。

6. 护理措施 ①控制致病因素; ②指导患者屏气; ③及时补液; ④有手足抽搐者, 给予钙剂静注。



综合·训练

ZONGHEXUNLIAN

A2 型题

- 成年男性, 高热使用退热药后出一身大汗, 衬衣裤尽湿, 又因呼吸道阻塞而做气管切开, 24h 此二项失水约
A. 500ml B. 1000ml C. 2000ml D. 3000ml E. 4000ml
- 王某, 男性, 因高热、大汗而口渴、唇干, 尿比重高, 符合
A. 轻度高渗性脱水 B. 中度高渗性脱水 C. 轻度等渗性脱水
D. 中度等渗性脱水 E. 重度等渗性脱水
- 某“急性肠梗阻”患者, 40 岁, 男性, 口渴, 尿少, 眼球下陷, 脉速, 血压 12/8kPa (90/60mmHg), 请估计其脱水性质和程度
A. 中度等渗性脱水 B. 中度高渗性脱水 C. 中度低渗性脱水
D. 重度高渗性脱水 E. 重度低渗性脱水
- 患者, 体重 60kg, 诊断为中度等渗性脱水, 第一个 24h 应补给液体量 (包括日需量)
A. 3000ml B. 4000ml C. 5000ml D. 5500ml E. 6000ml
- 李女士, 50 岁, 因胆道感染而呕吐多次, 目前生命体征平稳, 尚无明显缺水征象, 此时主要的护理问题是
A. 体液不足 B. 组织灌注量改变 C. 有体液不足的危险
D. 焦虑 E. 心输出量减少
- 女性, 40 岁, 因“急性肠梗阻”频繁呕吐, 出现口渴、尿少、血压偏低, 进行液体疗法, 应首先静脉滴注下列哪种液体
A. 5% 葡萄糖液 B. 右旋糖酐 C. 5% 葡萄糖盐水
D. 复方氯化钠 E. 0.3% 氯化钾
- 一患者因高热 2d 未进食, 自述口渴、唇干, 尿少色黄, 尿比重 1.028, 血清钠为 156mmol/L, 应首先静脉点滴

- A. 5% 葡萄糖溶液 B. 5% 葡萄糖生理盐水 C. 平衡液
D. 5% 碳酸氢钠 E. 3% 氯化钠溶液
8. 女性, 体重 50kg, 等渗性脱水伴低钾血症, BP 12/9.4kPa (90/70mmHg), CVP 5cmH₂O, 尿量 18ml/h, 拟静脉输液并补充钾盐, 下列哪项恰当
- A. 缓慢滴入 0.3% 氯化钾
B. 先静脉推注少量 10% 氯化钾, 再快速输液
C. 先快速输液, 待尿量增加后, 再滴入 0.3% 氯化钾
D. 加速输液暂不补钾
E. 将氯化钾加入右旋糖酐滴注
9. 陈女士, 因粘连性肠梗阻腹痛、伴呕吐 2d 入院, 测血钾为 3mmol/L, 给予静脉补充钾盐。其护理中哪项有误
- A. 尿量 20ml/h 开始补钾 B. 液体中氯化钾浓度 0.25%
C. 滴速 60d/min D. 当天补氯化钾 3g
E. 禁忌静脉推注
10. 鲁先生, 急性肾衰竭。测定其血清钾为 6.5mmol/L, 出现心律不齐, 应首先采取的措施是
- A. 乳酸钠静脉滴注 B. 苯丙酸诺龙肌内注射
C. 高渗葡萄糖及胰岛素静脉滴注 D. 5% 碳酸氢钠静脉滴注
E. 10% 葡萄糖酸钙静脉滴注
11. 某男性患者, 术后禁食, 胃肠减压 5d, 每日输入 10% GS 2000ml, 5% GNS 1000ml, 尿量 2000ml/d。患者诉乏力, 嗜睡, 腹胀, 恶心, 心率 110/min, 应补充
- A. 脂肪乳 B. 10% CaCl C. 10% KCl D. 5% NaCl E. ATP
12. 李先生, 因下肢挤压伤致血清钾升高, 出现心动过缓、心律不齐。应选用的药物是
- A. 毛花苷丙 (西地兰) B. 普萘洛尔 (心得安) C. 利多卡因
D. 5% 碳酸氢钠 E. 10% 葡萄糖酸钙
13. 李某, 男性, 呕吐、反应迟钝、乏力、腹胀、脉速、心律不齐, 心电图示 T 波低平, 出现 U 波, 应首先考虑
- A. 等渗性脱水 B. 高钾血症 C. 低钾血症
D. 低钙血症 E. 代谢性酸中毒
14. 某男性患者, 肠梗阻手术后出现神志淡漠、肌肉软弱无力、腹胀、心律不齐、心动过速, 其引起的主要原因是
- A. 高血钾 B. 低血钾 C. 低氯性碱中毒
D. 代谢性酸中毒 E. 代谢性碱中毒
15. 患者大量快速输液时, 突然心悸、气促、咳嗽, 咳血性泡沫痰, 肺基底部可闻及啰音, 初诊为
- A. 输液反应 B. 补液不足 C. 并发中毒性肺炎
D. 急性右心衰竭 E. 急性左心衰竭
16. 某 30 岁男性肠梗阻患者, 诉口渴、尿少、乏力。查体: 表情淡漠、呼吸深快、唇干舌燥、皮肤弹性差、膝反射消失, 其体液失衡为
- A. 高渗性脱水、高钾血症、代谢性碱中毒